



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA – DCV I
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
LINHA DE PESQUISA: GESTÃO DO TRABALHO, POLÍTICAS E FORMAÇÃO NA SAÚDE

ANA BEATRIZ BARROS FERREIRA DA SILVA

**PRODUTO TÉCNICO: QUALIFICAÇÃO DE RESIDENTES PARA O CUIDADO
INTERPROFISSIONAL E PRÁTICA COLABORATIVA EM SAÚDE**

Salvador

2022

ANA BEATRIZ BARROS FERREIRA DA SILVA

**PRODUTO TÉCNICO: QUALIFICAÇÃO DE RESIDENTES PARA O CUIDADO
INTERPROFISSIONAL E PRÁTICA COLABORATIVA EM SAÚDE**

Produto Técnico apresentado ao Mestrado
Profissional em Saúde Coletiva – MEPISCO como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva
Orientador: Prof. Dr. Marcio Costa de Souza

Salvador

2022

1 APRESENTAÇÃO	2
2 INTRODUÇÃO	4
2.1 O perfil do profissional de saúde para atuação no SUS	5
2.2 A Educação Interprofissional como dispositivo para a reorientação do cuidado em saúde	6
3 JUSTIFICATIVA	8
4 OBJETIVO	9
5 PERCURSO METODOLÓGICO	9
6 RESULTADOS	10

1 APRESENTAÇÃO

A integração entre academia-serviço-comunidade tem sido uma das apostas na tentativa de mudança no modelo de formação em saúde para atender às necessidades de saúde da população brasileira. Esta articulação entre as universidades, os serviços de saúde e a comunidade também pode proporcionar uma qualificação permanente, com a oportunidade de experienciar a realidade, aos docentes, aos estudantes e aos profissionais/trabalhadores dos serviços (MENDES et al, 2020).

Diferente do que é proposto nos mestrados acadêmicos, os cursos de natureza profissional tem como base ideológica a sua formação alicerçada na articulação entre a ciência (teoria) e a prática. Para isso, o desenvolvimento de um produto técnico está dentro do escopo dessa integração/articulação e tem como objetivo contribuir no aprimoramento do serviço em que o estudante do mestrado está vinculado com o intuito de melhorar o processo de gestão e/ou atenção à saúde dos usuários. Desta forma, a partir desta concepção, o produto planejado pode ser aplicado dentro do contexto de um problema identificado no local e conectado como processo de trabalho.

No meu caso, como estou afastada da atuação profissional, minha pesquisa será realizada em um espaço de formação que fez parte da minha trajetória, ocupando um espaço privilegiado em termos do desenvolvimento de competências, para além das habilidades técnicas que tanto são valorizadas. As vivências obtidas na Residência Multiprofissional em Saúde da Família tiveram influência direta na escolha do tema de pesquisa, bem como na predileção do tipo de produto técnico que será desenvolvido.

A partir disso, e de algumas vivências da graduação, despertei o interesse em estudar a formação dos profissionais de saúde, pois acredito que a realidade do trabalho, suas relações e modo com o qual cuidado em saúde é ofertado aos usuários do SUS são frutos do percurso formativo dessas pessoas.

A saúde é um produto social, como podemos compreender no curso do componente curricular de Cultura e Saúde, passível de várias influências e intervenções. O cuidado em saúde é produzido no encontro com os sujeitos, no estabelecimento do vínculo e na valorização da construção dessa relação como potência para a autonomia dos sujeitos e o cuidado. Segundo Feuerwerker (2016), é nesse território de ações cuidadoras e mútuas afetações que o cuidado vivo em ato é configurado, é nesse território que se produzem os encontros e que se faz valer a autonomia dos usuários se tornando possível fabricar o trabalho da equipe de saúde. Segundo a mesma, por isso, o cuidado é a alma dos serviços de saúde.

Pensando no encontro como potencializador de um cuidado subjetivo e nos múltiplos sentidos deste cuidado, assim como outras relações humanas, as escolhas - de todos os envolvidos, fazem a diferença no processo de cuidado. Seja referente às escolhas do profissional de saúde e/ou do usuário. Quando falamos em cuidado integral, estamos lidando diretamente com as necessidades de saúde e com construções sociais, como foi apreendido no componente curricular de Cultura e Saúde. Por isso, as necessidades de saúde devem ser utilizadas como balizador no processo de organização do cuidado.

Diante desta realidade, a Interprofissionalidade e a Prática Colaborativa apareceram para mim como possibilidades de contribuir na formação desses profissionais, pois as mesmas, por si só, já provocam uma mudança de dentro para fora – das pessoas/profissionais para os serviços de saúde e para o cuidado prestado. Segundo Nascimento e Omena (2021), isto ocorre porque as práticas colaborativas possibilitadas pelos Programas de Residências Multiprofissionais contribuem para o desenvolvimento de uma consciência holística de cada profissional que compõe a equipe multiprofissional, uma vez que revelam conhecimentos abrangentes e que se complementam no âmbito da EIP, favorecendo a integralidade (NASCIMENTO e OMENA, 2021, p.14).

Para muitos, quando temos uma atividade multiprofissional, já estaríamos realizando uma ação integrada entre os envolvidos. Entretanto, o que vemos são vários profissionais de saúde que ocupam o mesmo serviço, que atuam em uma equipe de trabalho, mas que atuam de forma isolada, fragmentando o cuidado, sem de fato construir um trabalho em equipe, o que dificulta uma ação resolutiva que atenda as reais necessidades de saúde.

Esses dois conceitos – interprofissionalidade e prática colaborativa, vêm para derrubar o muro que separa os profissionais de saúde deles próprios e dos usuários, famílias e comunidade. São relativamente novos, mas têm sido uma das apostas de mudança no currículo de formação das Instituições de Ensino Superior, através de orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS), que está gerando a revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação da área de Ciências da Saúde.

2 INTRODUÇÃO

Historicamente, o processo de formação dos profissionais de saúde foi e/ou é caracterizado por um modelo com foco biologicista e uma educação fragmentada, no qual os núcleos

profissionais eram formados individualmente, com uma tendência à expressão de uma prática isolada e independente das demais (PEDUZZI, NORMAN, GERMANI, 2013).

As tentativas iniciais de mudança na formação, que pudessem contemplar transformações na prática profissionais tiveram seu “pontapé inicial” no curso de medicina, como proposta de atuação para além da clínica hospitalar, a necessidade de integrar a academia com outros serviços de saúde e com a comunidade, e a possibilidade de se trabalhar em equipe multiprofissional (PEDUZZI et al, 2016).

No que tange sobre a proposta de trabalho em equipe remonta às décadas de 1960 e 1970, junto com os movimentos de Medicina Preventiva, Comunitária e Saúde Coletiva (na América Latina); a partir da década de 1990, volta a ganhar destaque no contexto de criação do SUS e dos debates sobre os modelos de atenção e de organização do sistema e serviços de saúde, bem como da necessidade de mudança na formação dos profissionais de saúde para atender aos princípios e diretrizes do sistema público de saúde, recentemente criado (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Após o movimento de Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e efetivação da conquista de um sistema de saúde pública, através da Constituição Federal de 1988 e da consolidação através das Leis Orgânicas da Saúde (8.080/1990 e 8.142/1990), a formação dos profissionais de saúde precisou ser repensada para atender às demandas e necessidades de saúde dos cidadãos atendidos pelo SUS; para acompanhar a mudança no perfil epidemiológico; e a mudança no modelo de atenção e do cuidado ofertado, com foco na integralidade como princípio norteador das práticas de saúde, contribuindo para uma nova forma de cuidar (FREIRE FILHO et al, 2019; PEDUZZI et al, 2013; SILVEIRA et al, 2020).

Para que isso se concretizasse, precisou haver esforços em conjunto dos Ministérios da Saúde e da Educação, com o intuito de aproximar o processo educativo da atuação profissional, sendo possível percebê-los através de estratégias de regulação – Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e de fomento. Assim, a integração ensino-serviço-comunidade se destaca como uma das propostas de efetivação do SUS, através da articulação entre a formação profissional e a atenção à saúde ofertada no mesmo (SILVEIRA et al, 2020).

Dessa forma, as críticas ao modelo tradicional de formação impulsionaram as mudanças dentro das Instituições de Ensino Superior (IES). Para além da crítica à formação centrada no conceito de saúde como ausência de doenças e no foco biologicista, existiam e ainda existem pensamentos que desaprovam a formação fragmentada dos profissionais de saúde e trazem à tona a discussão sobre a necessidade e importância de espaços que favoreçam a vivência compartilhada entre os diversos cursos de graduação da área da saúde.

No movimento de mudança da formação dos profissionais de saúde, trazer à discussão o processo de ensino-aprendizagem, com ênfase na integração ensino-serviço e na produção de conexões potentes do ensino e das práticas, através da atuação multiprofissional, emergiram algumas estratégias, com destaque para a Educação Interprofissional (EIP) (NASCIMENTO; OMENA, 2021). Segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) a EIP pode ser definida como “quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde” (OMS, 2010, p. 13). Ou seja, não bastava a multiprofissionalidade ou multidisciplinaridade para que os profissionais atuassem de forma integrada. Dessa forma, a EIP representa um marco teórico-conceitual e metodológico com capacidade de promover transformações no processo de reorientação da formação e do trabalho em saúde (FREIRE FILHO et al, 2019).

2.1 O perfil do profissional de saúde para atuação no SUS

O movimento pela criação, fortalecimento e consolidação do SUS se constitui como um projeto político comprometido com a melhoria da qualidade de vida da população brasileira e com a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Na tentativa de concretizar esse compromisso, vários sujeitos implicados nesse processo de mudança, lutam pela reorientação da formação e do trabalho em saúde (COSTA et al, 2018).

Dessa discussão afloram questionamentos sobre qual seria o perfil adequado de um profissional de saúde para atuação no SUS. Apesar de não existir uma resposta pronta para sanar esta dúvida, é perceptível que as IES e os Ministérios da Saúde e da Educação, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), têm se esforçado para atingir seus objetivos na adequação deste perfil profissional.

Segundo Costa et al (2018), o cenário atual é caracterizado pela mudança do perfil epidemiológico e por uma conjuntura social e econômica com grandes implicações no aumento das desigualdades sociais. Tudo isso provocou uma necessidade de modificar a formação de trabalhadores para o SUS, na perspectiva do efetivo trabalho em equipe como instrumento potente no enfrentamento dessa complexa realidade e na produção de um sistema de saúde que promovesse a integralidade, a equidade e a universalidade.

Assim, a construção do perfil qualificado desse profissional para o SUS e tendo o SUS como cenário de aprendizagem, seria pautada na formação generalista, humanista, crítico e reflexiva

quebrando as barreiras da formação conteudista para o desenvolvimento de valores éticos, conhecimento científico, apropriação de fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos de cada profissão, bem como para o desenvolvimento de habilidades e competências inerentes ao trabalhador do sistema público de saúde (Conselho Nacional de Educação, 2002 apud NASCIMENTO; OMENA, 2021).

A definição dos currículos de graduação é de autonomia das IES, mas existe avaliação e regulação destas pelo Ministério da Educação (MEC), cabendo destacar ainda a Resolução nº 569 de 2017, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que reafirma o SUS como ordenador da formação em saúde e o Parecer Técnico do CNS nº 300/2017 que apresenta os princípios a serem adotados nas DCNs da saúde e propõe o perfil dos egressos, que devem ser construídos na perspectiva do controle/participação social em saúde (SILVEIRA, 2020).

2.2 A Educação Interprofissional como dispositivo para a reorientação do cuidado em saúde

Costa et al (2018) e Peduzzi & Agreli (2018) fundamentam a necessidade de mudança da formação uniprofissional, para a lógica da formação multiprofissional e interprofissional, em que são priorizadas abordagens pedagógicas que possibilitem o desenvolvimento de competências profissionais colaborativas, indispensáveis para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde.

Nesse contexto de construir um perfil qualificado dos profissionais de saúde, destacam-se estratégias como a Educação Interprofissional (EIP) que já foi conceituada anteriormente, e a Prática Colaborativa (PC) na atenção à saúde, que foi definida pela OMS como “quando os profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para a atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços” (OMS, 2010, p. 13).

Os modelos de formação que tínhamos e ainda temos são os de profissionais formados separadamente para, no futuro, trabalharem juntos e a reprodução da forte divisão do trabalho em saúde. Essa situação relatada se caracteriza como um desafio para a implementação da EIP e PIP, mesmo já se conhecendo (ou não) a capacidade das mesmas contribuírem para melhorias nos sistemas e serviços de saúde (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Atualmente, a EIP tem ocupado um local de destaque na formação dos profissionais de saúde em todo o mundo, para que os mesmos sejam capazes de uma atuação qualificada no mercado de trabalho, principalmente no que versa à atuação interprofissional dentro das equipes multiprofissionais presentes nos serviços de saúde, possibilitando o aprendizado compartilhado, em um movimento dinâmico de beneficiamento mútuo (NASCIMENTO; OMENA, 2021).

Uma das grandes críticas feitas ao processo de formação dos profissionais de saúde é o distanciamento entre os processos pedagógicos e a realidade dos serviços (KINKER et al, 2018). É um fenômeno que também está atrelado ou contribui para o afastamento dos profissionais nos serviços e, até, no processo de trabalho.

Como já foi abordado anteriormente, algumas estratégias foram utilizadas para essa aproximação/integração, com o objetivo de minimizar os efeitos negativos causados pela formação uniprofissional, tão característica da maioria dos cursos de graduação em saúde. Uma das políticas que propõem a reorientação da formação profissional para o SUS, foram as Residências em Saúde, definidas através da Lei 11.129/2005, definidas como uma pós-graduação *lato sensu*, voltadas para a educação em serviço e orientada pelos princípios do SUS para a integração ensino-serviço-comunidade, abrangendo diversas profissões da saúde (BRASIL, 2005).

As residências em saúde são dotadas de uma característica peculiar, pois são espaços concomitantes de educação e prática profissional. Nesta perspectiva, os residentes aprendem juntos enquanto desenvolvem suas práticas profissionais no cotidiano dos serviços podem vivenciar uma experiência inovadora de se perceberem agentes transformadores e transformantes, capazes de ultrapassar as barreiras do seu núcleo de conhecimento e transitar nos demais núcleos que compõem a equipe, em um agir em saúde construído no encontro com o outro (KINKER et al, 2018).

Diante do seu caráter de formação, as RMS podem ser vistas como um espaço favorável para a EIP e ao estímulo da PIP, a partir do fomento através do desenvolvimento de competências e habilidades comuns entre os núcleos do conhecimento e o compartilhamento de espaços de trabalho em equipe para a interprofissionalidade e prática colaborativa.

Justificativa

3 JUSTIFICATIVA

A motivação pessoal para a escolha do tema Interprofissionalidade no Cuidado em Saúde se deu pela experiência em uma Residência que, apesar do fato de ter sido ou ser uma experiência

pautada na multiprofissionalidade, percebi que não garantia a prática interprofissional. Pois, o cenário no Sistema Único de Saúde (SUS) ainda é de fragmentação das ações de acordo com o núcleo profissional.

Outro fato que merece destaque é que são frágeis ou inexistentes as discussões sobre o tema na graduação e/ou nos programas de residência. O que torna o termo desconhecido por muitos profissionais de saúde, dificultando ainda mais a sua aplicabilidade dentro do processo de trabalho nos serviços de saúde.

A Educação e a Prática Interprofissional podem contribuir para um cuidado em saúde integral e mais efetivo, melhorando o acesso da população aos serviços dentro da Rede de Atenção à Saúde e, quiçá, a forma como estes enxergam seu processo saúde-doença, promovendo maior autonomia destes sujeitos no cuidado e promoção da saúde de cada um (OMS, 2010).

Desta forma, o contato com os termos Interprofissionalidade, Educação Interprofissional e Prática Interprofissional, produzirá reflexões sobre as potencialidades oferecidas na formação, para a construção de um processo de trabalho em saúde que seja pautado nestes conceitos e em como os mesmos podem contribuir para melhorar a saúde da população. A realização de uma qualificação para os residentes favorecerá a discussão e a reflexão sobre a prática cotidiana dentro dos seus serviços de atuação, pensando na interprofissionalidade e na prática colaborativa como produtores de transformações nas práticas profissionais, fortalecedores do trabalho em equipe e da intersubjetividade do cuidado em saúde.

4 OBJETIVO

O objetivo desta formação em Interprofissionalidade e Prática Colaborativa é promover a qualificação dos residentes para o cuidado interprofissional, colaborativo e com olhar subjetivo para as necessidades das pessoas para as quais eles ofertam o seu cuidado.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

O percurso metodológico se inicia com a proximidade da autora com o tema e com o campo de estudo. A escolha do produto técnico para ser uma qualificação se deve ao fato de acreditar no

potencial da mesma para a mudança na educação e nas práticas dos profissionais de saúde. Para isso, utilizar-se-á de metodologias que envolvam a participação dos residentes.

A realização da oficina culminou-se com a conexão do componente curricular a Residência Multiprofissional: “Metodologia do Trabalho em Saúde”, com carga horária de 60h, ocorrido entre os meses de junho e julho de 2022, o qual tem como objetivo discutir sobre o processo de trabalho em saúde e suas implicações no trabalho e na formação dos Residentes, esta ação foi pensada conjuntamente para que não ofertasse uma atividade extra o que poderia implicar em sobrecarga neste processo formativo.

As etapas percorridas e a metodologia utilizada serão descritas a seguir:

- Diálogo sobre o que os residentes entendiam como cuidado e, a partir dessa concepção, discutimos sobre cuidado com olhar subjetivo, do Encontro como potência, dos processos de subjetivação (conceitos e práticas que embasam essa pesquisa);
- Compartilhamento e discussão de casos clínicos, narrando como foi o cuidado para aquela pessoa, ao passo que discutíamos sobre a perspectiva ampliado do cuidado, tendo o usuário na centralidade do processo, além da importância do trabalho em equipe, da prática interprofissional e da colaboração entre profissionais e destes para os usuários.

6 RESULTADOS

Os residentes não só incluíram em seus conceitos a constante presença da empatia e atenção às demandas, como também destacaram que o cuidado deve ser - e normalmente é - oferecido para aqueles que mais precisam, e não somente as suas demandas devem ser atendidas, de maneira emergencial ou não, como a sua autonomia deve ser respeitada durante o cuidar.

Além do que, o ato de cuidar, segundo os residentes, é também ofertar atenção qualificada, tendo em vista, a fragilidade do usuário e suas singularidades. Sob tal ótica, os residentes reconheceram a importância - ainda que de forma indireta - das tecnologias leves, isto é, as ferramentas que permitem o estabelecimento de vínculo com o usuário, proporcionando assim, o ato de cuidar com empatia, acolhimento e respeito diante das complexidades que aquele usuário apresenta.

Apesar do olhar ampliado sobre o conceito de cuidado, ao relatarem e discutirem seus casos clínicos, os núcleos de Terapia Intensiva, Oncologia e Nutrição Clínica ficaram mais restritos às experiências multiprofissionais com foco na assistência curativista e de realização de

procedimentos. Já os núcleos de Saúde da Família e Saúde Mental puderam evidenciar melhor uma experiência de prática interprofissional e colaborativa, além do olhar subjetivo para o cuidado em saúde.



Imagem 01 - Oficina do dia 29 de julho de 2022

Fonte: Registro pessoal

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o componente curricular e a oficina, ficou evidente que a realização de tais práticas podem ser iniciadas pelos residentes, mas são determinadas, principalmente pelo ambiente de trabalho que muitas vezes não proporciona nenhum espaço para que estas se produzam. Tal fato, portanto, representa um fator limitante da formação do residente ao passo em que foi notório a partir da oficina que, a depender do núcleo e espaço prática em que cada um esteja, o trabalho interprofissional e colaborativo estará mais ou menos presente.

Na realização da qualificação (Produto Técnico) e nas entrevistas pudemos observar que poucos são os espaços dentro do programa que promovem esse encontro e estimulam essas ações de favorecimento do trabalho em equipe, da prática interprofissional, da colaboração e destes para o cuidado. O que nos leva a refletir sobre a necessidade de oferecer aos estudantes espaços de mais integração, a fim de possibilitar uma prática mais integrada.

Além de nos alertar sobre as necessidades de qualificação do corpo pedagógico, principalmente os preceptores - profissionais do serviço que lidam diretamente com o residente, cujo papel é de acompanhar e apoiar o processo de aprendizado do residente. A atuação integrada em equipe e o trabalho interprofissional deve ser um estímulo vindo também desses formadores, também como forma de abrir caminhos para as mudanças nos cenários de prática e nos serviços do SUS.