

Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Interprofessional education in health postgraduate: interprofessional pedagogical dimensions in a Family Health's Multiprofessional Residency

Educación sanitaria interprofesional de postgrado: dimensiones pedagógicas Interprofesional en una residencia Multidisciplinar en Salud de la Familia

Gisele Maria Melo Soares Arruda¹
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto²
Ricardo José Soares Pontes³
Francisco Antônio Loiola⁴

RESUMO: Este artigo analisa a proposta pedagógica do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) da Escola de Saúde Pública do Ceará a perspectiva da Educação Interprofissional (EIP). Realizou-se estudo de caso utilizando observação participante, entrevistas semiestruturadas e revisão documental entre dezembro de 2014 e fevereiro de 2015 em dois municípios do Ceará. Participaram do estudo 2 coordenadores do PRMSFC, 7 preceptores e 15 residentes. O corpus de dados sofreu análise temática. A pesquisa seguiu os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos. Observou-se que o PRMSFC se organiza como estratégia de EIP por vários aspectos: currículo baseado em competências, educação pelo trabalho, lotação dos residentes em equipes multiprofissionais, formação de adultos, dentre outros. No processo de ensino-aprendizagem, capturou-se a potência da metodologia da tenda invertida, do método da roda e do papel do preceptor de campo no estímulo e apoio ao trabalho e à aprendizagem

1 Fisioterapeuta, Mestre em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Comunitária, estudante do Doutorado em Saúde Coletiva. giselemeloaires@gmail.com

2 Médica, Doutora em Pediatria, Fundação Oswaldo Cruz, Ceará, Especialista em C&T Prod. Inov. em Saúde.

3 Médico, Doutor em Medicina, Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Comunitária, Professor associado.

4 Filósofo, Doutor em Psicopedagogia, Université de Montréal, professor.

interprofissional. Dentre os desafios, encontram-se o processo de interiorização da educação permanente, a sustentabilidade financeira do PRMSFC e a dependência do processo formativo quanto à adesão dos atores envolvidos. Sugere-se que futuras investigações sejam conduzidas para análise das dimensões da EIP efetivadas nos programas brasileiros de residência multiprofissional.

Palavras-chaves: Educação Permanente, Internato e Residência, Comunicação interdisciplinar.

ABSTRACT: This work analyzes the pedagogical proposal of Multiprofessional Residency Program in Family and Community Health (PRMSFC) at Public Health School of Ceará through Interprofessional Education (EIP) perspective. It proceeded to a case study using participant observation, semi-structured interviews and documentary review between December 2014 and February 2015 at two municipalities of Ceará. 2 coordinators, 7 preceptors and 15 residents participated in the study. The data corpus underwent a thematic analysis. The research followed ethical aspects of research with human beings. It was observed that PRMSFC is organized as a EIP strategy for many aspects: competency-based curriculum, work-based learning, manning residents in multiprofessional teams, adult education, among others. In teaching and learning process, was captured the power of the inverted tent methodology, the wheel method, and the role of field preceptor, that acts to stimulate and support team interprofessional work and learning. Among challenges, are permanent education internalization process, PRMSFC financial sustainability and the training process dependence of actors involved adherence. We suggest that future investigations analyze EIP dimensions implemented in Brazilian multiprofessional residency programs.

Keywords: Continuing Education, Internship and Residence, Interdisciplinary Communication.

RESUMEN: Este artículo analiza la propuesta pedagógica del Programa de Residencia Multiprofesional en Salud Familiar y Comunitaria (PRMSFC) de la Escuela de Salud Pública de Ceará en la perspectiva de la Educación Interprofesional (EIP). Se procedió a un estudio de caso utilizando observación participante, entrevistas semiestructuradas y revisión documental entre diciembre de 2014 y febrero de 2015 en dos municipios de Ceará. Participaron en el estudio 2 coordinadores, 7 preceptores y 15 residentes. El corpus de datos sufrió un análisis temático. La investigación siguió aspectos éticos de la investigación con seres humanos. Se observó que el PRMSFC está organizado como una estrategia de EIP para muchos aspectos: currículo basado en competencias, aprendizaje basado en el trabajo, la dotación de residentes en equipos multiprofesionales, educación de adultos, entre otros. En el proceso de enseñanza y aprendizaje, se capturó el poder de la metodología de la tienda invertida, el método de la rueda y el papel del preceptor de campo, que actúa para estimular y apoyar el trabajo y el aprendizaje interprofesional del equipo. Entre los retos, se encuentran el proceso de internalización de la educación permanente, la sostenibilidad financiera del PRMSFC y la dependencia del proceso de formación la adhesión de los actores involucrados. Sugerimos que futuras investigaciones se llevan a cabo para analizar las dimensiones de la EIP en los programas brasileños de residencia multiprofesional.

Palabras clave: Educación Continua, Internado y Residencia, Comunicación interdisciplinaria.

1INTRODUÇÃO

As transições demográfica e epidemiológica¹, o advento de novos agravos, o ressurgimento de outros, aparentemente controlados no passado recente da saúde pública², a comprovada influência de fatores ambientais, sociais, afetivos e culturais no adoecimento têm se configurado como desafios cada vez maiores para o cuidado em saúde. Ao mesmo tempo, as graves iniquidades no setor saúde e as lacunas geradas pelo cuidado especializado têm revelado a falência do modelo tradicional de formação em saúde para o novo século³⁻⁶.

Nesse cenário, a colaboração e a educação interprofissional ganham grande relevância, uma vez que a prática colaborativa é apontada mundialmente como estratégia essencial na reconfiguração da assistência à saúde de forma a responder aos emergentes problemas sanitários. A interprofissionalidade cria novas possibilidades de ação e, por isso, reduz alguns dos desafios imputados ao cuidado em saúde⁷⁻⁹.

A Educação Interprofissional (EIP) acontece quando dois ou mais profissionais aprendem um com o outro, a partir do outro e sobre o outro para melhorar a colaboração e a qualidade do cuidado¹⁰. A EIP foi introduzida na saúde no final dos anos 60¹¹ e constitui-se como meio de preparação para a prática colaborativa.

No panorama mundial, observa-se que a EIP tem sido implantada tanto em cursos de graduação, quanto de pós-graduação e iniciativas de educação de trabalhadores ao redor dos cinco continentes^{5,7,11}. Na realidade brasileira, o debate sobre EIP é recente¹² e o que se observa é o predomínio de um modelo curativista, hospitalocêntrico, invasivo, iatrogênico¹³ e uniprofissional de educação na saúde^{3,14,15}. Segundo Costa¹⁶, no Brasil, a estrutura atual do ensino superior dificulta a interação entre os cursos de graduação em saúde e, ante o modelo político-econômico neoliberal e a prevalência de um mercado privado de saúde no país, o ensino em saúde tende a formatar-se de acordo com essas exigências de mercado^{17,18}.

Apesar disso, existem iniciativas em desenvolvimento no Brasil que fomentam a EIP³. Para os profissionais de saúde, destaca-se a política brasileira de Educação Permanente³. Na graduação, as diretrizes curriculares nacionais apontam a adoção de um currículo integrado e de base interprofissional¹⁹. Outras iniciativas recentes de EIP são: as residências multiprofissionais em saúde (RMS), o Projeto Pró-Saúde e PET-Saúde, o VER-SUS e o bacharelado interprofissional em saúde^{11,12,16,19,20,21}. Apesar de ainda serem iniciativas tímidas, estes projetos e programas representam um avanço da EIP no cenário brasileiro.

As RMS têm o objetivo de formar para a prática multiprofissional e estão alinhadas aos princípios do SUS, sendo consideradas padrão-ouro de pós-graduação *lato sensu* em saúde uma vez que estabeleceram a atuação profissional como matéria-prima do processo de ensino-aprendizagem e fomentam transformações no cotidiano dos serviços^{22,23}. Diante da proposta pedagógica das RMS,

questiona-se: como a residência multiprofissional se efetiva enquanto estratégia de EIP no cenário da pós-graduação em saúde?

Acredita-se que as RMS são uma iniciativa de fomento à EIP que, apesar de sua recente criação, contam com implantação nacional de grande importância. Entretanto, pouco se produziu cientificamente acerca da caracterização das pós-graduações em saúde como estratégias de educação colaborativa^{8,24}. Ao mesmo tempo, predomina um cenário heterogêneo no que diz respeito à organização político-pedagógica dos programas de RMS, podendo favorecer ou não a EIP²⁵.

De fato, implementar uma iniciativa de EIP exige peculiaridades de condução desde o planejamento até sua avaliação²⁴. Sendo assim, considera-se que a análise aprofundada de um programa de RMS enquanto estratégia de EIP pode permitir a discussão mais ampla das nuances desse modelo de formação a nível de pós-graduação. Desta feita, este artigo tem como objetivo analisar a proposta pedagógica do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) da Escola de Saúde Pública do Ceará na perspectiva da Educação Interprofissional (EIP).

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de casos múltiplos²⁶ com abordagem qualitativa^{27,28}. A coleta de dados compreendeu entrevistas semiestruturadas, observação participante e análise documental, tendo sido desenvolvida nos cenários de formação e atuação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE).

Este programa é parte de um programa maior, denominado Residência Integrada em Saúde (RIS-ESP/CE), que congrega, sob uma condução pedagógica comum, 11 programas de residência, aqui denominados ênfases e descritas no Anexo 1. A RIS-ESP/CE é um projeto interfederativo e interinstitucional de pós-graduação, caracterizando-se como educação pelo trabalho por meio do aprendizado em serviço e tem como instituição formadora a ESP-CE. Apresenta-se como um importante passo na interiorização e ampliação das estratégias de educação permanente interprofissional em saúde no Ceará²⁹.

Diante das grandes dimensões da RIS-ESP/CE, optou-se por trabalhar apenas o PRMSFC e definiram-se intencionalmente como unidades de análise os municípios de Maracanaú e Aracati, onde esta ênfase funciona desde 2013.

Dentre os sujeitos, foram incluídos uma equipe de residentes de cada município que estava cursando o segundo ano de residência, os preceptores de campo e núcleo que faziam a supervisão dessas equipes, um representante da coordenação do PRMSFC e um representante da coordenação geral da RIS-ESP/CE. A amostra foi determinada em sua abrangência final por saturação teórica³⁰, sendo entrevistados 15 residentes, 7 preceptores e 2 coordenadores (Quadro 1).

Quadro 1 – Sujeitos entrevistados no Estudo de Caso, Ceará, 2015.

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

Para observação participante com registro em diário de campo, foram acompanhadas atividades assistenciais e pedagógicas dos residentes e preceptores, totalizando 40 turnos ou, aproximadamente, 160 horas. A coleta de informações aconteceu entre dezembro de 2014 e fevereiro de 2015. O Projeto Político Pedagógico e os editais de seleção compuseram a análise documental.

As informações coletadas foram analisadas de acordo com a Análise do Conteúdo³¹ na sua modalidade temática, ancorada no aporte teórico da educação interprofissional, com triangulação dos dados obtidos na observação participante e entrevistas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da ESP-CE sob parecer nº 889593/2014 e seguiu conforme os preceitos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde³².

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Opção pedagógica da RIS-ESP/CE: a interprofissionalidade

O projeto político pedagógico da RIS-ESP/CE revelou, pelo uso do termo “interprofissional” no

seu macro objetivo, que se caracteriza enquanto proposta de EIP:

ativar-formar lideranças técnicas, científicas e políticas por meio da interiorização da Educação Permanente Interprofissional, na perspectiva de contribuir para a consolidação da carreira na saúde pública e para o fortalecimento das Redes do Sistema Único de Saúde, orientada pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais²⁹.

Segundo C1, desde a sua concepção, esta residência foi idealizada como uma estratégia de EIP, na qual o processo formativo acontece pelo trabalho e pautado nos princípios do SUS:

Desde quando a gente foi escrever o projeto, a gente já pensava que multi todos os serviços de saúde praticamente já eram. Se você for para um hospital, é multi. Se for para uma equipe de saúde da família, é multi. [...] faz-se necessário que os profissionais interajam. [...] a gente queria fazer uma residência interprofissional (C1).

Percebe-se que há uma preocupação, demonstrada pela coordenação do programa, em ir além da multiprofissionalidade, atingindo o ideal de integração de saberes e práticas da interprofissionalidade^{19,33,34}. Essa preocupação é válida, pois, segundo Peduzzi³, a maioria das estratégias educativas no Brasil que envolvem várias profissões da saúde são de cunho multiprofissional, mas não interprofissional.

A partir da investigação empírica, foi possível elencar as ferramentas e desenhos metodológicos que a RIS-ESP/CE adotou para implementar esse tipo de educação, os quais serão discutidos nos subtópicos a seguir.

Currículo baseado em competências: guiando a EIP

A noção de competência busca aproximar o processo educacional do mundo do trabalho ao passo que compreende que o futuro trabalhador precisa, além de conhecimento, adquirir habilidades técnicas, relacionais e afetivas que possibilitem o sucesso de sua atuação profissional^{6,35,36}. A perspectiva da competência revoluciona o processo educativo uma vez que amplia a noção de aprendizagem para além da transmissão de conteúdos teóricos e defende, como parte importante do processo de ensino-aprendizagem, as relações interpessoais, a liderança, a ética, os afetos³⁷⁻³⁹.

Os próprios coordenadores, ao apontarem os fatores da organização da RIS que a configuram como EIP, citaram o currículo como ponto primordial.

Primeiro, o currículo ser baseado em competência, não em conteúdo: saber fazer e saber ser. As questões atitudinais podem desmontar todo esse saber e esse fazer aí. Então, o ser. [...] porque se a gente está desenvolvendo competência, eu preciso saber, tenho que fazer, mas também tenho que ser (C1).

De fato, a constituição de um currículo baseado em competências é essencial para iniciativas de EIP²⁴. Para trabalhar de forma colaborativa é fundamental o desenvolvimento de certas habilidades

e atitudes que facilitem a interação pessoal e profissional em equipe ou, como aponta C1, é preciso “*além de saber, saber-fazer e saber-ser*”.

De acordo com Reeves⁸, estudos que comparam a formação uniprofissional com a interprofissional têm revelado que a grande diferença no aprendizado conquistado pelos estudantes não se refere aos conteúdos adquiridos, mas especialmente a essa dimensão atitudinal. Daí a importância em se estruturar o currículo por competências, pois ele é o plano pedagógico que direciona, de forma sistemática, o processo de ensino-aprendizagem³⁷. Entretanto, a proposição de tal currículo exige transformações pedagógicas e também institucionais⁶. Então, até que ponto esse currículo por competências se efetiva na prática desse programa?

No caso da ESP/CE, uma das facilidades encontradas é o fato de a educação por competência não ser algo restrito a determinado setor, mas um movimento de transformação do modelo educacional em toda a instituição. Ademais, respaldada pela legislação nacional sobre RMS, a RIS-ESP/CE é uma iniciativa de educação pelo trabalho⁴⁰, proposta condizente com a EIP⁸. Além disso, segundo C2, há um diferencial no currículo do PRMSFC pautado em dois pontos bastante caros à EIP²⁴: “*currículos integrados baseados no território onde a atuação interprofissional seja o centro da atuação e a integração em saúde seja centrada na necessidade da população*” (C2).

Vale ainda ressaltar que o currículo da RIS-ESP/CE foi construído de forma participativa em dois momentos de oficina, que aconteceram antes do início das atividades da primeira turma, em 2011. Essas oficinas reuniram representantes de diversos segmentos (docentes, gestores, estudantes, residentes, preceptores, usuários dos serviços de saúde, controle social, movimento social, etc.) para dialogarem sobre quais competências eram esperadas do profissional egresso da residência. As competências foram pensadas a partir dos quatro eixos do quadrilátero da formação⁴¹ para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Ao final, esses dois momentos de oficina elaboraram as competências que deveriam ser desenvolvidas ao longo da RIS-ESP/CE, posteriormente organizadas em 10 macro-competências (Anexo 2)⁴².

De acordo com Barr e Low²⁴, a introdução da EIP em um contexto deve ser planejada de forma conjunta, com a presença do corpo docente, mas também dos conselhos profissionais, dos trabalhadores, dos empregadores, do corpo de estudantes, dos usuários dos serviços, da comunidade e de todos os segmentos que estão envolvidos na atuação dos profissionais. Só assim pode-se garantir que as reais necessidades e os interesses desses grupos envolvidos serão levados em consideração.

Além disso, por se tratar de uma estratégia de educação pelo trabalho, o aprendizado da RIS-ESP/CE acontece prioritariamente na prática. E, na prática clínica, cada categoria tem suas peculiaridades e desenvolve competências específicas. Dessa forma, deve haver o desenvolvimento de competências que são comuns a todas as seis categorias, bem como competências que são específicas de cada núcleo profissional. Portanto, são desenvolvidos concomitantemente “7 (sete) currículos”, como aponta C1:

Das questões educacionais, isso é muito desafiador. Veja bem, na saúde da família são seis profissões e, na residência, você tem que construir um currículo que desenvolva competências para todos. É um currículo, mas na verdade são sete, porque tem que dar conta do núcleo profissional das seis e do que é comum às seis [...]. É como se fossem sete áreas, sete currículos (C1).

Percebe-se, pois, que a “*EIP é complementar à educação uniprofissional e/ou multiprofissional*”²³ e que, mesmo incentivando a colaboração, não há uma negação das especificidades de cada área. Segundo Batista⁵, a EIP tem compromisso com o desenvolvimento de três tipos de competências: competências comuns a todas as profissões, competências específicas de cada área profissional e competências colaborativas. Ou seja, aprender a trabalhar em equipe exige também

o reconhecimento desse núcleo profissional, mas sem criar tantas arestas. Por exemplo: vamos ter um módulo, a nutrição pra cá, a enfermagem pra lá, a fisioterapia pra lá. Isso é importante, mas a gente não fomenta muito isso. A gente está sempre dividindo os residentes de forma multiprofissional... (C1).

No entanto, essa opção pedagógica por um currículo prioritariamente transversal vai de encontro às expectativas dos próprios residentes, geralmente oriundos de uma graduação com formação uniprofissional e resistentes a mudanças no modelo de aprendizagem^{33,43,44}. Esse estranhamento inicial, segundo pontuado no discurso de RA2 e RA3, acontece, mas tende a uma melhor compreensão com o desenrolar da formação:

Lá da ESP, no começo, a gente não gostava também (risos): é o global, é o geral. Aí eu também estranhava muito, por que eu imaginava que ia ter muito da minha área [...]. Mas as aulas tinham muita coisa que acrescentavam, mas tinham muitas que eu ia e ficava per-di-da né. Por que é tudo muito novo, texto muito diferente (RA2).

Eu achava que eu ia numa residência aprender tudo de nutrição, ia saber tudo de nutrição, só que eu não estava fazendo uma residência em nutrição, tava numa residência em saúde da família, aí hoje não, eu entendo porque tinham algumas coisas que eu ‘ah meu Deus do céu eu pensei que eu ia estudar a questão da hipertensão’ [...] Hoje eu vejo que a gente é residente do saúde da família né, é muito mais amplo do que ser só nutricionista (RA3).

De acordo com a OMS⁷, “*a educação interprofissional é geralmente bem recebida pelos participantes*” (p. 20). As falas recortadas acima revelam essa mudança de concepção sobre a EIP à medida que ela é vivenciada e as competências colaborativas vão sendo desenvolvidas.

Além disso, a supremacia da carga horária dedicada às atividades práticas aponta para outro desafio: a dimensão atitudinal da EIP. Ou seja, mesmo que no processo formativo, em sua dimensão teórico-conceitual, seja garantida a interprofissionalidade, há uma dependência da atitude do residente e até mesmo do preceptor em dar continuidade a esse processo nos cenários de prática:

Nós, inclusive, podemos fazer todo esse desenho no meu modo de entender bastante rigoroso e ao mesmo

tempo apropriado da teoria da educação interprofissional, mas se não tiver o componente da disposição dos residentes de assim fazê-los e aí, portanto uma certa atitude de olhar para o fenômeno saúde/doença/cuidado precisando do outro colega, quanto também a preceptoria que é induzida e conduzida por nós [...] padecemos da adesão dos profissionais na prática (C2).

É o que Albuquerque et al.⁴⁵ apontam como “*conteúdo significativo aliado a uma atitude favorável ao aprendizado*”. O desenvolvimento de competências e a aquisição de novas habilidades ficam dependentes dessa disponibilidade pessoal e profissional. Dessa forma, a interiorização surge como aspecto desafiador para a RIS-ESP/CE.

Outro aspecto de grande valia para a estruturação de um currículo baseado em competências é a forma de avaliação dos estudantes, que também deve ser baseada em competências e acontecer em processo^{38,45}. Coadunando com essa perspectiva, na RIS-ESP/CE, o sistema de avaliação é baseado nas dez macro-competências. Além disso, a avaliação é realizada semestralmente com o intuito de acompanhar o progresso do residente na aquisição daquela competência. Outro aspecto peculiar é que ela é feita a partir do diálogo e consenso entre preceptor de campo, preceptor de núcleo e residente com o objetivo de constituir-se ao mesmo tempo enquanto uma avaliação da formação profissional, interprofissional e uma auto-avaliação⁴⁶.

Outra diferença marcante entre uma proposta de EIP e uma formação uniprofissional, que tem relação direta com a estruturação do currículo, é a amplitude do corpo docente. No PRMSFC, “*é preciso ter uma equipe de tutores, cada um de uma profissão e que entendam daquela especialidade. A gente precisa de um corpo instituído que converse, tutor de cada profissão, tutor de campo, pra isso, eu preciso de recurso financeiro*” (C1).

A fala de C1 traz à tona uma reflexão sobre o financiamento dos programas de residência. Nacionalmente, o recurso federal destinado às residências serve ao pagamento das bolsas de residentes. O pagamento do corpo docente fica por conta da instituição formadora. Na ESP/CE, por sua vez, o financiamento das estratégias de Educação Permanente acontece por meio de projetos específicos, cujo financiamento tem origem do recurso federal ou estadual. No caso da residência, esse recurso não está garantido de modo permanente, o que implica diretamente nas condições de trabalho da equipe formadora.

Todavia, em âmbito mundial, a sustentabilidade das iniciativas de EIP é uma discussão pertinente. A OMS⁷ aponta, inclusive, que é preciso assegurar políticas de suporte institucional e compromisso de gestão com as iniciativas de EIP, garantindo recursos e logística necessária para a boa execução das estratégias propostas. Para tanto, é imprescindível que se apontem e divulguem os resultados desse modelo de formação em prol de sua reafirmação enquanto estratégias de qualificação das ações de cuidado e gestão em saúde⁸.

Ou seja, apesar dos muitos fatores positivos relacionados à EIP, deve-se levar em consideração que as estratégias são vulneráveis²⁴, uma vez que dependem da gestão, da condução pedagógica

e de todos os interesses pessoais, institucionais e corporativos envolvidos com sua efetivação. Esta fragilidade dificulta em muitos cenários o enraizamento de iniciativas de EIP, principalmente diante do cenário de político de grande rotatividade dos trabalhadores e gestores em saúde¹⁶.

Aprendizado interprofissional na prática: a educação pelo trabalho

Tanto a adoção de um currículo por competências, quanto os princípios da EIP e a legislação sobre as RMS pressupõem a atuação como espaço privilegiado de aprendizagem^{24,45,47}. Desta feita, todos os fatores instituintes da RIS-ESP/CE concorrem para que o trabalho seja a matéria prima do aprendizado⁴⁸.

Como afirmaram C1 e C2, a busca por uma prática interprofissional promotora de aprendizagem significativa começa com a lotação dos residentes em equipes multiprofissionais, que é uma opção embasada nos pressupostos da EIP. Sabe-se que não é o simples fato de lotar os residentes em equipe que garantirá a interação. Mas esta disposição das equipes se apresenta como uma via de fomento à colaboração interprofissional (CIP) e, conseqüentemente, ao processo de aprendizado interprofissional. Esse movimento de integração é também incentivado, desde a chegada deles aos territórios, com a proposição de atividades que exigem essa interação e complementariedade:

O processo de imersão na residência já é interprofissional, porque os residentes entram, ficam um mês e pouco no processo de territorialização [...]. Aquilo que talvez eu como nutricionista olhasse só pras questões da nutrição, eu vejo também o que o farmacêutico, o fisioterapeuta, o profissional de odontologia está vendo. Um vai vendo o 'ver' do outro e se fazendo, refazendo o olhar (C1).

O formato da residência acaba fazendo que a gente se cobre mais de estar trabalhando junto, [...] o formato da residência acaba conduzindo que você trabalhe junto, querendo ou não faça alguma coisa junto. E aí você estando fazendo aquela coisa junto você vai aprender (RM1).

Quando chegam aos municípios/unidades de saúde da família, os profissionais-residentes não assumem de início a demanda assistencial. Eles têm como tarefa direcionada pela ESP-CE um período dedicado ao reconhecimento daquele território⁴⁹. Esse processo deve ser realizado de forma compartilhada, sendo, inclusive, citado por alguns residentes como estratégia efetiva na garantia da interprofissionalidade:

Eu acho que no começo a gente fez a territorialização todo mundo muito junto. A gente se encontrava todos os dias e eu acho que pelo fato de a gente se concentrar mais aqui facilitava. Agora não... agora tá... dificilmente a gente se encontra todo mundo aqui (RM1).

A questão da territorialização que pra gente foi fundamental (RA3).

Essas estratégias de troca de experiências e saberes fomentadas pelo processo pedagógico podem ser elencadas como parte daquilo que C1 denominou em seu discurso de tecnologia do

encontro e do diálogo. O encontro e, conseqüentemente, o diálogo que ele provoca, são tecnologias leves⁵⁰extremamente importantes para o trabalho em saúde, principalmente quando esse trabalho precisa ser executado de forma compartilhada⁵¹.

Essa busca do encontro também é percebida no incentivo à existência de espaços de troca, diálogo e reflexão crítica dentro da agenda de trabalho cotidiana dos residentes, como o são as reuniões de equipe:

O outro elemento são as próprias estratégias da equipe lidar com ela mesma. De nossa parte aqui, enquanto condutor pedagógico, fomentar as rodas de equipe integradas e a discussão de ferramentas clínicas que favoreçam a construção de equipe, como projeto terapêutico singular (C2).

A partir do momento também que você estimula atividades como, por exemplo, a roda de equipe, o PTS [Projeto Terapêutico Singular], o apoio matricial, essas atividades você também consegue tá dando um incentivo pra colaboração interprofissional. Eu acho que são várias ferramentas que a RIS usa para isso (PN2).

C2 e PN2, além de citarem a roda de equipe enquanto estratégias de promoção do encontro, abordam o potencial de outras ferramentas clínicas para o trabalho colaborativo, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que é bastante citado também pelos residentes como uma estratégia de promover CIP, uma vez que sistematiza o acompanhamento clínico com a divisão de tarefas e já pressupõe a discussão de caso e a reavaliação conjunta da terapêutica⁵². O valor metodológico dessa atividade é tão perceptível para os residentes que, nos dois cenários observados, pelo menos um residente sugeriu que essa atividade acontecesse com mais frequência e até mesmo enquanto exigência pedagógica da ESP/CE: *“eu acho que precisava ter espaços mais de roda mesmo, em campo, que proporcionasse construção de PTS. A gente só construiu quando era atividade da escola. Para mim, esse é um espaço muito forte de troca, que não acontece por uma série de questões”*(RA1).

Muitas vezes é a obrigatoriedade de elaborar e dar continuidade ao PTS que tenciona a prática interprofissional e, conseqüentemente, garante os momentos de compartilhamento de experiências entre os profissionais. No entanto, o PTS é uma ferramenta de trabalho própria do trabalho em saúde e mais especificamente dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁵². Dessa forma, o PTS deve integrar a prática cotidiana na ESF e não se apresentar apenas enquanto tarefa extraordinária proposta pela RIS-ESP/CE. Percebe-se aí uma dificuldade em superar a lógica tradicional dos serviços de obrigatoriedade de tarefas.

Por outro lado, certamente, o cenário local de cada município determina nuances da condução pedagógica do programa, como aponta C2:

Nós temos uma saúde da família implantada de modo extremamente heterogêneo no estado do Ceará [...] Por outro lado há grande combinação dos preceptores. Preceptores que ganham para o processo de

educação interprofissional, preceptores que não ganham, a falta de preceptores em alguns cenários ou instabilidade dos preceptores em alguns cenários.[...] E a condição estrutural da saúde da família, [...] a infra pra saúde da família acontecer, e nós temos os cenários mais diversos. [...] Então, eu sistematizaria a condição da política, a condução do preceptor e a infra como o grande determinante da nossa capacidade de fazer uma boa ação e educação interprofissional (C2).

Uma vez que os cenários de atuação-aprendizado se tornam extremamente diversificados, percebe-se que a amplitude do programa e a interiorização representam desafios, bem como reafirmam o papel imprescindível do preceptor. O preceptor é o docente em serviço, que supervisiona diretamente as atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços⁴⁷. Segundo Parente⁵³, o preceptor media e ajuda a construir o caminho.

O residente é um profissional com deveres e responsabilidades como qualquer outro. A grande diferença entre residente e profissional do serviço é a existência de um processo sistematizado de ensino-aprendizagem⁴⁸, cujo principal facilitador é o preceptor. Entretanto, apesar da importância técnica do preceptor, não há financiamento de bolsas para preceptoria pelo Ministério da Educação (MEC) ou Ministério da Saúde (MS). Uma vez que a RIS-ESP/CE é viabilizada por uma articulação tripartite, o MS financia as bolsas dos residentes por um período de 2 anos; a ESP-CE, enquanto autarquia ligada à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e Instituição de Ensino Superior, responsabiliza-se pela condução pedagógica do programa e contratação de parte do corpo docente assistencial, configurando-se como instituição formadora; e as secretarias municipais de saúde ingressam nessa articulação tripartite cedendo os cenários de práticas, os instrumentos necessários à atuação profissional dos residentes e contratando ou cedendo os preceptores diante de seu quadro de profissionais.

Na realidade da RIS-ESP/CE observa-se que, em alguns casos, o preceptor já compunha o quadro de funcionários do município e foi feito um ajuste de carga horária para que ele pudesse dedicar-se à preceptoria. Em outros municípios, ele é contratado exclusivamente para a função ou tem a carga horária ampliada para dar conta da nova tarefa. Entretanto, a disponibilização do profissional e da carga horária exigida pela RIS-ESP/CE nem sempre acontece como desejado. Some-se a isso o fato de que, independentemente dos acordos e ajustes que são realizados, o cenário das relações de trabalho na saúde é extremamente vulnerável: contratos temporários, vínculos precários, relações de trabalho marcadas pela submissão, acúmulo de contratos pelos profissionais, insatisfação com o trabalho, etc.

Essa realidade de contratação e vínculo dos preceptores, determina certa instabilidade e rotatividade, fato que é prejudicial à continuidade da formação em serviço na residência:

A questão da preceptoria é um pouquinho falha, frágil, ainda. Não sei se por ser uma indicação do município, não sei... mas assim, tem uns que tão, a gente vê que tão bem preparado, que tão bem engajados mesmo com a residência, bem formados, nos ajudam bastante... Mas já outros...(RA6)

Ela [a preceptora] não veste muito a camisa da residência e acho que isso acaba interferindo. Por medo... aquele medo que a gente havia comentado, ela acabou assumindo a função, mas sem identificação e eu acho que acaba interferindo (RM1).

Diante dos vínculos empregatícios fragilizados, assumir a preceptoría, quando indicado pelo gestor do município, acaba sendo uma obrigação. Muitas vezes, o acúmulo de tarefas acontece sem nenhuma remuneração para tanto. Na prática, a consequência disso, muitas vezes, é a existência de preceptores despreparados, desmotivados e/ou que não se identificam com a proposta docente. Sendo assim, a vinculação dos preceptores ao PRMSFC é ainda uma fragilidade. Além disso, como C2 afirmou anteriormente, a garantia das condições mínimas de infraestrutura e insumos para que os residentes atuem nos cenários de prática dificilmente é garantida, trazendo desafios de base para a concretização da EIP. Ou seja, nessa articulação tripartite, a contrapartida municipal muitas vezes não é plena e prejudica o processo formativo.

Quanto ao papel do preceptor, tradicionalmente, concebe-se a figura do docente em serviço que orienta o residente quanto às práticas da mesma categoria profissional. No entanto, na RIS-ESP/CE, além do preceptor para cada categoria profissional, existe a figura do preceptor de campo⁵⁴, o que é um avanço na garantia da interprofissionalidade:

o fato de ter um preceptor de campo já consegue ter essa questão interprofissional, da gente conseguir e ela tenta mesmo buscar, ela faz esse trabalho. Tipo, se ela tiver conhecimento de um caso que ela tenha e como é que pode tá inserindo os demais profissionais ali, como é, vamos tentar ver se aquele profissional não pode ajudar nesse caso, então ela consegue (RA5).

Concordando com Parente⁵³, podemos apontar que a centralidade do fazer do preceptor de campo está na facilitação da equipe multiprofissional. Ou seja, ele tem papel fundamental na promoção do diálogo e na potencialização daquilo que é comum. Por conduzir o processo pedagógico pensando na equipe multiprofissional, acaba assumindo também o papel de apoiador institucional, mediando a relação da equipe de residentes com os serviços de saúde.

Apesar de menos inovador, não menos importante é a presença do preceptor de núcleo. Apesar de o residente já ser graduado, existem muitas lacunas na formação que apenas a experiência prática pode suprir. E, por mais voltada que seja para a categoria profissional, o preceptor de núcleo não pode deixar de lado os princípios norteadores das RMS, devendo integrar as categorias em busca de uma prática interprofissional⁵³.

Em uma estratégia ampla e interiorizada como a RIS-ESP/CE, a questão da preceptoría torna-se um desafio, visto que nem todos os preceptores estão no mesmo nível de conhecimento e envolvimento com a proposta da residência. Em contrapartida a formação *in loco* é altamente dependente de sua atuação. Já prevendo essa disparidade e buscando uma aproximação da preceptoría com o corpo docente da RIS-ESP/CE, ofertou-se uma formação para os preceptores.

A escola está aqui em Fortaleza, os residentes estão nesses vinte e dois lugares, os preceptores estão com eles. Então, a gente faz uma formação de preceptores para que tudo o que a gente pensa e fala nesse currículo aconteça. Só vai acontecer também se o preceptor estiver preparado. (C1)

Compreendendo essa dimensão ideológica, Buring et al⁴³ enfatizam que é indispensável a adesão do corpo docente ao movimento em defesa da EIP. O corpo docente precisa reconhecer e apreciar as vantagens desse modelo de formação, atuando como protagonista na implementação das mudanças institucionais, educativas e filosóficas. Caso contrário, eles mesmos serão forte resistência às transformações propostas devido ao aumento da demanda de trabalho. As crenças e as atitudes dos educadores no que diz respeito à CIP desempenham o papel de reforçar ou desconstruir os estereótipos e as pré-concepções que os estudantes muitas vezes já trazem consigo para o processo de EIP³⁴. Por tudo isso, é imperativa a necessidade de preparação dos docentes em serviço para exercerem sua função na oferta, facilitação e avaliação da EIP.

Enquanto política federal, não há nenhuma capacitação de preceptores prevista. No entanto, na RIS-ESP/CE, oferta-se à preceptoria uma formação concomitante e em espelho a dos residentes, visando promover um alinhamento teórico-prático. Não se trata apenas de uma formação conceitual. Para que seja viável a interiorização da residência, faz-se imprescindível ter uma formação que capacite os preceptores, mas que sobretudo seja uma oportunidade de alinhar, congregar, fortalecer as competências necessárias para ser docente em serviço na saúde.

No entanto, a realidade observada é que esses encontros para a preceptoria nem sempre contam com a presença dos preceptores, seja por uma desvalorização desses momentos, seja pela falta de apoio para estar presente. Dessa forma, apesar de a proposição de uma formação de preceptores ser um avanço, existem limitações no efetivo alcance desses sujeitos durante o processo formativo. Mais uma vez, questiona-se sobre a possível lacuna que existe entre a opção pedagógica e a real efetivação deste modelo. Ainda mais com a evasão da preceptoria desses espaços formativos, pressupõe-se com mais clareza a não uniformidade na execução do processo pedagógico de um cenário de práticas para outro.

A breve discussão sobre o papel do preceptor de campo e de núcleo evidencia ainda a originalidade da metodologia da Tenda Invertida⁵⁵ adotada no projeto político pedagógico desta residência. Tradicionalmente, a formação em saúde acontecia nos espaços considerados *locus* de produção do conhecimento, como as universidades, as escolas e os grandes hospitais, os estudantes deslocam-se até o local onde o mestre, detentor do conhecimento, está. Ou seja, os estudantes vão até a tenda do mestre. Em resposta a essa crítica, a tenda invertida pressupõe o movimento contrário, onde o mestre vai até o lugar de atuação do estudante, tornando este o *locus* e o momento específico de aprendizagem. Ou seja, o educador vai ao cotidiano de atuação do educando, conhece os desafios ali existentes e torna-os matéria-prima do processo de ensino, aprendizagem e reflexão⁵⁵, como exemplificam PN2 e PN3:

Dois turnos são de tenda invertida onde a gente, eu e as duas residentes, utiliza ou pra alguma demanda teórica que elas tenham e que elas me solicitem e a gente faz alguma atividade relacionada a isso, ou para o planejamento das nossas atividades mesmo de educação alimentar e nutricional, ou alguma atividade tipo a semana de promoção à saúde (PN2)

E assim, a gente tem uma troca muito boa, aliás, nossa tenda não é só na terça, são todos os dias, todos os dias, porque tem muita troca, tem pacientes que eu apresento e que eu digo o problema e aí a gente vai juntas, e qual que é a dificuldade que a residente tem e ela vem até a mim, a gente sempre tá na unidade e a gente sempre faz trabalho juntas (PN3)

Esse desenho formativo baseado na tenda invertida é até mais coerente com a proposta da educação em serviço. No entanto, pelo discurso da preceptora PN2, percebe-se que muitas vezes esse momento de tenda acaba por regressar ao modelo tradicional de aprendizagem, onde o conteúdo do encontro entre preceptor e residente acaba por ser teórico.

Sobre a preceptoria cabe aqui ainda afirmar que o seu papel é crucial; seu fazer é sutil, relacional e complexo. O contexto de formação e atuação desses sujeitos, por sua vez, é complexo e permeado por questões políticas, epistemológicas e atitudinais.

Articulação teórico-prática: rodas de campo e de núcleo

Outro aspecto estruturante da educação pelo trabalho e da EIP é a articulação teórico-prática. Uma formação que tem o trabalho como ponto de partida também não pode estar restrita a um aprendizado de cunho empirista. É preciso que se desenvolva uma verdadeira práxis: ação-reflexão-ação⁵⁶. Essa noção de que a articulação teoria e prática é fundamental também está impressa nas diretrizes da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional para a estruturação de qualquer programa de RMS⁴⁷, bem como no projeto político pedagógico da RIS-RESP/CE:

As estratégias de educação na prática se dão pelas rodas - metodologia das rodas que vem da ideia do modelo de saúde Paideia. Todos os residentes, duas vezes por semana pelo menos, têm que discutir o seu próprio processo formativo, seja enquanto equipe, seja enquanto profissão, juntando com seu preceptor (C2).

Ou seja, na concepção da RIS-ESP/CE, está prevista a necessidade de que, além de exercer suas profissões nos cenários de prática, os residentes reflitam sobre ela. Andrade e colaboradores⁵⁵ apontam valor da contribuição que há para o processo formativo quando os estudantes conseguem, em determinados momentos, distanciarem-se do cenário de atuação e dedicarem-se à reflexão com apoio externo. Apoio este aqui exercido pelo preceptor.

Os residentes, por sua vez, conseguem perceber essa importante faceta da articulação teórico-prática: “[na roda de campo] a gente discutia bastante realmente o que era o tema e lembrava dos casos, trazia os casos comparando com o que estava no texto e ajudou bastante também na questão

do desenvolver, né?” (RA3).

Acho que outra coisa valiosa é a gente estar sempre andando teoria e prática juntas. [...] Então, no módulo saúde do adolescente, por exemplo, a gente via lá no módulo coisas sobre saúde do adolescente e aí você para pra fazer aquela reflexão ‘vixe, mas na minha agenda não tem nada de saúde do adolescente’ e se eu não tivesse aquele momento teórico, aquele momento de estar ali discutindo saúde do adolescente talvez eu não tivesse esse insight de estar voltando na minha agenda e pensando ‘o que eu faço pra saúde do adolescente?’ (RM1)

Na RIS-ESP/CE, as estratégias teórico-práticas de aprendizagem são a roda de campo e de núcleo. O método da Roda é uma tecnologia para desenvolvimento da co-gestão de coletivos que se propõem a fortalecer a autonomia dos sujeitos e do coletivo⁵⁷. Pela similaridade dos objetivos, o método da roda é incorporado ao repertório metodológico da RIS-ESP/CE, sendo adotado enquanto espaço de ensino e aprendizagem. E, como já apontam Silva e Sousa⁵⁸ sobre a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral/CE, na roda “*a dimensão da formação supera a lógica dicotômica de quem ensina e de quem aprende, já que todos ensinam e aprendem no sentido da complementaridade, mediante processos contextualizados*”.

Na avaliação feita pelos residentes dos dois municípios investigados, sobressai a opinião de que a roda facilita a CIP e, conseqüentemente, a EIP:

A roda de campo é uma atividade que eu percebo [que facilita a colaboração]. [...] Na roda de campo a gente consegue ver diferentes visões de um mesmo situação e a gente consegue entender que eu posso somar com a visão do outro (RM5)

Os momentos da roda eram muito importantes, a gente problematizava mesmo sobre o que a gente enfrentava em nosso cotidiano de trabalho e qual a melhor forma de a gente enfrentar isso (RA1).

As rodas possibilitavam intercâmbios interprofissionais, proporcionando aprendizagem significativa capaz de ativar os estudantes na construção de tais espaços. Entretanto, por essa proposta ir de encontro ao modelo formativo uniprofissional da maioria das graduações em saúde, há também certo estranhamento por parte de alguns residentes no início do processo:

Na [roda] de campo como era para ler aqueles textos era mais uma coisa mais geral, e eu não tava acostumada com isso, por que a gente sai da graduação, só vendo fisiofisiofisiofisio e quando eu fui ver aquela coisa geral, negócio de todo mundo, aí eu me estranhava muito. Lia, lia, tentava ler os textos, tentava chegar na roda e falar alguma coisa, ficava mais tempo ouvindo [...] enfim o que eu mais tive dificuldade de aceitar foi as rodas de campo (RA2)

Talvez, o grande desafio de uma formação interprofissional seja não negar o núcleo, mas fortalecer sobremaneira o campo. Há necessidade de combinar a formação profissional com a formação interprofissional²⁴. Na RIS-ESP/CE, essa complementariedade entre campo e núcleo vislumbra-se

na existência de rodas tanto de campo, quanto de núcleo. Entretanto, muitos residentes apontaram que há grande dificuldade em as rodas de núcleo se operacionalizem e disparem todo esse processo de formação profissional, fator que demonstra, mais uma vez, a fragilidade da formação nuclear na RIS-ESP/CE, como RA6 e RA7: “*As nossas rodas de núcleo, eram assim mais fraquinhas, não aconteciam, a gente tentou mais algumas vezes reunir só a gente, mas...*” (RA6); “*Na roda de núcleo, a gente tentou inclusive no começo trabalhar em cima de intervenções nos problemas que a gente tinha dentro da unidade. Só que a gente chegou só na teoria, quando ia para a prática...*” (RA7).

Outra possibilidade para as rodas de campo e de núcleo é que elas aconteçam de forma integrada inter-ênfases, possibilitando fomento à integração entre diferentes serviços na perspectiva das redes de atenção à saúde (RAS)⁵⁹. Em Aracati, essas rodas aconteceram com bastante frequência e foram, segundo os residentes, extremamente proveitosas. Em Maracanaú, não foram citados os momentos de rodas inter-ênfases, mas alguns entrevistados comentaram da participação de residentes da ênfase de Saúde Mental nas atividades desenvolvidas no território e de como essa integração gerou aprendizado aos residentes e contribuiu com a qualidade do cuidado ofertado à população.

A proposição de momentos inter-ênfases é fundamental diante do cenário brasileiro e estruturação das RAS⁵⁹, bem como para que a RIS-ESP/CE alcance seu objetivo constituinte da integração. Entretanto, isso ainda está acontecendo timidamente.

Formação teórico-conceitual: pressupostos da educação para adultos

A educação de adultos está situada entre os pressupostos educacionais e metodológicos da EIP e aposta que a aprendizagem nos adultos acontece de forma mais efetiva quando ela é significativa, ou seja, quando o estudante considera útil aquilo que se pretende ensinar e, especialmente, quando aquele conhecimento diz respeito a um problema ou desafio pertinente à sua prática profissional. Além disso, uma educação nesses moldes deve levar em consideração as vivências e competências prévias dos sujeitos aprendentes, inclusive as identidades profissionais já constituídas^{5,7,60,61}.

O projeto político pedagógico da RIS-ESP/CE caracteriza esta residência como uma estratégia de educação de adultos. Ao mesmo tempo, C1 afirma que muitas metodologias utilizadas na pós-graduação tem a ver com essa opção pedagógica: “*porque é formação de adultos, a gente precisa saber ouvir os saberes do estudante*”.

Dentre as ferramentas de implementação desse modelo de educação de adultos, encontramos o uso de metodologias ativas de aprendizagem, como, segundo C2, acontece na RIS-ESP/CE: “*às vezes o modelo mesmo de aula é por vezes usando, sendo facilitador de metodologias ativas de aprendizagem*” (C2).

As metodologias ativas de aprendizagem possibilitam que o ensino promova a autonomia dos estudantes e que eles se motivem e engajem enquanto protagonistas desse processo⁶². Quando essa metodologia é utilizada em grupos multiprofissionais, essa interação desejada e promovida entre os

participantes acaba por promover também a EIP^{7,8,24,60}.

Eu acho que uma coisa que favorece nas unidades de aprendizagem são as estratégias pedagógicas que a gente usa nas aulas presenciais, que também são muito em equipes, métodos participativos, dialógicos, que também favorecem a construção e o fomento da interprofissionalidade, um ponto positivo (C1).

Segundo Berbel⁶², há um potencial nas metodologias ativas para estimular e ativar o desenvolvimento de profissionais críticos e reflexivos capazes de responder, com níveis cada vez mais ampliados de consciência, aos desafios postos em sua prática de trabalho cotidiana. Utilizando metodologias que fomentam a ação em resposta aos problemas do cotidiano, a formação presencial na RIS-ESP/CE também surge como subsídio para a reflexão crítica da prática e, conseqüentemente, para sua diversificação:

Eu acho que a nossa formação, assim, a dimensão teórica tem servido de apoio para poder dialogar sobre algumas questões de trabalho. Muitas vezes, ela serve de pontapé para gente discutir várias questões no processo de trabalho (RA1).

Além disso, a articulação teórico-prática já discutida, muitas vezes, parte dos conteúdos e inquietações disparados no módulo presencial. Esse potencial de a formação teórico-conceitual intervir na prática é ainda mais forte na RIS-ESP/CE diante da possibilidade de compartilhamento de experiências intermunicipais.

Na organização pedagógica da RIS-ESP/CE, optar por competências de campo em prioridade às competências específicas por núcleo profissional significa mais um movimento em busca da EIP e isso se reflete na formação teórico conceitual, que também precisa ser transversal:

O fato de terem os módulos, as aulas serem em conjunto, serem planejados pra todas as categorias profissionais [...] Eu acho que a existência desse espaço é uma forma da ESP tá valorizando, tá incentivando a colaboração interprofissional e eu acho bastante interessante (PN2).

Às vezes os dentistas eles até se ausentam “ah isso é só pra enfermeiro” e na residência não tem isso né ‘ah essa aula aqui é só pra enfermeiro e porque eu vou ficar?’ Na residência não tem isso, porque eles abordam como um todo e procuram mostrar cada papel senão como fazer juntos né (PN5)

As falas dos preceptores recortadas acima demonstram o caráter de novidade que essa formação transversal representa para eles, bem como a riqueza desses momentos. No entanto, construir estratégias transversais de ensino-aprendizagem também determina desafios:

Então, como eu vou pensar numa aula expositiva, por exemplo, que tenha uma linguagem que dê conta de todo mundo, fisio, dentista, assistente social. [...] Cada um naturaliza sua linguagem, seu vocabulário e acha que é compreensível ao outro, então é desafiador para nós pensarmos no professor que vai dar aula, porque ele tem que contemplar todo mundo (C1).

Segundo Peduzzi⁵¹, para que se estabeleça uma formação integrada e uma prática em equipe interprofissional essa construção de uma linguagem compartilhada é aspecto fundamental. Afinal, a capacidade de comunicação efetiva interfere no potencial formativo dos espaços e na efetividade do trabalho compartilhado.

Na perspectiva da EIP, é imprescindível combinar aprendizado profissional e interprofissional na mesma estratégia²⁴. Na dimensão teórico-conceitual da RIS-ESP/CE, o fazer específico da categoria é contemplado nos módulos a partir das rodas tutoriais, onde cada categoria é reunida com seus pares para discutir nuances da atuação profissional sob mediação dos tutores. Entretanto, como relataram alguns residentes, no segundo ano do programa, esses momentos tornaram-se mais raros. Será a priorização do transversal pelo corpo docente que acaba suprimindo as atividades do núcleo? Ou seria essa uma demanda dos próprios residentes por mais momentos transversais no segundo ano?

Esses aspectos não puderam ser observados ao longo da pesquisa de campo, nem emergiram nas entrevistas. No entanto, diante da essencialidade do equilíbrio entre atividades uni e interprofissionais na EIP²⁴, percebe-se que essa menor dedicação à formação profissional é um desafio ainda colocado à RIS-ESP/CE. Até mesmo em termos de corpo docente, quando da realização da pesquisa, algumas categorias não dispunham de um tutor específico, como a nutrição e a psicologia. O currículo de núcleo, apesar de citado por C1, não está formalmente estruturado, demonstrando, assim, um atraso na consolidação desta perspectiva de formação profissional.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do aqui exposto, percebe-se que a RIS-ESP/CE propõe um processo formativo inovador e pautado nos princípios da EIP. Todavia, apesar de a lógica de organização pedagógica ser avançada, ainda existem grandes desafios para sua efetivação prática no cotidiano, como a interiorização e descentralização da Educação Permanente, a dependência dos preceptores para que seja garantida a continuidade da proposta formativa nos cenários de prática, a falta de infraestrutura, a (in) sustentabilidade financeira e a herança de uma formação uniprofissional das graduações em saúde.

Apesar dos limites existentes, muitas estratégias de garantia desses princípios são efetuadas no cotidiano das ações pedagógicas desse programa. Inclusive, são vários aspectos da base de constituição legal e pedagógica da RIS-ESP/CE que concorrem para que ela se aproxime de uma estrutura de EIP. No entanto, esse modelo formativo é desafiador por natureza, especialmente por depender da inclinação e da atitude dos sujeitos envolvidos. Ou seja, não é a constituição de um currículo ou a proposição de atividades e ferramentas que desencadeará a efetiva prática e aprendizado interprofissional. Existe um aspecto desse processo que é subjetivo, relacional, atitudinal.

Em algumas situações, pôde-se identificar certa insatisfação com o trabalho da preceptoria. Essa

é uma fragilidade do programa, visto que por sua amplitude de inserção nem sempre os docentes em serviço estão devidamente preparados e alinhados à proposta pedagógica. No entanto, vale ressaltar que este é um projeto em construção com pouco tempo de implantação e estruturação dentro da instituição. O processo de permanência dessa proposta da residência é, por certo, um processo de qualificação à medida que haverá a disseminação teórica e prática das ferramentas de atuação interprofissional.

Outro ponto relevante é perceber que o formato interprofissional concedido à atuação na RIS-ESP/CE é percebido pelos residentes e preceptores como indutor da CIP e do aprendizado compartilhado. Entretanto, fica evidente também o quase insignificante posicionamento dos residentes e preceptores sobre os princípios pedagógicos que regem a RIS-ESP/CE. Nenhum deles falou dos marcos teóricos e/ou correntes epistemológicas que regem seu processo formativo. Todas as vezes em que aqui se discutiu educação de adultos, metodologias ativas, EIP e currículo por competências foram com colocações oriundas da coordenação. Não se pode concluir se esse desconhecimento parte de um desinteresse dos residentes e preceptores ou da falta de publicização desses princípios dentro do próprio programa. Essa situação, sobretudo, desponta a premente necessidade de que educandos (residentes) e educadores dos serviços (preceptores) compreendam de que forma se estrutura o processo formativo do qual estão fazendo parte, para que atuem na construção da proposta.

Em suma, dentre os aspectos desse formato promotor da interprofissionalidade na RIS-ESP/CE, pode-se destacar enquanto fatores de evolução para que a EIP se concretize: a lotação dos residentes em equipe, o fomento à roda de equipe, a existência do preceptor de campo, o processo de territorialização como primeira atividade da equipe, a formação dos preceptores, a adoção da metodologia da tenda invertida, o uso do método da roda enquanto dispositivo de ensino-aprendizagem e o uso de metodologias ativas.

Ao mesmo tempo, dois desafios que ficam bem claros são: a pouca ênfase que é dada ao currículo de núcleo e a interiorização sem a devida preparação dos preceptores. No entanto, estes aspectos desafiadores não podem deixar de ser analisados como faces ainda pouco desenvolvidas de uma proposta maior e bastante ousada de mudança de paradigmas da formação em saúde e promoção da formação interprofissional. Prova de que há o reconhecimento e a valorização desse modelo de formação apesar dos desafios é a grande quantidade de inscritos (ao todo foram 2970 profissionais) para o processo seletivo da quarta turma de residência a iniciar-se em março de 2017⁶³.

Como limites deste estudo, os autores reconhecem que a investigação de apenas dois municípios possivelmente restringiu a análise. Outro limite foi não ter analisado a percepção dos usuários sobre o trabalho interprofissional na saúde, nem dos tutores que também constituem o corpo docente da RIS-ESP/CE.

Sugere-se, então, que futuras iniciativas sejam conduzidas na perspectiva de identificar as dimensões da EIP efetivadas no programa como um todo, bem como sejam feitas análises mais amplas, sobre a condução pedagógica dos programas de RMS em nível nacional. Nessa análise, é imprescindível que se incluam todos os atores envolvidos no processo formativo: coordenadores, preceptores, tutores, residentes, gestores e usuários dos serviços.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. 2011;1: 11 -31.
2. Abrasco. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Carta aberta sobre a Febre Amarela no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco, 2017. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/carta-aberta-febre-amarela-janeiro17/25312/> Acesso em: 27/01/2017.
3. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAMS, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco no usuário. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2013;47(4):977-983.
4. Aguiar-da-Silva RH; Scapin LT, Batista NA. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação*. 2011; 16(1):167-184.
5. Batista NA. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. *Cad. FNEPAS*. 2012; 2: 25-28.
6. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health Professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2010; 376:1923-1958.
7. OMS. Organização Mundial da Saúde. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Ministério da Saúde: Brasília, DF; 2010.
8. Reeves, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface*. 2016;20(56):185-196.
9. Matuda CG, Aguiar DML, Frazão P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saude Soc*. 2013;22(1):173-186.
10. Caipe. Interprofessional Education: The definiton. 2002. Disponível em: <http://www.caipe.org.uk/resources/defining-ipe/> Acesso em: 05/07/2016
11. Barr H. *The Genesis of a Global Movement*. CAIPE: London; 2015.

12. Câmara AMCS, Cyrino AP, Cyrino EG, Azevedo GD, Costa MV, Bellini MIB, et al. Educação Interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. *Interface*. 2016; 20(56): 9-12.
13. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(9):2012-20.
14. Araújo D, Miranda MCG, Brasil, SL. Formação dos profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *RBSP*. 2007; 31(1): 20-31.
15. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM. *Tratado de Saúde Coletiva*. Hucitec: São Paulo; Ed. Fiocruz: Rio de Janeiro; 2009. p. 137-170.
16. Costa MVA. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface*. 2016; 20(56):197-198.
17. Bispo Junior JP. Formação em Fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2009; 16(3): 655-668.
18. Ceccim RB, Armani TB, Oliveira DLLC, Bilibio LF, Moraes M, Santos ND. Imaginário da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008; 13(5): 1567-1578.
19. Costa MVA, Patrício KP, Câmara AMCS, Azevedo GD, Batista SHSS. Pro-Health and PET-Health as interprofessional education spaces. *Interface*. 2015; 19(1):709-720.
20. Batista NA, Batista SHSS. Educação interprofissional na formação em saúde: tecendo redes de práticas e saberes. *Interface*. 2016;20(56):202-204.
21. Barreto ICHC, Loiola FA, Andrade LOM, Moreira AEMM, Cavalcanti CGCS; Arruda CAM, et al. O desenvolvimento da prática de colaboração interprofissional na graduação em saúde: estudo de caso da Liga de Saúde da Família em Fortaleza (Ceará, Brasil). *Interface*. 2011;15(36):199-211.
22. 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*. Ministério da Saúde: Brasília; 2006.
23. Ellery AEL, Bosi MLM, Loiola FA. Integração Ensino, Pesquisa e Serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. *Saúde Soc*. 2013; 22(1): 187-198.
24. Barr, H, Low H. *Introducing Interprofessional Education*. CAIPE: London; 2013.
25. Miranda Neto MV, Leonello VM, Oliveira MAC. *Residências Multiprofissionais*. Tempus, actas de saúde colet, Brasília, 10(4), 187-214, dez, 2016.

em Saúde: análise documental de projetos políticos pedagógicos. Rev. Bras. Enferm. 2015; 68(4):586-93

26. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3 ed. Bookman: Porto Alegre; 2005.
27. Mercado-Martínez F, Bosi MLM. Introdução: notas para um debate. In: Bosi MLM, Mercado FJ. Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. 2 ed. Vozes: Rio de Janeiro; 2004.
28. Minayo MCS. Técnicas de análise de material qualitativo. In: Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. Hucitec: São Paulo; 2006. p.303-360.
29. Ceará. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Edital nº 63/2014. Escola de Saúde Pública: 2014.
30. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(1):17-27.
31. Bardin, L. Análise do Conteúdo. Lisboa: Edições 70;1995.
32. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF; 2012.
33. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. Interface. 2007; 11(22):239-255.
34. D'amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. J InterprofCare. 2005; 1(1):8-20.
35. Santos WS. Organização Curricular Baseada em Competência na Educação Médica. Rev. bras. educ. med. 2011;35(1):86-92.
36. Paranhos VD, Mendes MMR. Currículo por competência e metodologia ativa: percepção de estudantes de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enferm. 2010;18(1):[7 telas]. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae Acesso em: 03/08/2016.
37. Araújo D. Noção de competência e organização curricular. RBSP. 2007; 31(1): 32-43.
38. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. Interface. 2005; 9(17): 369-379.
39. Tardif M. Saberes Docentes e Formação Profissional. 2 ed. Vozes: Petrópolis; 2002.
40. Brasil. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077 de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da

União, Brasília, DF; 2009.

41. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis*. 2004; 14(1): 41-65.
42. Ceará. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Centro de Residência em Saúde. Residência Integrada em Saúde. Manual do profissional de saúde residente e informações político-pedagógicas sobre a residência multiprofissional em saúde e em área profissional da saúde. Escola de Saúde Pública: 2016.
43. Buring SM, Bhushan A, Broeseker A, Conway S, Hewwitt, WD; Hansen L, et al. Interprofessional education: definitions, student competencies, and guidelines for implementation. *Am J Pharm Educ*. 2009; 73(4): art. 59.
44. Leathard A. *Interprofessional Collaboration: from policy to practice in health and social care*. Routledge: London and New York; 2009.
45. Albuquerque VS, Tanji S, Silva CMSLMD, Moço, TM, Felipe KC, Miranda JFA. Integração curricular na formação superior em saúde: refletindo sobre o processo de mudança nos cursos do Unifeso. *Rev. bras. educ. med*. 2007; 31(3): 296-303.
46. Ceará. Escola de Saúde Pública. Residência Integrada em Saúde. Sistema de Avaliação RIS-ESP/CE. [on-line] 2013. Disponível em: http://cedes.esp.ce.gov.br/ead/mod/resource/view.php?id=6632&subdir=/SISTEMA_DE_AVALIACAO Acesso em: 21/12/2016.
47. Brasil. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 2012.
48. Martins Junior T, Parente JRF, Sousa FL, Sousa MST. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral-Ceará. *Sanare*. 2008; 7(2):23-30.
49. Santos AL, Rigotto RM. Território e Territorialização: Incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. *Trab. Educ. Saúde*. 2010; 6(3): 387-406.
50. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. Hucitec: São Paulo; 2002.
51. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. IMS/UERJ e ABRASCO: Rio de Janeiro; 2007. p. 161-177.
52. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 39. Núcleo de Apoio à Saúde da Família - Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Ministério da Saúde: Brasília; 2014.

53. Parente JRF. Preceptoria e Tutoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Sanare*. 2008;7(2):47-53.

54. Pagani R, Andrade LOM. Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo de caso de Sobral, CE. *Saúde Soc*. 2012;21(1):94-106.

55. Andrade LOM, Barreto ICHC, Martins Junior T, Amaral MIV, Parreiras PC. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia: três anos construindo a tenda invertida e a educação permanente no SUS. *Sanare*. 2004; 1: 33-39.

56. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 25 ed. Paz e Terra: São Paulo;1996.

57. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição de sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições - o método da roda. Hucitec: São Paulo; 2000.

58. Silva ALF, Sousa RMA. A roda como espaço de co-gestão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do município de Sobral-CE. *Sanare*. 2010;9(2):7-13.

59. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2 ed. Organização Pan-Americana da Saúde: Brasília; 2011.

60. Freeth D, Reeves S. Learning to work together: using the presage, process, product (3P) model to highlight decisions and possibilities. *J InterprofCare*. 2004;18(1).

61. Freeth D, Hammick M, Reeves S, Koppel I, Barr H. *Effective Interprofessional Education: development, delivery & evaluation*. BlackwellPublishing: London; 2005.

62. Berbel NAN. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*. 2011; 32(1): 25-40.

63. Ceará. Governo do Estado do Ceará. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Escola de Saúde Pública do Ceará. Concorrência do processo seletivo na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde e em área profissional da saúde / 2017 - Edital nº 49/2016 Residência Integrada em Saúde - RIS-ESP-CE - Turma IV. Escola de Saúde Pública: 2017. Disponível em: www.esp.ce.br/selecoes Acesso em: 27.02.2017.

ANEXOS

Quadro2 – Caracterização das ênfases e distribuição de vagas por ênfase da RIS-ESP/CE (continua).

	Ênfase	Cenário de Práticas	Município	Lógica de divisão das equipes e atuação	Categorias profissionais incluídas	Nº vagas 1ª turma	Nº vagas 2ª turma	Nº vagas 3ª turma	Total residentes (até maio 2015)
Componente Comunitário	Saúde da Família e Comunidade	Rede de Atenção Primária – Estratégia Saúde da Família (ESF)	Acopiara	Equipes multiprofissionais que atuam na ESF enquanto Equipes de Saúde da Família (EqSF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)	Enfermagem Odontologia Fisioterapia Nutrição Psicologia Serviço Social	-	7	7	14
			Arneiroz			-	7	-	7
			Aracati			15	10	7	32
			Aquiraz			-	7	-	7
			Brejo Santo			8	7	7	22
			Camocim			-	10	-	10
			Canindé			15	7	7	29
			Catarina			-	7	-	7
			Crateús			-	10	7	17
			Eusébio			-	7	7	14
			Fortaleza			-	14	-	14
			Horizonte			20	9	7	36
			Iguatu			12	7	7	26
			Icapuí			-	10	7	17
			Independência			-	-	7	7
			Itapipoca			-	-	7	7
			Jaguaruana			8	-	-	8
			Maracanau			9	-	7	16
			Maranguape			-	7	7	14
			Quixadá			16	7	-	23
	Quixeramobim	-	-	7	7				
	Reriutaba	-	-	7	7				
	Tabuleiro	-	-	7	7				
	Tauá	16	-	7	23				
	Acopiara	-	5	5	10				
	Aracati	10	6	-	16				
	Brejo Santo	-	5	10	15				
	Canindé	-	-	4	4				
	Crateús	-	4	6	10				
	Eusébio	-	-	5	5				
	Fortaleza	17	5	-	22				
	Horizonte	-	5	-	5				
	Icapuí	10	5	-	15				
	Iguatu	-	-	-	-				
	Jaguaruana	5	-	-	5				
	Maracanau	-	5	-	5				
	Maranguape	-	-	10	10				
	Tauá	-	5	5	10				
	Fortaleza (incluindo Cascavel)	6	6	2	14				
	Caucaya	1	1	-	2				
	Maracanau	1	1	2	4				
	Baturité	1	1	-	2				
	Canindé	1	1	2	4				
	Itapipoca	1	1	2	4				
	Aracati	1	1	2	4				
	Quixadá	1	1	2	4				
	Russas	1	1	2	4				
Limoeiro	1	1	2	4					
Sobral	1	1	2	4					
Acarau	1	1	2	4					
Tianguá	1	1	2	4					
Tauá	1	1	2	4					
Crateús	1	1	2	4					
Camocim	1	1	2	4					
Icó	1	1	-	2					
Iguatu	1	1	2	4					
Brejo Santo	1	1	1	3					
Crato	1	1	-	2					
Juazeiro do Norte	1	1	-	2					

Componente Hospitalar									
Infectologia	Hospital São José de Doenças Infecciosas – HSJ	Fortaleza	Equipes multiprofissionais que atuam na atenção à saúde em Infectologia	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Nutrição Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional	-	15	15	30	
Pediatria	Hospital Infantil Albert Sabin – HIAS	Fortaleza	Equipes multiprofissionais que atuam na atenção à saúde em Pediatria	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional	-	18	18	36	
Neonatologia	Hospital Geral Dr. Cesar Cals (HGCC)	Fortaleza	Equipes multiprofissionais que atuam na atenção à saúde em Neonatologia	Enfermagem Fisioterapia Psicologia Serviço Social	-	8	8	16	
Enfermagem Obstétrica	Hospital Geral Dr. Cesar Cals (HGCC)	Fortaleza	Enfermeiros que atuam em Obstetrícia	Enfermagem	-	6	6	12	
Cadiopneumologia	Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes – HM	Fortaleza	Equipes multiprofissionais que atuam na atenção ao paciente com patologias cardiopulmonares	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Fonoaudiologia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional	-	18	18	36	
Neurologia e Neurocirurgia	Hospital Geral de Fortaleza – HGF	Fortaleza	Equipes multiprofissionais que atuam na atenção à saúde em Neurologia	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Fonoaudiologia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social Terapia Ocupacional	-	24	24	48	
Urgência e Emergência	Instituto José Frota – IJF	Fortaleza	Equipes multiprofissionais que atuam em Urgência e Emergência	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Nutrição Odontologia Psicologia Serviço Social	-	16	16	32	
Cancerologia	Instituto do Câncer do Ceará – ICC	Fortaleza	Equipes	Enfermagem Farmácia Fisioterapia Nutrição Psicologia Serviço Social	24	24	24	72	
Total					222	341	327	890	

Fonte: Arquivo RIS-ESP

Quadro3 – Macro competências RIS-ESP/CE⁴².

MACRO COMPETÊNCIAS RIS-ESP/CE	Organizar o processo de trabalho em saúde a partir do território / contexto;
	Atuar no SUS fortalecendo a atenção integral nas redes de atenção, nos serviços de saúde e nas ações junto aos usuários e coletivos;
	Atuar no SUS a partir da intersetorialidade, fortalecendo a articulação entre demais políticas públicas e dispositivos comunitários;
	Atuar no SUS fortalecendo a colaboração interprofissional e o trabalho em equipe nos serviços de saúde;
	Atuar no SUS com compromisso ético-político com a reforma sanitária e psiquiátrica e seus atores (usuários, trabalhadores, - gestores, educadores, estudantes);
	Desenvolver processos de educação permanente no SUS comprometidos com a transformação do cenário de atuação;
	Produzir conhecimento com compromisso para a transformação da realidade e emancipação dos sujeitos envolvidos;
	Desenvolver ações para promoção da saúde e defesa da vida;
	Atuar no SUS por meio da educação popular em saúde;
Promover a articulação comunitária e o fortalecimento da participação e do controle social.	

Fonte: Manual do profissional de saúde residente e informações político-pedagógicas sobre a residência multiprofissional em saúde e em área profissional da saúde. Escola de Saúde Pública. 2016.

Artigo apresentado em 31/01/2017

Artigo aprovado em 35/03/2017

Artigo publicado no sistema em 27/06/2017