



Capítulo 9

**A RESIDÊNCIA MULTIPRO-
FISSIONAL EM SAÚDE DA FA-
MÍLIA E COMUNIDADE E A
FORMAÇÃO EM SAÚDE: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA
SOB A ÓTICA DA INTERPRO-
FISSIONALIDADE**

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE E A FORMAÇÃO EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOB A ÓTICA DA INTERPROFISSIONALIDADE

THE MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN FAMILY AND COMMUNITY HEALTH AND HEALTH TRAINING: AN EXPERIENCE REPORT FROM THE PERSPECTIVE OF INTERPROFESSIONALITY

Elaine Valdna Oliveira dos Santos¹

Regina Couto da Costa²

Lindemberg Medeiros de Araújo³

Resumo: A interprofissionalidade constitui-se como um imenso desafio a ser concretizado na área da saúde. As residências em saúde propõem a reorientação do modelo de atenção por meio da formação profissional ao exigirem o aprendizado no, pelo e para o trabalho; e são vistas como iniciativas importantes para o avanço da educação interprofissional no Brasil. O objetivo deste texto é discutir a interprofissionalidade na formação em saúde a partir de experiências vivenciadas pelas autoras no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do município de João Pessoa no ano de 2021. O local das vivências foi o território de atuação de uma Unidade Básica de Saúde do

1 Nutricionista pela Universidade Federal da Paraíba UFPB(2011). Mestre em ciências da Nutrição pela UFPB (2017). Especialista em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba com apoio da prefeitura municipal de João Pessoa (2022).

2 Enfermeira pela Universidade Federal de Alagoas (2019). Especialista em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) pela Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba com apoio da prefeitura municipal de João Pessoa (2022).

3 Médico sanitário; mestre em ciências sociais; doutor em educação (E. Popular); médico preceptor em medicina de família e comunidade.

referido município, sendo relatados e analisados os momentos em que a multiprofissionalidade ocorre de forma mais frequente e, com isso, possibilita uma atuação colaborativa e integrada entre mais de uma profissão da saúde. Apesar da potencialidade destas experiências e do êxito em outros aspectos, ressalta-se que a formação em saúde ainda se encontra muito distante da proposta pedagógica das residências multiprofissionais, especialmente no que diz respeito à interprofissionalidade.

Palavras chaves: Interprofissionalidade; Formação em Saúde; Educação Interprofissional

Abstract: Interprofessionalism is an immense challenge to be achieved in the health area. Health residencies propose a reorientation of the care model through professional training, as they demand learning in, through and for work; and are seen as important initiatives for the advancement of interprofessional education in Brazil. The objective of this text is to discuss interprofessionalism in health education based on experiences lived by the authors in the Multiprofessional Residency Program in Family and Community Health in the city of João Pessoa in 2021. A Basic Health Unit of that municipality, being reported and analyzed the moments in which multiprofessionalism occurs more frequently and, therefore, allows a collaborative and integrated action between more than one health profession. Despite the potential of these experiences and the success in other aspects, it is noteworthy that health education is still very far from the pedagogical proposal of multidisciplinary residencies, especially with regard to interprofessionalism.

Keywords: Interprofessionalism; Health Training; Interprofessional Education

INTRODUÇÃO

As residências em saúde constituem-se como uma modalidade de formação ancorada na



integração entre teoria e prática, à medida que profissionais de saúde vivenciam momentos teóricos (com aulas, capacitações e matriciamentos) e práticos (com a atuação dentro dos serviços) (BRASIL, 2005). Além disso, visam contribuir com a reorientação do modelo assistencial por meio da formação profissional ao exigirem o aprendizado no, pelo e para o trabalho.

Peduzzi (2013) e Ceccim (2018) apresentam as residências multiprofissionais em saúde (RMS) como iniciativas importantes para o avanço da educação interprofissional no Brasil. Na mesma perspectiva, o Ministério da Saúde aponta a característica da interdisciplinaridade destes programas, que se compromete com o respeito aos saberes de cada profissão, porém visando a formação coletiva dos profissionais (BRASIL, 2006).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) do município de João Pessoa (Paraíba) apresenta como proposta pedagógica a superação da fragmentação do conhecimento e o incentivo à prática do saber compartilhado. Ancorado numa abordagem construtivista e fundamentada na aprendizagem significativa, em metodologias ativas de aprendizagem, propõe que

discussões teórico-práticas serão divididas em momentos de discussão interdisciplinar multiprofissional, também chamadas de discussões de campo, contemplando as discussões de PTS e de temas transversais relativos à Clínica Ampliada e ao SUS, e momentos de discussão mais relacionada ao núcleo de saber dos diferentes núcleos profissionais, a fim de atingir os objetivos de formação da residência multiprofissional (SMS-JP, 2013, p. 21)

Alinhado a isso, é necessário ressaltar que o cuidado em saúde requer integralidade de práticas tendo como perspectiva a superação do modelo de atenção predominante, uniprofissional e médico-centrado (FERLA; TOASSI, 2017). Ao considerar a importância desse princípio, evidencia-se a necessidade de novos modos de pensar e de produzir saúde.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a Clínica Ampliada apresenta-se como uma potente “ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas” (BRASIL, 2009,

p.10), uma vez que visa ampliar o objeto do trabalho em saúde e conseqüentemente das possibilidades de diagnóstico e de cuidado.

A prática do cuidado não deve ser considerada exclusividade dos profissionais de saúde. O cuidar envolve solidariedade e apoio coletivos, onde cada pessoa é um participante ativo no processo de construção da integralidade. Na disputa de poder, o profissional de saúde muitas vezes espera que o usuário modifique sua vida à luz das orientações fornecidas, colocando o contexto de vida da pessoa e tudo que ele envolve em posição de desvantagem e comprometendo, assim, a autonomia e construção coletiva do cuidado (FEUERWERKER, 2016).

Para ultrapassar esse entendimento, a Clínica ampliada “busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional” (BRASIL, 2009, p. 14). É importante nesse ponto ressaltar a distinção entre os termos multiprofissional e interprofissional, sendo este primeiro relacionado à existência de duas ou mais profissões atuando sobre o mesmo objeto e o segundo referente à prática integrada e colaborativa entre as profissões.

Sobre palavras utilizadas muitas vezes como sinônimos em meio a essa temática, Ceccim (2018, p. 1740) aponta a diferenciação entre disciplina, que seria “domínio de conhecimento” e profissão a “habilitação de exercício ocupacional”. A partir disso, é possível compreender melhor a utilização destes e outros termos, como transdisciplinaridade, entendida como uma “transgressão das fronteiras impostas pelas disciplinas acadêmicas” (SILVA, CUSATI, GUERRA, 2018, p. 988)

Nesse contexto, a interprofissionalidade na formação em saúde mostra-se necessária e, ao mesmo tempo, um grande desafio nos diversos cenários de prática. Para tanto, o PRMSFC pode representar um espaço importante para a formação interprofissional centrada no cuidado em saúde e valorizando os diversos saberes. Assim, o período de atuação enquanto residentes multiprofissionais em saúde da família e comunidade e as diversas inquietações referentes à formação e atuação profissional fizeram surgir o interesse pela temática da educação interprofissional.

Considerando o acima assentado, este trabalho tem como objeto de estudo a interprofissionalidade no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de experiências vivenciadas pelas autoras no referido PRMSFC tendo como campo de trabalho a Atenção Primária em Saúde. É um objeto que se situa na interlocução entre formação e prática profissional e, portanto, possibilita conhecer e discutir as potencialidades e fragilidades presentes no processo educativo.

MATERIAIS E MÉTODOS

O texto evidencia um relato de experiência desenvolvido a partir das vivências de duas residentes do PRMSFC no município de João Pessoa (PB) durante o segundo ano de residência. Uma das autoras apresenta como campo específico de formação a Enfermagem; a outra autora tem como campo específico a formação em Nutrição. Ambas atuaram na Unidade Básica de Saúde (UBS) Mudança de Vida, localizada no município de João Pessoa (PB). A UBS é composta por quatro equipes de saúde da família em um mesmo espaço físico.

Vale destacar que a UBS é também campo de estágio de diversos períodos e cursos da área da saúde, além de ser cenário de prática e atuação de médicos residentes do Programa de Medicina de Família e Comunidade do município, sendo que estes assumem as equipes de saúde da família. Portanto, esse serviço de saúde representa um importante espaço de formação profissional com potencial para a práticas multi e interprofissionais.

As residentes, autoras, realizaram a descrição de atividades e produziram reflexões a partir das experiências práticas desenvolvidas junto aos usuários dos serviços. Todas as atividades citadas são realizadas por profissionais de saúde integrantes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. A equipe multiprofissional que compõe a Residência atuante na UBS Mudança de Vida é formada por enfermeira (1), nutricionista (2), fisioterapeuta (1), fonoaudiólogo (1) e psicólogo (1). A equipe realiza diversas atividades a partir dos núcleos citados e também

junto à equipe mínima de saúde.

Para este trabalho, foram selecionados os espaços em que a vivência multiprofissional ocorre de forma mais frequente e por proporcionarem a possibilidade de uma atuação colaborativa entre mais de uma profissão da saúde, intervindo e atuando juntos de maneira integrada. As práticas acontecem no espaço físico da UBS, mas também fora dele. São elas: Acolhimento multiprofissional, Grupo Terapêutico de Mulheres e, Interconsultas (que ocorrem dentro da UBS) e Grupo de Convivência “Centro de Tratamento Intensivo (CTI)” (acontece próximo a uma praça da comunidade).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A prática da interprofissionalidade vai além do sentido da multiprofissionalidade e é dependente de mobilizações nos processos de trabalho já postos nos serviços de saúde. A atuação do residente implica desconstruções necessárias para a formação em saúde, bem como a construção de uma nova forma de organização do trabalho em equipe. Nesse sentido, a partir do “acolhimento multiprofissional”, do “grupo terapêutico de mulheres”, das “interconsultas” e do grupo de convivência “Centro de Tratamento Intensivo (CTI)”, são formuladas considerações sobre a interprofissionalidade como forma de refletir sobre a formação e prática de profissionais de saúde em Residência Multiprofissional.

O acolhimento multiprofissional e as interconsultas surgiram como alternativas frente à problematização do processo de trabalho em saúde na USF Mudança de Vida a partir das discussões dos residentes multiprofissionais em saúde da família e comunidade neste cenário, na tentativa de reorganizar o processo de trabalho em saúde a partir da lógica da clínica ampliada e da prática interprofissional.

O fluxo de atendimentos na referida UBS é organizado a partir de triagens. Em 3 das equipes a triagem acontece por meio de médico e enfermeira, que solicitam documentação do usuário por

ordem de chegada (salvo as situações de maior urgência) e questionam de forma superficial sobre qual é sua necessidade. Após isso, os usuários aguardam sua vez e são atendidos em consultório médico. Na quarta equipe, um agente comunitário de saúde (ACS), a partir de escala entre os ACS da equipe, responsabiliza-se por organizar a lista de atendimentos, seguindo os mesmos critérios já citados. Em todas as situações, o acolhimento é encerrado a partir de determinado horário e o usuário que chega “fora do horário” é informado que deve voltar no dia seguinte, durante o acolhimento.

A principal inquietação que instigou a proposta de um acolhimento multiprofissional foi a persistência da perspectiva médico-centrada na organização do fluxo de atendimento, pois o acolhimento é realizado majoritariamente pela equipe médica, configurando essencialmente uma triagem clínica. De modo que o primeiro contato da equipe multiprofissional com os usuários era sempre intermediado pela avaliação médica, seguida ou não de um encaminhamento.

Procurando sair da lógica de referência e contrarreferência entre os profissionais da equipe mínima e a equipe multiprofissional de apoio, os residentes “multi” propuseram o acolhimento multiprofissional. Segundo a proposta, o usuário com demanda por atendimento em saúde direcionado à equipe multiprofissional procura este novo espaço, em caso de não ser possível realizar a interconsulta junto à equipe mínima em outro horário.

A escuta inicial pode ser realizada por qualquer um dos profissionais e caso possível, por mais de um. Em seguida, a depender da demanda, o usuário é convidado ao formato de acolhimento coletivo. Esse momento acontece semanalmente às quintas-feiras no turno da manhã, no espaço da Horta Agroecológica Dona Isabel. Tal espaço físico também foi pensado para proporcionar uma ambiência distante da dureza de um consultório de atendimento individual.

No paradigma vigente, visualiza-se o enfoque nas questões biológicas em detrimento das dimensões subjetivas e socioeconômicas. Com isso, as demandas reais dos usuários muitas vezes passam despercebidas e estes terminam por procurar o serviço frequentemente com as mesmas queixas, sem a resolubilidade desejada. Acerca destas limitações do paradigma biomédico, Campos (2006) em

sua teoria Paidéia, sugere um modo de pensar o processo saúde-doença a partir da singularidade dos sujeitos, considerando todos os fatores que podem intervir nesse processo e não apenas os orgânicos.

O comprometimento de princípios como a integralidade, a partir de uma prática profissional que permanece individualizada, o profissional não avança na sua própria formação, que acontece no dia a dia dos serviços e não apenas no período de graduação. O acolhimento multiprofissional surgiu então pensando-se tanto na autonomia de cada profissão como na atuação interprofissional sob o paradigma da clínica ampliada. Pretendeu-se executar o acolhimento como momento de escuta qualificada para fortalecimento de vínculos e afetos a partir das diversas demandas que os sujeitos trazem consigo ao procurar um serviço de saúde (BRASIL, 2009).

Inicialmente, o acolhimento foi pensado no formato coletivo, do tipo roda de conversa, no qual os usuários pudessem compartilhar uns com os outros os seus motivos e anseios em estarem indo ao serviço. Em alguns encontros, essa configuração foi possível e as trocas entre eles foram muito enriquecedoras, de tal modo que poucas intervenções da equipe multiprofissional eram necessárias. Em outros momentos, o acolhimento acontecia de forma individualizada, em que um ou mais profissionais realizava a escuta de um usuário.

Inicialmente, houve a proposta de incluir as interconsultas no fluxograma da unidade. Assim, quando o usuário procurasse o serviço de forma espontânea e a equipe de referência identificasse a necessidade de apoio da equipe multiprofissional na realização da consulta, esta seria solicitada considerando a disponibilidade de cada profissional a partir de um cronograma previamente elaborado em equipe, podendo ser naquele momento ou posteriormente. Com a criação do fluxograma e do cronograma, pretendeu-se organizar de forma sistemática esses momentos de consultas compartilhadas.

Com essa proposta de rearranjo organizacional, pretendeu-se efetivar a realização do apoio matricial, compreendendo este como “uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões” (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 400). Em cartilha elaborada pelo Minis-

tério da Saúde acerca da clínica ampliada e compartilhada (BRASIL, 2009), o atendimento conjunto é proposto como uma possibilidade de operacionalização do apoio matricial visando “possibilitar a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiência para ambos os profissionais envolvidos” (BRASIL, 2009, p. 33).

Essa experiência, a priori, apresentou ótimos resultados, sendo realizadas muitas interconsultas na perspectiva do apoio matricial. Foi perceptível para a equipe multiprofissional de residentes a mudança no manejo de alguns atendimentos, em especial a escuta às demandas de saúde mental. Porém, a quantidade de atendimentos de demanda espontânea pela equipe mínima contribuiu para a indisponibilidade de agenda para interconsultas, além da falta de espaços de discussão sobre os casos; e com isso a fragilização do entendimento sobre a importância de cada núcleo profissional e das atividades realizadas de forma conjunta.

Atualmente as interconsultas não acontecem com frequência ou acontecem com dificuldade, havendo predomínio de ações fragmentadas e desarticuladas. Isso impacta na compreensão do processo saúde-doença, na organização da Atenção Primária em Saúde (APS) e na formação cotidiana dos profissionais (MEDEIROS et al., 2011). As interconsultas permitem a discussão de casos complexos considerando a integralidade da situação, o que é possível graças à possibilidade de uma visão ampliada dos casos, abordando as esferas interprofissional e interdisciplinar conjuntamente (FARIAS; FAJARDO, 2015)

Medeiros et al. (2011) em pesquisa realizada com profissionais da Equipe Saúde da Família abordaram o termo “multiprofissionalidade” questionando os profissionais sobre o entendimento do termo. Todos os entrevistados mostraram conhecimento acerca do termo, porém afirmaram insegurança para atuação multiprofissional, justificada principalmente pela ausência de subsídios que deveriam ter sido adquiridos ainda durante a formação. As respostas apontaram como influência a formação tradicional médico-centrada, mesmo para aqueles formados nos anos 2000.

Medeiros et al. (2011) reforçam que apenas a diversidade de profissões atuantes em um mes-

mo espaço não é suficiente, pois não garante a construção de uma nova prática que busque o compartilhamento de saberes e ideias valorizando a assistência prestada aos usuários e possibilitando uma prática efetiva e centrada nos princípios do SUS.

A dificuldade para a realização de uma prática interprofissional colaborativa, e não apenas multiprofissional, pode estar relacionada à falta de habilidade em atuar de forma integrada a outros profissionais em consequência à ausência de vivências multidisciplinares desde a graduação, com estudantes de outras áreas da saúde. Mesmo havendo a discussão interdisciplinar que levou a tais questionamentos sobre o processo de trabalho, há ainda a influência de questões culturais, nas quais a saúde pode ser compreendida como um produto materializado em procedimentos e medicamentos.

Em estudo também realizado no município de João Pessoa, residentes relataram que uma grande barreira para a atuação integrada seria a falta de entendimento por parte dos trabalhadores da equipe mínima acerca da atuação do residente no serviço de saúde. Além disso, a possibilidade de os próprios residentes não conseguirem explicitar sua função, até mesmo por não compreender de forma integral sua importância, e de que formas buscar integração em um cenário historicamente fragmentado, deve ser considerado (SANTOS FILHO et al., 2016).

O Grupo Terapêutico de Mulheres acontece semanalmente, às quintas-feiras à tarde e conta com a participação de residentes da equipe multiprofissional e mulheres do território. Em média participam 09 (nove) mulheres, variando o número de participantes a cada encontro. A proposta surgiu a partir do Acolhimento Multiprofissional, quando mulheres acolhidas relataram demandas emocionais e psicológicas e a necessidade de um espaço onde pudessem partilhar suas angústias e emoções.

O grupo de mulheres surge como tentativa de escuta qualificada às mulheres em um cenário baseado na observação de sintomas isolados, priorizando a medicalização e não o cuidado integral. Buscando novas formas de acolher e escutar, não apenas as usuárias são impactadas como também os profissionais, que passam a inserir novas práticas e reflexões na promoção do cuidado (LUZ; FRUTUOSO, 2021).

A criação de um grupo terapêutico tendo mulheres da comunidade como protagonistas é um incentivo para que as mesmas reflitam sobre suas próprias vidas, encontrando no grupo não a salvação para seus problemas, mas o apoio necessário ao enfrentamento de questões que podem ser causa de adoecimento/angústia. Dessa forma, o grupo exerce função social à medida em que trabalha a inclusão de mulheres em um espaço decisório de saúde e torna-se parte do cotidiano das mesmas (LACERDA et al., 2019)

Esse espaço é guiado pelo psicólogo, pois as mulheres o procuraram inicialmente para atendimentos individuais, porém, com a presença dos demais profissionais, o grupo tornou-se um importante momento de apoio matricial no manejo das questões de saúde mental das mulheres. Assim, em diversas ocasiões surgiram discussões interprofissionais sobre corpo, sexualidade, alimentação, maternidade, ansiedade, depressão, sobrecarga física e mental; dentre outras temáticas.

Apesar dos encontros acontecerem no período da tarde, durante o qual há menor demanda de atendimentos, não há participação da residência médica ou de membros da equipe mínima. Essa ausência de integração durante os grupos, espaços de criação e fortalecimento de vínculos, leva à dificuldade de alcance de princípios como a integralidade, contribuindo para a fragmentação do conhecimento e desvalorização de momentos que prezam pela horizontalidade das relações entre profissional de saúde e usuário.

O grupo de convivência denominado de “Centro de Terapia Intensiva” (C.T.I.) é um grupo não institucionalizado, criado pelos próprios participantes em uma praça da comunidade antes mesmo da existência da Unidade de Saúde. Neste espaço, homens convivem e fazem uso de álcool e outras drogas diariamente, mas também são eles que organizam formas de redução de danos, com partilha de água e petiscos. Há uma organização interna na qual os integrantes zelam pelo espaço, fazendo a limpeza no início do dia, e também cuidam de plantas e animais presentes no local.

A Residência Multiprofissional passou a frequentar o espaço nas sextas-feiras pela manhã, a partir de uma proposta do psicólogo residente. Durante os encontros não há intervenções por núcleo profissional ou intervenções interprofissionais com foco no saber acadêmico. O grande objetivo para a

formação é o desenvolvimento do olhar para o outro no seu espaço real, com todas as motivações que o levam ali e que fazem daquele espaço um espaço de encontros, de amizades, de alívio da realidade e, assim, de saúde.

Profissionais da Estratégia Saúde na Família (ESF) não participam dos encontros no C.T.I., apenas os profissionais residentes, embora sejam frequentemente convidados, seja durante as reuniões de equipe ou de forma individual. Essa ausência é justificada por eles devido a grande demanda diária de procura por atendimentos. Isso reforça a ideia equivocada de que a resolubilidade dos problemas dos usuários se dá por meio das consultas individuais, prescrição medicamentosa ou solicitação de exames médicos.

Essa situação traz implicações ao processo de trabalho e à responsabilidade pela construção cotidiana do SUS, pois como afirmam Maia e Goya (2016) em estudo realizado no Ceará, as vivências extramuros e em parceria com a ESF possibilitam ampliar o conceito de saúde e também fortalecem a relação profissional em equipe. Além disso, a ausência de participação da ESF nas atividades em que há presença de residente(s) reforça a ideia de que a função deste último é a oferta de serviços, fragilizando a melhoria do processo de trabalho na APS.

O Grupo C.T.I. contribui com a formação profissional em vários aspectos. Um deles é ao mostrar, no cotidiano da convivência junto aos homens, que há limites das ações de núcleo de cada área profissional, principalmente se são prescritivas. Mesmo que alguns daqueles homens apresentem questões específicas que demandem cuidados da área clínica, aquele espaço/momento, na maioria das vezes, não deve receber tais intervenções, pois aplicá-las pode não significar “fazer saúde” e sim impor modificações do estilo de vida. Além disso, o grupo explicita a potencialidade de profissões que “se inventam em conjunto”, como reforçam Capozzolo et al. (2018).

Os problemas vividos por cada usuário são mais complexos do que a capacidade de intervenção de um núcleo profissional, e isso demanda a prática da interprofissionalidade, para que, com ela, sejam possíveis discussões de estratégias não convencionais. A situação concreta da vida pode então auxiliar profissionais a encontrarem uns nos outros novas formas de produzir saúde, permitindo espaço à construção de uma rede de apoio e cuidado (CAPOZZOLO et al. 2018).

CONCLUSÃO (RE-PROPONDO ALGUMAS QUESTÕES)

A atuação interprofissional em atividades coletivas de educação em saúde busca tensionar o processo de trabalho, construindo espaços de diálogo e aprendizagem interdisciplinar. É preciso refletir sobre formas de fortalecimento da prática interprofissional para sua permanência ao longo do tempo no cuidado dos serviços, independente da rotatividade profissional e/ou formação inicial.

Esta, no entanto, é uma tarefa que esbarra em diversos desafios cotidianos relacionados tanto à formação profissional quanto à organização do processo de trabalho. A exemplo das vivências relatadas, ressalta-se que a formação em saúde ainda se encontra muito distante da proposta pedagógica das residências multiprofissionais, especialmente no que diz respeito à interprofissionalidade. Essa dificuldade se torna ainda mais evidente quando ampliamos o olhar para a residência de medicina de família e comunidade, que mesmo sendo da mesma área e atuando nos mesmos territórios que o programa multiprofissional, está fortemente enrijecida na uniprofissionalidade.

Apesar dessa problemática, alguns espaços e momentos vivenciados nesse período demonstram que a residência pode propiciar uma prática transformadora de formação e atuação para qualificação da APS. Para isso, é necessário fortalecimento do apoio institucional, efetivação da educação permanente enquanto política de saúde e reflexão-ação centrada no cuidado e autonomia aos usuários. Buscando tornar a atuação colaborativa entre as profissões uma questão e um compromisso de todas elas que constituem a equipe de saúde da família, não somente daquelas que estão em formação através da residência multiprofissional.

Nesse sentido, propõe-se ações na microgestão do processo de trabalho como momentos periódicos e sistematizados de matriciamento de acordo com as situações-problemas emergidas do cotidiano, módulos teóricos e práticos em comum entre as residências médica e multiprofissional em saúde da família e comunidade para que haja maiores possibilidades de integração, momento para discussão de casos nas reuniões de equipe e tornar institucional a reorganização do fluxo de atendimento para demanda espontânea, de modo que determinados casos possam ser avaliados em espaços multiprofissionais e este não seja visto apenas como uma “atividade da residência”.

A partir dessas experiências, a prática profissional iniciada na residência contribui para que em experiências futuras os profissionais envolvidos consigam atuar na perspectiva da clínica ampliada e da interprofissionalidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

CAPOZZOLO, Angela Aparecida et al. Formação interprofissional e produção do cuidado: análise de uma experiência. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, p. 1675-1684, 2018.

CECCIM, RB. Connections and boundaries of interprofessionality: form and formation. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1739-49.

DE QUEIROZ MAIA, Ítala Maria; GOYA, Neusa. PERCEPÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, v. 15, n. 2, 2016.

FERLA, Alcindo Antônio; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. Formação interprofissional em saúde: um caminho a experimentar e pesquisar. Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos? 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 7-13, 2017.

LACERDA, Mayara Silva et al. Uma experiência de implantação de um grupo de mulheres: entre dizeres e fazeres. Revista de Iniciação Científica da Universidade Vale do Rio Verde, v. 9, n. 1, 2018.

LUZ, Milene Mori Ferreira; FRUTUOSO, Maria Fernanda Petroli. O olhar do profissional da Atenção Primária sobre o cuidado à mulher climatérica. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, v. 25, 2021.

MEDEIROS, Cristina da Silva et al. O processo de (des) construção da multiprofissionalidade na Atenção Básica: limites e desafios à efetivação do trabalho em Equipe na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa-PB. Rev bras ciênc saúde, v. 15, n. 3, p. 319-28, 2011.

MENEZES, Kênia Kiefer Parreiras de; AVELINO, Patrick Roberto. Grupos operativos na Atenção Primária à Saúde como prática de discussão e educação: uma revisão. Cadernos Saúde Coletiva, v. 24, p. 124-130, 2016.

SILVA, Adilson Xavier da; CUSATI, Iracema Campos; GUERRA, Maria das Graças Gonçalves Vieira. Interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: dos conhecimentos e suas histórias. Revista Ibero Americana de Estudos em Educação, Araraquara, v. 13, n. 03, p. 979- 996, jul./set., 2018.

SILVEIRA, Lia Márcia Cruz da; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de” ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. Interface-Comunicação, saúde, educação, v. 9, p. 91-104, 2005.