

**The multiprofessional
residency building up
paths for the promotion
of interprofessional and
collaborative practices**

**| Residência multiprofissional
construindo caminhos para
a promoção de práticas
inteprofissionais e colaborativas**

ABSTRACT | Introduction:

*The training opportunity involving different professional categories greatly contributes to the realization of teamwork by these professionals, with integrated action, collaboration and interdependence of the areas. **Objective:** The objective was to produce an experience report based on the experience of multidisciplinary residents in the context of the School Health Program and highlight the promotion of interprofessional and collaborative practices. **Methods:** This is a qualitative study of a narrative and reflective nature of the experience report type. The experience took place in a Family Health Unit and a school in the Unit's territory, where residents worked in the School Health Program. Active methodologies were used to work with the students, in the form of playful activities such as games, which were produced by several professionals in the context of a Multiprofessional Residency Program. **Results:***

The report demonstrates that the residents' work took place in stages, with organization and planning of activities that would be developed in schools.

*It is evident in the experience, the presence of interprofessional skills and collaborative work in different stages of the work. The main competences highlighted were: Person-Centered Attention, Clarity of Roles, Conflict Resolution, Teamwork and Collaborative Leadership. **Conclusion:** The experience carried out demonstrates great potential for promoting integrated, interprofessional and collaborative practices, in addition to being relevant for discussions aimed at implementing such practices in order to achieve, through the Residency Programs, new profiles of health workers in the scope of the Unified Health System.*

*It is evident in the experience, the presence of interprofessional skills and collaborative work in different stages of the work. The main competences highlighted were: Person-Centered Attention, Clarity of Roles, Conflict Resolution, Teamwork and Collaborative Leadership. **Conclusion:** The experience carried out demonstrates great potential for promoting integrated, interprofessional and collaborative practices, in addition to being relevant for discussions aimed at implementing such practices in order to achieve, through the Residency Programs, new profiles of health workers in the scope of the Unified Health System.*

Keywords | *Multiprofessional Residency in Health; School Health Program; Primary Health Care; Interprofessional Education; Interdisciplinary Placement.*

RESUMO | Introdução: A oportunidade de formação englobando diversas categorias profissionais contribui sobremaneira para efetivação de trabalhos em equipe por esses profissionais, com atuação integrada, colaboração e interdependência das áreas. **Objetivo:** Objetivou-se realizar um relato de experiência a partir da vivência de residentes multiprofissionais no contexto do Programa Saúde na Escola e evidenciar a promoção de práticas interprofissionais e colaborativas.

Métodos: Trata-se de estudo qualitativo de caráter narrativo e reflexivo do tipo relato de experiência. A experiência se deu em uma Unidade de Saúde da Família e uma escola do território da Unidade, onde residentes atuaram no Programa Saúde na Escola. Foram utilizadas metodologias ativas para o trabalho com os escolares, em formato de atividades lúdicas como jogos, sendo estes produzidos por diversos profissionais no contexto de um Programa de Residência Multiprofissional.

Resultados: O relato demonstra que o trabalho dos residentes se deu em etapas, com organização e planejamento das atividades que seriam desenvolvidas nas escolas. Evidencia-se na experiência, o comparecimento de competências da inteprofissionalidade e do trabalho colaborativo em diversas etapas do trabalho. As principais competências evidenciadas foram: Atenção Centrada na Pessoa, Clareza de Papéis, Resolução de Conflitos, Trabalho em Equipe e Liderança Colaborativa.

Conclusão: A experiência realizada demonstra grande potencial de promoção de práticas integradas, interprofissionais e colaborativas, além de se mostrar relevante para discussões voltadas a efetivação de tais práticas no intuito de alcançar por meio dos Programas de Residência novos perfis de trabalhadores e trabalhadoras da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave | Residência Multiprofissional em Saúde; Programa Saúde na Escola; Atenção Básica; Educação Interprofissional; Práticas interdisciplinares.

¹Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória/ES, Brasil.

²Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Vitória/ES, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Proveniente de grandes reivindicações a partir do Movimento de Reforma Sanitária e com envolvimento da sociedade civil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é demarcado como uma conquista histórica no Brasil. Contemplado na constituição de 1988 e regulamentado em 1990, a partir da aprovação das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, o SUS se dá em uma política pública de dimensão nacional, com princípios e diretrizes comuns em todo o território brasileiro¹.

Evidências demonstram que o setor saúde encontra ainda grandes desafios no que se refere à forma de cuidado, devido a práticas ainda baseadas predominantemente em abordagens biologicistas, como o modelo biomédico centrado, nas quais se assegura uma concepção fragmentada do ser humano².

No sentido de contribuir para a efetivação de práticas que levem em consideração aspectos biopsicossociais, uma das responsabilidades previstas no bojo do SUS é a formação de profissionais capacitados a atuarem de maneira articulada com os determinantes da saúde, considerando tanto fatores externos do entorno social, quanto condições de vida, de trabalho, aspectos culturais e ambientais³

De acordo com Ceccim e Feuerwerker⁴ a formação no SUS deve ter como objetivo central a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho em busca da problematização dos processos de trabalho e potencialização do cuidado em saúde das pessoas, populações e coletivos.

Neste contexto de discussão, em 2005, por meio da promulgação da Lei 11.129⁵, são instituídas as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) nos âmbitos dos Ministérios da Saúde e da Educação, a fim de afirmar a formação em serviço, focada nas necessidades da população e no cuidado integral em saúde.

As RMS foram apresentadas como uma estratégia do Estado cujo objetivo se dá em uma formação específica, que possibilite a instituição de um arsenal de profissionais voltados à transformação das práticas em saúde e criação de novas formas de intervenção e de entendimento da saúde no âmbito da implantação do SUS, sendo estas práticas pautadas na concepção ampliada de saúde resultante das

diversas condições de vida das pessoas, como alimentação, trabalho, lazer, entre outros⁶.

Contudo, vale destacar, que a multiprofissionalidade, tipificação dessa pós-graduação, é vista como um primeiro nível de agrupamento de profissões, o que não implica na coexistência de articulações e trabalho cooperativo, o que pode favorecer a automatização e fragmentação do cuidado nesta configuração formativa. Os profissionais tendem a trabalhar de forma isolada e independente das demais profissões, principalmente, tendo em vista a história da saúde pública no Brasil, caracterizada por centralismos e verticalismos na tomada de diretrizes a respeito da saúde da população⁶.

Todavia, conforme afirmado por Peduzzi et al⁷ a oportunidade de formação englobando diversas categorias profissionais contribui sobremaneira para a efetivação de trabalhos em equipe por esses profissionais, com atuação integrada, na qual a colaboração e a interdependência das áreas predominam ao invés da competição e da fragmentação.

Assim, com vistas à consolidação desse modo articulado de produção de saúde, se afirma outra possibilidade de integração entre as profissões: a interprofissionalidade, a qual propõe que dois ou mais trabalhadores aprendam juntos, de modo interativo e complementar, com a finalidade de potencializar a qualidade da atenção à saúde com práticas colaborativas. Neste sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 2010 o Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, compreendendo a educação como mecanismo que viabiliza a transformação da prática profissional, o que resultaria em avanços nos serviços de saúde na direção da integralidade do cuidado⁸.

Entende-se como prática colaborativa na atenção à saúde, os serviços prestados por profissionais de saúde com base justamente, no conceito da integralidade, envolvendo os indivíduos, suas famílias, comunidades para a atenção à saúde com qualidade em todos os níveis de atenção, sejam eles primário, secundário ou terciário. De acordo com o documento da OMS, a prática colaborativa ocorre quando por meio da educação interprofissional, profissionais de duas ou mais categorias aprendem sobre os outros, com os outros e entre si, o que pode propiciar além da colaboração, melhorias nos serviços de saúde e nos resultados destes para a qualidade de vida da população⁹.

Para o alcance de práticas colaborativas é de suma importância a observação de competências relacionadas a essas práticas. O modelo canadense de Colaboração Interprofissional em Saúde descreve que seriam seis competências envolvidas na construção de tais práticas: comunicação interprofissional, cuidado centrado na família e comunidade, clareza dos papéis dos profissionais, dinâmica de equipe, resolução de conflitos e liderança colaborativa¹⁰.

A comunicação interprofissional se refere ao diálogo entre os diferentes saberes, capaz de instaurar reflexões cotidianas dos papéis e contribuições de cada membro da equipe¹¹. O cuidado centrado na família e comunidade, por sua vez, indica práticas de saúde que tem como foco a pessoa e suas necessidades singulares¹². O domínio seguinte: clareza dos papéis dos profissionais diz do conhecimento apropriado sobre as atribuições de cada membro da equipe, seu escopo de prática e responsabilidade¹³. Já dinâmica de equipe tem sido definido como aquele trabalho que “envolve diferentes profissionais, não apenas da saúde, que juntos compartilham o senso de pertencimento à equipe e trabalham juntos de maneira integrada e interdependente para atender às necessidades de saúde” da população¹². A resolução de conflitos na perspectiva da Interprofissionalidade é concebida enquanto espaço para expressão de diferentes entendimentos profissionais e consequente possibilidade de enfrentamento dos obstáculos à consolidação dos princípios do SUS. Por fim, a liderança colaborativa consiste em uma prática em que aprendizes e profissionais trabalham juntamente com todos os participantes, incluindo usuários e seus familiares, para formular, implementar e avaliar cuidados e serviços com vistas à promoção à saúde¹⁰. Tratam-se de competências que se interconectam e se potencializam em todos os níveis de atenção do SUS.

Destaca-se neste estudo a Atenção Básica, que a partir de seus princípios - universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo (equipe-usuário) e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social. - tem potencialidade de fomentar todas essas competências na formação dos profissionais de saúde deste nível de atenção.

A Atenção Básica (AB), cenário este vivenciado pelos residentes, tem como uma de suas insígnias a articulação com o território e as escolas que estão inseridas na abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS), o que

também é a base do Programa Saúde na Escola (PSE), a qual se apresenta como uma estratégia de integração da saúde e da educação para o cuidado à saúde de crianças e adolescentes.

O PSE, conforme preconizado pelos Ministérios da Saúde e da Educação em 2007, tem como objetivo “contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica através de ações de prevenção de doenças e agravos, promoção e atenção à saúde”¹³. Para que haja o alcance de tal objetivo é necessário a articulação entre as equipes de saúde da família, os profissionais de saúde e a escola, a fim de qualificar e fortalecer a atenção à saúde dos estudantes. Porém, o trabalho intersetorial e colaborativo no PSE, mostra-se como um desafio a ser enfrentado para a promoção à saúde e a busca pelo cuidado integral, uma vez que esta forma de trabalho exige dos profissionais habilidades para lidar com conflitos, contradições e divergências¹⁴.

Considerado uma das principais políticas públicas, o PSE abarca o trabalho com crianças e adolescentes, sendo o ambiente escolar de extrema relevância para o desenvolvimento de ações voltadas a esse público, devido ao fato de ser um local que os reúnem em suas diferenças e singularidades, concebendo seus contextos de vida, demandas, interesses e realidades¹⁴.

A divisão do PSE é observada em três componentes, sendo o primeiro direcionado ao trabalho clínico e de avaliação em saúde, o segundo abrange o trabalho de prevenção de doenças e promoção à saúde, abordando temáticas relativas ao período da infância e da adolescência com incentivo à autonomia, participação dos estudantes e promoção da cultura de paz; e o componente três, visa a educação permanente dos profissionais, levando em consideração a prática escolar vinculada à saúde¹⁵.

Neste contexto de entendimento do PSE como um programa que convoca a integração de serviços e profissionais nele inserido, somado às potencialidades e desafios que perpassam os Programas de Residência Multiprofissional quanto ao alcance da integralidade, ressalta-se o desafio da formação interprofissional e do trabalho colaborativo entre esses trabalhadores inseridos no contexto da Atenção Básica e mais especificamente, da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva de ir além do agrupamento de profissões e possibilitar um caráter mais dinâmico, cooperativo e colaborativo.

Dessa forma, por meio da prática dos residentes no âmbito da Atenção Básica, especificamente no PSE, surgem diversas reflexões no que se refere às contribuições do trabalho realizado neste programa para a formação dos profissionais e da promoção de práticas interprofissionais e colaborativas, uma vez que a construção do trabalho no PSE tanto necessita como permite uma maior interação e colaboração entre as profissões.

Neste sentido, este artigo tem como objetivo relatar uma experiência de trabalho de residentes no PSE e evidenciar a promoção da educação interprofissional e de práticas colaborativas no contexto de um Programa de Residência Multiprofissional.

MÉTODOS |

Trata-se de um estudo qualitativo em que os objetivos foram alcançados por meio de um estudo descritivo de caráter narrativo e reflexivo, tipo relato de experiência, elaborado no contexto de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente.

Os estudos do tipo relato de experiência possuem caráter social, ou seja, fazem parte das experiências humanas e incluem tanto impressões observadas quanto conjecturadas. Deste modo, este tipo de estudo pode ser útil para a descrição de vivências particulares que suscitam reflexões sobre algum fenômeno ou atividade específica¹⁶.

O contexto deste relato de experiência se dá no trabalho da autora como Nutricionista residente em um Programa de Residência Multiprofissional inserido na Atenção Básica como um de seus campos de prática. Com uma equipe de 18 residentes de nove profissões distintas (psicologia, nutrição, serviço social, terapia ocupacional, odontologia, farmácia, enfermagem e fisioterapia), o programa busca a formação dos residentes nos três níveis de atenção. Dentre os campos de atuação, a Atenção Básica se inseria no projeto pedagógico da residência multiprofissional e neste contexto, foi propiciado que os residentes atuassem nas escolas por meio do Programa Saúde na Escola (PSE).

Nesse sentido, o relato de experiência foi escolhido por permitir expor e discutir a experiência vivenciada por uma equipe de residentes multiprofissionais, no âmbito da Atenção Básica à Saúde e no Programa Saúde na Escola.

O recorte dessa experiência se deu em atividades ocorridas em uma escola e uma Unidade de Saúde da Família de um município da Região Sudeste do país, no período compreendido entre maio de 2019 e dezembro de 2019.

A USF conta 4 equipes de Saúde da Família e também com uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), composto por psicóloga, terapeuta ocupacional, assistente social e farmacêutico. Além disso, há na USF em questão, 4 equipes de Saúde Bucal.

A experiência relatada neste trabalho se refere a atuação da equipe de residentes, composta por sete profissionais (nutricionista, psicóloga, terapeuta ocupacional, assistente social, farmacêutico e fonoaudióloga), responsável pelo PSE em uma das Escolas Municipais de Ensino Fundamental (EMEF) do território. Essa experiência acolheu as oito turmas do turno vespertino da escola, do 4º ao 8º ano, totalizando 179 estudantes.

Como uma forma de construir o delineamento e a análise da experiência dos residentes no PSE, o presente estudo categoriza as experiências em fases, onde na primeira fase ocorreu o planejamento e organização do trabalho em equipe, nesta fase os residentes se reuniam na Unidade de Saúde e discutiam sobre a temática que seria abordada com estudantes. Foram realizadas também reuniões para aproximações com a temática e elaborados materiais, além disso, nesta primeira etapa foram realizadas reuniões com outros atores envolvidos, como os alunos, preceptores e pedagogos.

A segunda etapa descrita no presente artigo, trata-se dos momentos em que os residentes estiveram na escola para a realização das atividades planejadas, neste sentido, foram realizados nove encontros, sendo um encontro para cada turma de acordo com o ano letivo e duração de aproximadamente duas horas. Nesta etapa os estudantes praticaram junto aos residentes as atividades propostas e após cada encontro era realizada reunião com preceptoras da Unidade de Saúde no intuito de explicar as atividades, produzir relatório e fazer repasse de casos.

A terceira etapa, denominada de fase de encerramento foi composta por uma ação cuja metodologia envolveu a realização de uma gincana com todas as turmas que já tinham sido abordadas anteriormente na fase dois. Foram realizadas também reuniões com representantes da Unidade de Saúde para debater sobre os resultados do trabalho, assim

como foi feita apresentação para o Programa de Residência Multiprofissional das ações desenvolvidas pela equipe.

O cenário de planejamento das atividades se deu no contexto da Unidade Básica de Saúde de referência da Escola, o grupo de residentes se reunia uma vez por semana, período este que era direcionado para a prática na Atenção Básica.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Como fase inicial, no intuito de planejar o trabalho dos residentes no PSE, houve a participação da equipe em uma reunião intersetorial, composta por representação dos equipamentos assistenciais e de saúde do território, sendo eles: Serviço de acolhimento, Centro de Referência em Assistência Social, Centro de Referência Especializado em Assistência Social, Centro de Convivência, Unidade de Saúde da Família (USF) e RMS, além das quatro escolas do território de cobertura da USF em questão, sendo duas Escolas Municipais de Ensino Fundamental e dois Centros Municipais de Educação Infantil. O objetivo da reunião foi realizar uma aproximação entre as demandas específicas de cada instituição envolvida e a proposta do PSE.

O contato com a rede a partir desta reunião de cunho intersetorial, pôde elucidar quais as necessidades que os equipamentos assistenciais e as escolas observavam em relação àquela comunidade. Na vivência dos residentes, este momento foi de suma importância e disparador para as propostas e organização da equipe. Além disso, esta aproximação pode demonstrar uma forma assertiva de promover o alcance de um trabalho de qualidade no contexto do PSE, uma vez que a integralidade, a territorialidade e a intersetorialidade são princípios que fundamentam o Programa¹³.

Após esta reunião e em comum acordo com as preceptoras da USF, ficou definido que a RMS seria responsável pelas atividades que abordassem a temática violência nas escolas de ensino fundamental e os profissionais da USF dariam prosseguimento a outras abordagens nos centros de ensino infantil, uma vez que as demandas nestes locais eram mais pontuais.

A partir da definição do tema e das escolas, houve um movimento da equipe de residentes para definição das

atividades a serem realizadas. Este movimento envolveu diversos momentos em que o grupo, com a participação de cada um dos profissionais, foi desenvolvendo dispositivos (jogos) que seriam posteriormente utilizados no trabalho com as crianças e adolescentes na escola. A partir disso, vale a reflexão sobre a diferença entre agrupamento e trabalho em equipe, pois, levando em consideração a multiplicidade de formações e trajetórias individuais dos profissionais residentes, naquele momento a necessidade de atingir um objetivo em comum se tornava a prioridade do trabalho de cada um e da equipe como um todo.

Diferente da idéia de agrupamento, na qual há uma pluralidade de profissões em que cada uma exerce seu papel individual sem, necessariamente, efetivar integração e cooperação entre os profissionais; o trabalho em equipe, conforme conceituado por Peduzzi, et al¹⁷ se dá como uma modalidade de trabalho coletivo, construído a partir da relação de interação, comunicação e cooperação entre profissionais de diversas áreas.

Na fase de construção e organização das atividades que seriam realizadas junto às crianças e aos adolescentes, havia uma transparência e o entendimento da equipe que a responsabilidade de alcançar o objetivo, no caso, trabalhar a educação em saúde com a temática da violência nas escolas, exigiria a comunicação e a troca de conhecimentos entre os residentes. Essa troca se deu também, nas reuniões de equipe, onde os residentes levantaram discussões sobre o tema, assim como sugestões de leituras e compartilhamento de experiências em relação à atividade.

Acrescido disso, vale ressaltar que o entendimento da equipe de residentes corrobora com a proposta de trabalho das equipes de saúde da família, no que se refere a posturas políticas que sejam marcadas pela presença do “eu e do outro”, iguais e diferentes, construindo uma comunicação que propicie a responsabilidade compartilhada, a identificação das necessidades sociais e a transformação da realidade do território adscrito¹⁸.

No que tange ao tema a ser abordado, no caso - violência, exigiu da equipe de residentes, em um primeiro momento, o levantamento e análise de qual envolvimento ou acúmulo os residentes tinham com a temática, uma vez que por se tratar de profissões e trajetórias distintas, alguns profissionais possuíam mais experiências com o tema e outros menos. Tal desafio pode ser considerado inerente ao trabalho em equipe, tendo em vista as diferentes perspectivas dos

profissionais em relação ao trabalho demandado, cabendo à equipe desbravar, construir e inventar modos de abordar a temática violência com as crianças e adolescentes.

Neste contexto, em conformidade com a competência: cuidado centrado na família e comunidade ou Atenção Centrada na Pessoa (ACP), trazido pelo modelo canadense de Colaboração Interprofissional em Saúde, ainda na primeira fase, quando a equipe buscava organizar e construir estratégias, os residentes entenderam que era necessário naquele momento conhecer preliminarmente as crianças e adolescentes que seriam o público alvo das ações. Desta forma, a equipe de residentes foi à escola, e por meio de roda de conversa com representantes de turmas, buscou entender para além da perspectiva que a equipe estava construindo, quais seriam as reais necessidades e de quais formas a temática faria sentido de ser trabalhada com aquele público.

O encontro com os escolares ainda na fase de planejamento foi de extrema relevância para uma primeira aproximação dos residentes com os alunos, uma vez que naquela momento os sujeitos foram envolvidos no processo, onde, um a um foram relatando de que forma gostariam de que a temática fosse abordada, neste sentido, os escolares relataram que estratégias como gincanas e jogos seriam mais convidativas e se aproximavam mais do interesse das turmas.

Deste modo, vale a reflexão que este movimento convocou os estudantes a fazerem parte do processo de construção do cuidado que com eles seria realizado. Tal fato, ratifica a noção de que a participação dos usuários, famílias ou comunidades é de suma importância na prática colaborativa, não se tratando de uma prática cerceada apenas pelas relações entre os profissionais¹².

Após essas primeiras aproximações, ainda na primeira fase, a equipe iniciou a construção das atividades/dispositivos que seriam utilizados com as crianças e adolescentes. Foram confeccionados jogos para cada faixa etária no intuito de abordar a temática em questão e que promovessem a participação dos alunos de forma ativa.

Como resultados desta produção, foram construídos jogos do tipo “tabuleiro humano”, onde os alunos eram divididos em equipes e avançavam casas conforme desafios colocados em cada espaço do tabuleiro montado no auditório; jogo

de palavra cruzada que possuía um caráter mais pedagógico com objetivo de apresentar e construir junto com os adolescentes, conceitos relacionados aos diferentes tipos de violência e também foram realizadas dinâmicas como o “varal” que consistia na exposição anônima de diferentes tipos de violência vivenciadas e posteriormente a reflexão sobre os relatos encontrados nesse varal. A criação destas atividades lúdicas, necessitou de vários encontros e demandou da equipe, conhecimento sobre tais atividades, assim como, criatividade e comunicação.

O caráter multiprofissional da equipe, assim como os valores e características individuais dos membros, se tornaram desafios na construção das atividades. Nesta etapa surgiram alguns conflitos devido ao posicionamento de cada profissional sobre como deveria ser cada atividade. Assim, surgiu o questionamento: como articular as características individuais em prol do trabalho coletivo?

A resposta para tal desafio se deu em duas competências de extrema relevância no trabalho interprofissional e colaborativo: a comunicação por meio do diálogo e a resolução de conflitos. Na intenção de superar as dificuldades encontradas naquele momento do trabalho, o objetivo principal da comunicação entre os residentes se dava em torno do público alvo e no respeito às pactuações e construções coletivas. Tal fato sugere que a comunicação entre os profissionais era potencialmente colaborativa, uma vez que por meio do pensamento voltado ao usuário, reforçava-se a competência do cuidado centrado na pessoa, além de potencializar a criação de certo consenso dentro da equipe e promover a sensação da realização coletiva de trabalho¹⁹.

A existência de conflitos ou ruídos no processo de trabalho, não se configura como um aspecto particular desta equipe em questão. Segundo Cecílio²⁰, o conflito constitui “característica intrínseca e inerradicável da vida organizacional”, em especial em instituições onde os processos de trabalho são mediados pela interação social, como no caso das instituições de saúde.

Apesar do conflito ser evidenciado como uma quebra de harmonia, sendo disfuncional para a ação coletiva, quando colocado em uma perspectiva positiva, demonstra ser natural e inevitável, configurando uma necessidade dentro da equipe, no sentido da transformação e melhora do desempenho do grupo²¹.

Na experiência dos residentes, as dificuldades referentes aos conflitos se davam principalmente pela pouca participação de algum integrante ou pela dificuldade dos sujeitos, por vezes, saírem da especificidade das profissões e enxergarem o caráter coletivo do trabalho.

Vale ressaltar que a equipe era composta por seis profissionais de categorias distintas, neste sentido, a equipe buscou nos encontros promover debates, descobrindo como cada profissional poderia atuar e se colocar de modo com que houvesse uma maior participação individual para um diálogo e pactuações coletivas.

Estes debates configuraram importantes momentos para que cada integrante participasse do trabalho da forma como poderia ou conseguiria, evidenciando-se, muitas vezes, baixa participação e falta de pertencimento de alguns profissionais nas decisões. Tal fato era colocado durante as reuniões dos residentes, na busca de alinhar as condutas e o objetivo do grupo.

A baixa participação pode enfraquecer o comprometimento no aspecto individual com o serviço e acentuar a alienação, sendo uma potente geradora de conflitos²¹. Por vezes, nesta equipe de residentes, foi possível visualizar alguns profissionais perdendo o sentido de pertencimento e adotando posturas passivas ou acomodadas, porém, os acordos coletivos eram priorizados para que não fosse prejudicado o objetivo central do trabalho. Além disso, ao se manter as reuniões e os diálogos e compreender o papel de cada profissional nas dinâmicas, foi possível melhorar a integração dos residentes entre si.

Após a fase de planejamento, a equipe de residentes iniciou a aplicação e o desenvolvimento das ações na escola. Foram realizadas nesta etapa nove encontros com oito turmas distintas, sendo, um desses encontros, uma atividade de encerramento. Em cada encontro, era proposto para a turma o jogo que foi previamente confeccionado para aquela faixa etária, conforme exposto anteriormente.

Nesta etapa, a equipe de residentes defrontou-se com turmas com grande quantitativo de estudantes que ficavam na maior parte do tempo apenas com os residentes, sem a presença do professor. Para a realização dos jogos, tendo em vista a grande quantidade de estudantes, a equipe de residentes necessitou previamente pactuar o que cada integrante deveria conduzir naqueles momentos.

Dessa forma, a clareza de papéis dentro da equipe foi de suma importância para o alcance do objetivo central desta fase, que era desenvolver as atividades de forma organizada, buscando a maior participação possível das crianças e adolescentes.

Assim como nas outras etapas, o entendimento era que, naquele momento, o papel profissional de cada integrante não estava representado pela categoria profissional a qual pertence, mas sim, por um anseio coletivo de profissionais da saúde de garantir um trabalho que alcançasse as necessidades daquelas crianças e adolescentes.

Tal anseio possibilitou que cada integrante do grupo de residentes, além de conhecer o seu papel enquanto profissional de saúde em cada dinâmica, reconhecesse também o papel do outro, promovendo a integração dos profissionais. Este fato corrobora com a efetivação da prática colaborativa, uma vez que para o alcance da mesma, há a necessidade de reconhecimento mútuo do trabalho dos integrantes das equipes⁷.

Outro aspecto significativo nesta etapa e que vai ao encontro das prerrogativas do trabalho interprofissional e colaborativo, é a forma como os residentes propuseram se colocar em relação ao público, no sentido de buscar a horizontalização da educação em saúde proposta. Desta forma, o objetivo da equipe era coordenar as atividades, porém, buscando integrar os escolares de maneira mais transversal, o que exigiu dos membros da equipe se colocarem também como sujeitos participantes das atividades. Isto se deu na prática com os residentes fazendo parte das dinâmicas, compondo os grupos, dialogando, construindo pensamentos e aprendizados junto aos grupos escolares.

A partir da intenção de realizar as atividades propostas no PSE de forma horizontalizada, cabe destacar a liderança colaborativa, vista como uma das competências que apoiam a interprofissionalidade. Entende-se por liderança colaborativa, a prática em que profissionais e aprendizes trabalham conjuntamente para darem respostas às demandas que se apresentam no cotidiano²². Neste conceito, se desconsidera a centralização do papel de líder individual. Assim, no caso aqui exposto, equipe de residentes, grupos escolares, Unidade Básica de Saúde e Escola, buscaram um processo educativo autêntico sobre a temática violência²³.

Durante as atividades realizadas com os alunos, compareceram através de relatos casos de violência contra

crianças e adolescentes, sendo estes: violência sexual, *bullying*, violência doméstica, racismo e violência física. Desta forma, a partir de discussões com a representação da USF, estes casos foram repassados para as preceptoras e por conseguinte, a Unidade de Saúde por meio de busca ativa, procedeu em relação ao acompanhamento desses casos dentro da rede de atenção, pois, a equipe, enquanto Programa de Residência Multiprofissional, não conseguiria dar continuidade a esses atendimentos por conta do tempo nos campos de prática. Os casos também foram apresentados para representantes da escola, porém, neste caso, não foi possível uma reunião de encerramento, como inicialmente planejada, com a participação de pais e responsáveis, uma vez que a escola apresentou dificuldade em relação ao calendário escolar.

Após as atividades realizadas com as turmas, a equipe de residentes organizou junto à escola uma ação de encerramento, que tinha como objetivo lembrar de forma lúdica e ativa os conceitos e aprendizados conquistados por meio dos jogos feitos anteriormente. Desta forma, a atividade de encerramento se deu por meio de uma gincana com a participação das oito turmas. Esta atividade necessitou novamente de um engajamento da equipe para a construção de uma rede de colaboração no intuito de atingir o objetivo comum. Assim, com o apoio da USF e da Escola foi possível um encerramento com grande participação dos estudantes e entrega de materiais consultivos e educativos sobre o tema.

Dentro do escopo dos conceitos fundamentais que abarcam as políticas públicas de saúde, destaca-se, nesta experiência a intersetorialidade, vista como a convocação de diferentes setores para a realização conjunta do cuidado, promovendo a saúde e a melhoria na qualidade de vida da população. Além disso, o conceito de intersetorialidade também provocou a análise da sua necessidade para o alcance da promoção à saúde como um processo de autonomia e aumento das possibilidades de sujeitos e comunidades alcançarem controle sobre sua qualidade de vida e saúde²⁴.

Neste sentido, a discussão sobre interprofissionalidade perpassa a noção de que tal prática esteja também atrelada a outros conceitos fundamentais dentro das políticas públicas de saúde, uma vez que congregam objetivos comuns, inclusive no que se refere a valorização da presença dos sujeitos num processo de construção da participação social na saúde²⁴.

Acrescido disso, vale destacar como desdobramento dessa experiência, certas mudanças em propostas dentro da RMS. Uma das atividades do Programa de Residência Multiprofissional, em questão, se refere a apresentação de Estudos de Casos como forma de discussão desta pluralidade e também como parte da avaliação dos residentes. Tais encontros, denominados de preceptorias multiprofissionais, contam com a participação de residentes, preceptores, docentes e algumas vezes discentes. Após a realização das atividades na escola, a equipe de residentes que neste trabalho é referenciada, vislumbrou a ideia de apresentar não um estudo de caso clínico, como de costume, mas sim de realizar a apresentação do trabalho desenvolvido na escola no contexto do PSE.

Tal ideia surgiu a partir das discussões da equipe de residentes, que notava a ausência de discussões e aprofundamentos da turma em relação a temas como: Atenção Básica à Saúde, Promoção à Saúde e Interprofissionalidade.

Neste sentido, a apresentação realizada provocou certos tensionamentos no Programa de RMS, na direção de questionar o paradigma ainda presente neste espaço de formação, pautado em discussões atravessadas muitas vezes pela fragmentação do cuidado a partir das especializações profissionais. Apesar das discussões dos casos abordarem aspectos sociais e psicológicos, era notável em diversos momentos dessas apresentações de casos clínicos, a individualização do cuidado, em detrimento de práticas integradas e colaborativas.

Neste contexto, a proposta de discutir o trabalho no PSE, pôde contribuir para uma nova orientação dos momentos de preceptorias multiprofissionais, corroborando com as perspectivas do trabalho interprofissional.

Assim, a fase de encerramento das atividades como descrito anteriormente, envolveu diversos aspectos, cujo engajamento da equipe foi de suma importância para sua efetividade, inclusive no que se refere a qualificação do cuidado à criança e ao adolescente que vivencia situações de violência. Neste sentido, pode-se observar que em toda a etapa de encerramento, houve o comparecimento das competências relacionadas a interprofissionalidade, sendo evidenciado pelos direcionamentos das crianças e adolescentes a um cuidado na rede de atenção a saúde, interação de profissionais e setores, foco nas singularidades e necessidades dos indivíduos envolvidos e promoção da discussão do trabalho integrado.

CONCLUSÃO |

O presente artigo demonstra através do relato de experiência o comparecimento de diversas competências interprofissionais e colaborativas e, a partir da descrição e da análise da experiência citada, pode-se verificar uma ampla capacidade de promoção de práticas interprofissionais e colaborativas no contexto do Programa de Residência Multiprofissional. Além disso, a Atenção Básica coloca-se também como um cenário de grande potência para a formação e qualificação de profissionais no SUS.

Apesar da experiência relatada evidenciar uma grande potencialidade em relação a interprofissionalidade e trabalho colaborativo, vale destacar como limitação do trabalho que o pouco tempo dos residentes na Atenção Básica pode ter comprometido sobremaneira o alcance de maiores resultados das ações no PSE, visto que, como pontuado, o tempo de permanência da equipe de residentes neste nível de atenção se resumia a uma vez na semana, o que propiciou um caráter mais pontual da atividade com as crianças e adolescentes.

Coloca-se como perspectiva propositiva neste relato, a necessidade de promover formação e prática profissional pautada dentro dos princípios e diretrizes do SUS, o que torna de extrema relevância a discussão, estudo e efetivação de práticas colaborativas e interprofissionais nos Programas de Residência, sendo esta colocada possivelmente como uma diretriz, uma vez que um dos objetivos desta modalidade de ensino é alcançar novos perfis de trabalhadores e trabalhadoras de saúde.

Além disso, este trabalho pode servir como um exemplo de experiência no contexto das Residências Multiprofissionais no que tange ao alcance de práticas dinâmicas, inéditas, integradas, sustentadas por uma rede de colaboração, que pode levar à promoção da saúde e da qualidade de vida de indivíduos e comunidades.

REFERÊNCIAS |

1. Brasil. Lei Orgânica da Saúde. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.
2. Malta, DC; Merhy, EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, Set. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.
3. Dalmolin, BB et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Escola Anna Nery* [online]. 2011, v. 15, n. 2 [Acessado 9 Agosto 2021], pp. 389-394. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-814520110002>.
4. Ceccim, RB; Feuerwerker, LCM.. 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. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sc>.
5. Rosa. SD; Lopes, RE. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, Nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/sc>>.
6. Rosa. SD; Lopes, RE. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, Nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/sc>>.
7. Peduzzi, M et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, Ago. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.
8. Bones, AANS et al. Residência multiprofissional tecendo práticas interdisciplinares na prevenção da violência. *Abcs Health Sciences*, [s.l.], v. 40, n. 3, p.343-347, 21 dez. 2015. Disponível em: <<https://www.portalnepas.org.br/abc>>.
9. World Health Organization (WHO). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Switzerland: World Health Organization Department of Human Resources for Health Geneva, 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream>.
10. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. Canadian Interprofessional Health Collaborative

- [document on the internet]. Vancouver (BC): University of British Columbia; 2010 [cited 2016 Nov 7]. Availa.
11. Previatto, GF. A liderança colaborativa no processo de trabalho das equipes da atenção primária à saúde. Rdu Unicesumar, Brasil, 2004. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/1892>. Acesso em: 10 Maio 2021.
 12. Peduzzi, M; Agreli, HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 22, supl. 2, pág. 1525-1534, 2018. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>.
 13. Brasil. Presidência da República. Decreto No 6286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Casa Civil; 2007 [citado 2014 Jun 10]. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivi>>.
 14. Corrêa, H. Programa Saúde na Escola: potencialidades e desafios na construção de redes de cuidado. 2018. 4. 37-47. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/1835>> Acesso em: 10 maio. 2021.
 15. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno do Gestor do PSE. Brasília, 2015. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf>. Acesso em: 17 Dez 2019.
 16. Lopes, MVO. Sobre estudos de casos e relatos de experiências Rev Rene 2012. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027983001>> Acesso em: 11. nov.2020
 17. Peduzzi M; Leonello VM; Ciampone MHT. Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa. In: Paulina Kurcgant. (Org). Gerenciamento em Enfermagem. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, p. 103-114. TRABALHO EM EQUIPE E PRÁTICA COLABORATIVA
 18. Vasconcelos M. Grillo MJC. Práticas pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <http://ares.unasu>.
 19. Gocan, S, Laplante, M A, Woodend, K. 2014. Interprofessional Collaboration in Ontario's Family Health Teams: A Review of the Literature. Journal of Research in Interprofessional Practice and Education. Disponível em: <https://jripe.org/index.php/journal/a>.
 20. Cecilio, LCO. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde?. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, Abril. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01>.
 21. Motta, PR. Desempenho em equipes de saúde: manual / Paulo Roberto Motta. Rio de Janeiro : Editora FGV, 2001. 144p. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pdrh_des.pdf> Acesso em: 10 Maio 2021.
 22. Penedo, RM; Goncalo, CS; Queluz, DP. Gestão compartilhada: percepções de profissionais no contexto de Saúde da Família. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 23, e170451, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>
 23. Previatto, GF. A liderança colaborativa no processo de trabalho das equipes da atenção primária à saúde. Rdu Unicesumar, Brasil, 2004. Disponível em: <http://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/1892>. Acesso em: 10 Maio 2021.
 24. Brasil. Ministério da Saúde. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos. Brasília, 2004. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/sus_municipio_garantindo_saude.pdf Acesso em: 10 maio 2021.

Correspondência para/ Reprint request to:

Winnie Lorena Novais Monteiro
 Rua Ceará, 155, apto. 402,
 Praia da Costa, Vila Velha/ES, Brasil
 CEP: 29101290.
 E-mail: w.lorena94@gmail.com

Recebido em: 24/06/2021

Aceito em: 22/07/2021