

INTEGRALIDADE NA FORMAÇÃO: COMPREENSÃO DE ORIENTADORES E DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Integrality in training: understanding of supervisors and the of multiprofessional team

Integralidad en la formación: entendimiento de los supervisores y el equipo multiprofesional

Maria Clara Santana Maroja
Maria Neyrian de Fátima Fernandes
José Jailson de Almeida Júnior

RESUMO

Objetivou-se verificar a compreensão de residentes, preceptores e tutores sobre integralidade na formação em saúde mental em uma Residência Multiprofissional em Saúde. Trata-se de uma pesquisa avaliativa, participativa, qualitativa, do tipo Estudo de Caso Único no programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Foram aplicadas entrevistas individuais semiestruturadas aos tutores (7) e preceptores (7), e grupo focal com 20 residentes. Observou-se que as orientações oferecidas nos encontros de tutoria e preceptoria vão além da assistência biológica ao indivíduo com transtorno mental e perpassam pela compreensão da realidade desses sujeitos. Compreendeu-se que o compromisso curricular com as características da comunidade assistida, aliado a práticas colaborativas entre as diferentes profissões da saúde, possibilitaram aos residentes enxergar ao indivíduo com transtorno mental não apenas sob os vários saberes biológicos, mas também compreendendo-o na complexidade da sua realidade.

Palavras-chave: Saúde Mental; Educação em Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The objective was to verify the understanding of residents and tutors about comprehensiveness in mental health training. It is an evaluative, participatory, qualitative research, of the Single Case Study type in the Multiprofessional Residency in Mental Health Program. Individual semi-structured interviews were applied to tutors (7) and preceptors (7), and a focus group with 20 residents. We observed that the guidelines offered in the tutoring and preceptorship meetings go beyond biological assistance to patients with mental illness and include understanding the reality of these subjects. We found that the curricular commitment to the characteristics of the assisted community, combined with collaborative practices between the different health professions, enabled residents to see the patient with mental illness not only under the various biological knowledge, but also understanding him in the complexity of your reality.

Keywords: Mental Health; Health Education; Unified Health System.

RESUMEN

El objetivo era verificar la comprensión de los residentes, tutores y tutores sobre la exhaustividad en la capacitación en salud mental. Es una investigación evaluativa, participativa y cualitativa, del tipo Estudio de caso único en el programa de Residencia multiprofesional en salud mental. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas individuales a tutores (7) y preceptores (7), y a un grupo focal con 20 residentes. Se observó que las pautas ofrecidas en las

reuniones de tutoría y preceptación van más allá de la asistencia biológica a pacientes con enfermedades mentales e incluyen la comprensión de la realidad de estos temas. Se entendió que el compromiso curricular con las características de la comunidad asistida, combinado con prácticas de colaboración entre las diferentes profesiones de la salud, permitió a los residentes ver al paciente con enfermedad mental no solo bajo los diversos conocimientos biológicos, sino también comprendiéndolo en la complejidad de tu realidad

Palabras clave: Salud Mental; Educación en Salud; Sistema Único de Salud.

INTRODUÇÃO

O compromisso curricular com a complexidade de cada realidade, alcançado por meio de uma prática pedagógica problematizadora, humanizadora e interdisciplinar, que possibilite ao educando o pensar crítico e a ampliação da sua visão de mundo para a transformação dessa mesma realidade, é o que fundamenta a Educação Problematizadora, conceituada e defendida por Paulo Freire desde a década de 1950 (Freire, 2019a, 2019b).

Para Paulo Freire a educação é um processo político para superação das diversas formas de opressão e emancipação dos sujeitos – daí a razão pela qual a Educação Problematizadora também é chamada de Educação Libertadora. Em decorrência das suas ideias, Freire foi exilado durante o regime militar brasileiro. Apesar do exílio, seus pressupostos político-pedagógicos não deixaram de influenciar diretamente o processo de democratização no País e as lutas pela instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) (Freire, 2019b; Gerhardt, 1996).

Desde então, a proposta pedagógica freiriana vem inspirando experiências educacionais em diferentes níveis e áreas do conhecimento. No campo da saúde, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que fomenta as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) é uma dessas experiências. Percebe-se diretamente a influência de Freire na ideia de que o indivíduo não pode ser compreendido fora de seu contexto, pois ele é o sujeito de sua própria formação e se desenvolve por meio da reflexão sobre seu lugar no mundo, sua realidade e suas vivências (Maroja et al., 2019).

A partir dos anos 2000, as RMS fazem parte da estratégia nacional de formação de profissionais para o SUS, baseada na compreensão das relações políticas e humanísticas que conduzem a interação ensino-serviço-comunidade. Nessa modalidade de pós-graduação *lato sensu*, as atividades práticas e teórico-práticas correspondem a 80% da carga horária total do curso, desenvolvidas com base no trabalho em equipe multiprofissional e sob a orientação de tutores e preceptores, que são, respectivamente, docentes do programa e profissionais dos serviços de saúde (Ministério da Saúde, 2006).

Dentre as modalidades, a Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM) é uma das que vem sendo ampliada desde 2010, quando existiam apenas seis

vagas concentradas em um único estado brasileiro e chegando a 300 vagas em 29 Programas, distribuídas por 21 cidades em dez estados brasileiros no final de 2017 (Onocko-Campos et al., 2019).

Na perspectiva da RMSM, é importante refletir sobre as práticas em saúde mental baseadas na reformulação instituída pela Reforma Psiquiátrica. Sendo estes cenários influenciados pelas ideias de Freire por meio da compreensão do ser humano imerso em seu processo existencial, alcançando o indivíduo em sua integralidade na existência-sofrimento e nas suas diversas dimensões. Dessa forma, o processo de trabalho dos residentes em saúde mental busca atender integralmente ao usuário, prestando um cuidado humanizado, capaz de colaborar no seu processo de reinserção social (Canabarro et al., 2019).

Nesse contexto, o presente estudo objetivou verificar a compreensão de residentes, preceptores e tutores sobre integralidade na formação em saúde mental em uma Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Ao tecer dos fios entre Paulo Freire e a proposta pedagógica das RMSM, pretende-se refletir sobre os diferentes caminhos para a ampliação do conceito de cuidado integral em saúde, que diz respeito também ao trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, às ações intersetoriais e ao conhecimento da realidade.

MATERIAIS E MÉTODOS

TIPO DE ESTUDO E CENÁRIO DA PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, participativa, com abordagem qualitativa, do tipo Estudo de Caso Único. O *lócus* de estudo escolhido foi o programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, oferecido pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), cujo Plano de Curso (PC) – submetido em 2015 à aprovação pela Coordenação Geral de RMS, Ministério da Educação e Cultura – estabelece a metodologia de ensino baseada na Pedagogia Problematizadora de Paulo Freire.

PARTICIPANTES

A equipe da RMS é composta por profissionais graduados na área da saúde. O residente é o profissional em processo de treinamento em serviço especializado. O tutor é responsável pela supervisão docente-assistencial no campo de aprendizagens e pertence à equipe local de assistência. O preceptor realiza atividade de organização do processo de

aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes, ele exerce a função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional (Portaria nº1.111/GM, de 05 julho de 2005).

Dessa forma, foram aplicadas entrevistas individuais semiestruturadas aos tutores (7) e preceptores (7), bem como dois encontros de grupo focal com 20 residentes (tendo sido o primeiro encontro realizado no mês de ingresso da turma iniciante no ano de 2017 – março – e o segundo, com os mesmos participantes, ao final do primeiro ano de curso – dezembro).

Os tutores e preceptores foram selecionados a partir de um único critério: tempo de atuação no programa inferior a um ano. Este foi o período de experiência considerado razoável para que tutores e preceptores fossem capazes de relatar e refletir não só sobre suas próprias vivências, mas, sobretudo, sobre as mudanças nas práticas profissionais dos residentes ao longo do curso. Todos os tutores e preceptores aptos a participar da pesquisa foram entrevistados.

INSTRUMENTOS

O roteiro para aplicação do primeiro encontro de grupo focal com os residentes contemplou questões distribuídas nos seguintes eixos temáticos: 1) processos de capacitação e; 2) concepções sobre problematização nas práticas profissionais em saúde. Quanto ao roteiro para aplicação do segundo grupo focal, este foi construído em um eixo temático único: processos de trabalho e concepções sobre problematização nas práticas profissionais em saúde. Esses três eixos temáticos foram contemplados também nos roteiros para entrevistas semiestruturadas com tutores e preceptores, acrescidos do eixo 4) percepções sobre as práticas profissionais dos residentes.

Os instrumentos para as entrevistas individuais foram validados por meio da aplicação dessa técnica a tutores e preceptores de outros dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Observou-se nessa ocasião, que houve compreensão favorável do conteúdo por parte dos entrevistados, que a ordem das questões obedecia a uma lógica sem indução de respostas e que todos os objetivos haviam sido contemplados.

PROCEDIMENTOS

Todas as técnicas para coleta de dados foram executadas pela pesquisadora. Os integrantes da equipe multiprofissional foram convidados pessoalmente, no local do serviço a participarem do estudo. As entrevistas foram registradas por meio de gravador digital de voz e transcritas na íntegra, utilizando-se codinomes para preservar a identidade

dos participantes. As entrevistas com os preceptores ocorreram em uma sala reservada no local do serviço, as entrevistas com os tutores e o grupo focal com os residentes ocorreram em uma sala de aula da universidade. Cada entrevista e cada encontro do grupo focal ocorreram com duração máxima de 60 minutos.

Os dados coletados foram então analisados seguindo-se as etapas para a Análise de Conteúdo (Bardin, 2011): 1) pré-análise (leitura do material e organização dos dados segundo os eixos temáticos e sujeitos—residentes, tutores e preceptores); 2) exploração do material (classificação dos dados segundo as categorias de análise previamente estabelecidas: a) trabalho multiprofissional, b) intersetorialidade, c) conhecimento sobre a realidade e d) o olhar emancipatória como dimensão da integralidade em saúde e; 3) tratamento dos resultados e interpretação (estabelecimento de articulações entre os dados coletados e os referenciais teóricos, do qual emergiu o tópico que intitula o presente artigo). Os resultados apresentam a análise do discurso dos profissionais (tutores e preceptores) e residentes considerando a interpretação das categorias de análise.

DISPOSIÇÕES ÉTICAS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba, sob o protocolo nº 65311717.6.0000.5185, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme preconizado pela Resolução 466/2012.

Para garantir o sigilo dos participantes as falas são representadas apresentando a sua categoria seguida de um número, exemplo: R3 (residente); T8 (tutor), P5 (preceptor).

RESULTADOS

O percurso metodológico da presente pesquisa permitiu observar que as orientações oferecidas aos residentes nos encontros de tutoria e preceptoria vão além da assistência biológica ao indivíduo com transtorno mental e perpassam pela compreensão da realidade de vida dessas pessoas. Como consequência dessas abordagens, os tutores afirmam perceber, ao longo do curso de residência, a ampliação do olhar e do cuidado dos residentes ao indivíduo com transtorno mental em várias direções, as quais serão discutidas.

Essas diferentes – porém complementares entre si – direções na leitura que os educandos fazem sobre o indivíduo assistido correspondem às dimensões da compreensão da integralidade na atenção à saúde. De acordo com as ideias constituintes do SUS, este princípio doutrinário defende a prevenção e a assistência à saúde que levam em

consideração as necessidades específicas das pessoas ou grupos de pessoas – ainda que minoritários em relação ao total da população – em todos os níveis de complexidade (Portaria Interministerial nº1077, 2009).

As dimensões que compõem a integralidade em saúde vão além da noção ampliada da clínica e envolvem o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, a ação intersetorial e o conhecimento sobre a realidade (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

Iniciemos pela dimensão do trabalho em equipe multiprofissional, referido enfaticamente pelos residentes como sendo uma das mais importantes aprendizagens proporcionadas pela residência.

FALAS DOS RESIDENTES

O trabalho multiprofissional possibilita um processo de construção coletiva de saberes, permitindo através do trabalho em equipe a troca de experiências, conforme explicado no depoimento a seguir:

A todo momento acaba acontecendo isso dentro dos subgrupos, visto que por mais que a gente se subdivide por atividades, mas a todo momento há troca dos casos, nós sentamos também todos juntos pra discutir determinados casos da nossa rotina do dia a dia, até porque é o dia inteiro juntos, uma equipe multi. Então assim, chega a ser até impossível não ter essa troca [...] (R2).

Dentro da discussão sobre a relevância da formação baseada no trabalho em equipe multiprofissional para o fortalecimento da integralidade no cuidado, os educandos revelaram também quão intenso e complexo é esse processo formativo. Os relatos coletados nesse estudo evidenciaram que a aprendizagem em equipe multiprofissional desmistifica ideias equivocadas e provoca reflexões sobre os avanços e limites das competências de cada área profissional no decorrer das atividades nos cenários de prática.

Os residentes afirmam que, à medida que se envolvem com a multiprofissionalidade, indagam se estão sendo “mais” ou “menos” profissionais.

[...] Tipo, você vai pros serviços, os farmacêuticos geralmente eles estão saindo de uma farmácia, presos, assim, atolados de serviço, com 50 milhões de receitas, que são todos medicamentos psicotrópicos, que demanda um tempo todo especial, então demandam muito do profissional farmacêutico. Então assim, eu fico em qualquer canto, menos na farmácia, dificilmente você vai me achar na farmácia, eu vou estar nas interconsultas. Então assim, eu fico com aquele

negócio... 'Será que eu não estou sendo farmacêutica? Eu estou sendo tanta coisa, menos farmacêutica', porque assim, eu não paro mais pra pensar só no uso do psicotrópico como resposta para aquele paciente, 'Como isso vai ser bom? Isso não, ele precisa do medicamento'. Não, eu paro pra pensar no usuário como um todo, que ele precisa muito mais do que o medicamento (R3).

Entre as atividades pedagógicas da RMSM, as ações interdisciplinares incluem os encontros de tutoria multiprofissional e as rodas de conversa entre os residentes de um mesmo serviço de saúde. A tutoria multiprofissional acontece a cada quinze dias e só começou a ser adotada no terceiro ano de funcionamento do programa. Um processo ainda em construção que vem enfrentando dificuldades de ordem logística, como a conciliação de horário disponível entre os tutores de todas as áreas de formação, por exemplo. Sendo assim, os residentes afirmaram que a contribuição mais efetiva da multiprofissionalidade parece advir das discussões entre os colegas de residência nas rotinas das unidades.

[...] Eu acho que a gente ainda não conseguiu, é fazer esse grande momento multi em que a gente sinta a contribuição das diferentes áreas. Eu acabo aprendendo muito mais o que são as áreas de fato no dia a dia, perguntando às meninas, conversando com elas, a minha equipe [...] eu sinto que a contribuição multi é no cotidiano, ainda não é aqui na tutoria (R8).

O cotidiano do processo de trabalho permite que os residentes desmitifiquem as outras profissões envolvidas no trabalho em saúde, permitindo o desenvolvimento da percepção sobre a clareza de papéis dos integrantes da equipe e o ensaio de práticas colaborativas que permitirão o exercício de relações interprofissionais.

FALA DO PROFISSIONAL

Os tutores, por sua vez, afirmam que, ao ingressarem no curso, os residentes expressam concepções equivocadas sobre a atuação multiprofissional, como, por exemplo, associando essa prática à necessidade de trabalharem fisicamente juntos, como explicado nas falas abaixo:

[...] Eu lembro bem de uma situação, dessa turma que está saindo inclusive. Eles ficavam muito juntos e isso era um problema para a equipe, porque a equipe dizia 'Vocês não podem cada um participar de uma oficina?', 'Não, porque nós temos que ficar juntos porque nós somos multiprofissionais'. Como se multiprofissional fosse o fato de ficar colado. [...] Então à medida que isso vai sendo quebrado, eles vão amadurecendo, porque já são profissionais, mas ainda estão em formação e nunca se depararam com uma prática assim [...] (T2).

O aprender e o ensinar dentro da concepção curricular interdisciplinar incluem a dimensão do empenho coletivo para a interpretação da realidade, a partir da confluência entre diferentes disciplinas, em que cada uma destas, com suas especificidades, oferece uma espécie de “agulhas intelectuais” para costurar uma “colcha” intercognitiva. Nessa condição, a dinâmica pedagógica é redimensionada, assumindo outros significados e abrindo possibilidades para múltiplas formas de trabalho coletivo (Lima, 2013).

Nesse contexto o educador assume a tarefa dialógica trabalhando em equipe interdisciplinar o universo temático, organizando o saber num trabalho conjunto com os educandos para planejar ações concretas para a resolução de situações-problema (Freire, 2019b).

INTERSETORIALIDADE

Ao se propor ações e políticas norteadas pela identificação e análise de todos os fatores intervenientes na saúde dos indivíduos e coletividades, o cuidado passa a exigir também a articulação das suas ações e a cooperação entre os diferentes setores envolvidos, entre os quais: legislação, sistema tributário e medidas fiscais, educação, habitação, serviço social, trabalho, alimentação, lazer, agricultura, transporte, planejamento urbano e outros (Westphal, 2017).

FALA DOS RESIDENTES

A ideia ampliada de integralidade para além do campo da saúde é identificada nos depoimentos dos residentes como uma importante deficiência no Sistema, que entrava os seus processos de trabalho, mas que a condição de residente lhes dá a possibilidade de enxergá-la e também a autonomia para tentar superá-la:

A fragilidade da rede de saúde mental com a rede intersetorial, né? Que às vezes não se conversa, saúde não conversa com infra-estrutura, saúde não conversa com educação, saúde não conversa com o serviço social. E aí como é que você fala em inserção social se você tem uma rede intersetorial que ela não se comunica? Aí fica muito complicado realmente. Aí é nesse ponto que eu acho que a gente faz... tenta fazer um diferencial muitas vezes de realmente articular (R1).

FALA DO PROFISSIONAL

O desenvolvimento do processo de trabalho permite articular a construção de diálogos com outras instituições e atores sociais permitindo uma aprendizagem

contextualizada com a realidade social do território e a vida daqueles vivenciam o sistema de saúde.

... o nosso processo de trabalho de uma forma geral, a gente trabalhou algumas temáticas relacionadas à prática da residência, por exemplo, a Política Nacional de Saúde Mental, a reforma da Saúde Mental, discutimos a intersectorialidade a partir de textos e discussões orientadas. Logo em seguida, a maioria das nossas reuniões eram assim, se davam a partir de um texto, discussões orientadas, análise das realidades encontradas, o que é que eu encontro quando eu discuto intersectorialidade, o que é que eu vejo dentro do serviço que eu estou em relação àquela temática que foi analisada, que foi abordada (T5).

Compreender as concepções sobre intersectorialidade que perpassam a atuação dos educandos que compõem um programa de RMS significa refletir sobre a atual contribuição dessa modalidade de ensino em saúde para o fortalecimento da perspectiva da Reforma Sanitária Brasileira e a instituição do SUS (Guerra & Costa, 2017).

CONHECIMENTO SOBRE A REALIDADE

Ao trabalho multiprofissional e à ação intersectorial, soma-se o conhecimento da realidade dos usuários, o que permite ampliar a compreensão de integralidade em saúde para além da colaboração entre os saberes técnicos das diferentes profissões. Torna-se necessário abarcar também o entendimento de aspectos do Ser Humano, tais como questões sociais, econômicas, políticas e históricas dos sujeitos.

FALA DOS PROFISSIONAIS

Na formação é relevante compreender como são constituídas as relações sociais no âmbito do processo-saúde no território, refletindo sobre os modos de viver dos atores sociais. Como exemplos práticos desse avanço na percepção e nas práticas profissionais dos residentes, tem-se os seguintes relatos:

[...] Mas eu quero dizer assim, quando a minha aluna que estava no PASM (no centro de atendimento de urgência para o paciente com problemas mentais), quando ela começa a fazer um olhar sobre a polifarmácia (uso de várias medicações), ela rompe com aquela lógica apenas do controle de estoque, do processo de compra, do administrativo. Ela entra num outro olhar sobre o cuidado que ultrapassa aquela realidade. Então isso aconteceu dentro da residência. [...] porque muitas vezes ou o paciente é subtratado, ele tem o uso de uma medicação abaixo do que ele precisaria ou a posologia é superior àquela que ele necessita, ele passa o dia inteiro dormindo[...] Porque a gente já teve caso em que o paciente vivia dopado porque a família achava conveniente que ele passasse o dia dormindo (T5).

[...] Já não dorme há cinco dias, por exemplo, e aí o médico vai e passa a medicação. Tá certo, mas e por quê? O que vinha tirando esse sono? Qual é esse contexto que a pessoa tá inserida e que não consegue dormir? O que é que tá acontecendo? E eu consigo enxergar eles buscando isso, de saber isso. Vai ficando facilitado, vai ficando, tipo assim, conseguindo pegar mais fácil essas sutilezas [...] pra ficar claro, por exemplo, fazer de imediato uma visita domiciliar pra entender esse contexto. Antes talvez eles ficassem esperando ser solicitados isso, ou ver realmente chegar uma situação gritante [...] (T3).

Aqui o que a gente menos se preocupa é com a droga. A droga não é o meu problema aqui dentro do CAPS, a droga é secundária, terciária. É cada história de vida. Essas pessoas são tiradas delas a condição de um sujeito, as condições mínimas. Eu não conheço um que tem uma história bonita e que de repente... não conheço. Eu conheço criança que foi dada com cinco anos de idade, que a mãe era alcoólatra, foi criada na rua aos cuidados de quem passasse e quisesse. [...] se a gente se preocupar menos com a droga e mais com o sujeito, com tudo o que envolve o sujeito você vai ver que a droga é insignificante. Agora, a gente valoriza algo pra tá justificando outras falhas existentes (P4).

A necessidade de ampliação do olhar sobre o campo da saúde e da noção de cuidado por intermédio de uma construção coletiva foram os fatores impulsores da emergência das RMSs, as quais surgiram como aposta em uma formação alinhada com o projeto político do SUS – expresso pelas ideias de universalidade, integralidade, equidade e participação social – e com o entendimento de que o processo saúde-doença é complexo e não pode ser abordado apenas a partir de um olhar disciplinar (Pasini, 2012).

No campo da saúde, a pedagogia que advém do desvelamento do mundo e do comprometimento com a realidade e sua transformação, constitui-se na completa reformulação do olhar acerca dos problemas físicos, que passam a ser enxergados também pela dimensão do Ser, ontologicamente Ser Político, Ser Social, Ser Religioso e Ser Humano (Emmerich & Fagundes, 2015).

FALA DOS RESIDENTES

Os depoimentos a seguir evidenciam situações e concepções que apontam para a compreensão do conhecimento sobre a realidade no campo da prática. Trazendo aspectos práticos dessa discussão e a importância da apreensão do mundo dos sujeitos assistidos no despertar do olhar humanizado no cuidado à saúde:

[...] Eu falo como enfermeira que você acaba chegando com esse olhar mais clínico, mas a gente se esbarra muito no social, muito em outros fatores e que às vezes olha e fala assim, o clínico é o de menos, é realmente quase nada em relação às demais situações [...] (R2).

[...] a gente tenta transformar de alguma forma aquilo que a gente está vivendo. E não por uma questão assim de que a gente sabe e eles não, mas no sentido de troca mesmo. A gente vai percebendo que a gente está ali tentando vivenciar junto, e aí percebendo junto, percebendo na pele o que eles mesmos estão vivenciando a gente acaba tendo essa condição de problematizar mesmo assim a realidade junto com eles [...] (R8).

A gente lida com todas as pessoas que sofrem preconceito a toda hora e assim a sociedade vendo de outra maneira, são usuários de drogas, são pessoas com transtornos, em relação a gênero, sexualidade. Então assim, é impossível você não mudar, não ampliar esse olhar, não ver algo mais ali por trás do que o clínico. [...] E assim, quando o profissional realmente amplia o olhar, amplia a visão, mas como pessoa, muito mais (R2).

O desvelamento da realidade durante o processo de formação permite ao residente refletir sobre as concepções de mundo e a sua responsabilidade social como profissional de saúde. Tal processo pode provocar uma transformação na percepção dos atores sociais, dos territórios e das instituições, constituindo no desenvolvimento de um olhar amplo e complexo sobre a saúde enquanto um processo social na perspectiva de tornar humana as relações interpessoais.

O OLHAR EMANCIPATÓRIO COMO DIMENSÃO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Seguindo na ampliação da concepção de integralidade, um outro olhar merece reflexão e deve ser incorporado como mais uma dimensão desse princípio básico do SUS: a emancipação dos sujeitos. Nesse caso, trata-se da autonomia que se faz presente desde o processo formativo e se estende à visão dos residentes sobre os usuários e aos seus processos de trabalho.

A análise dos dados coletados revelou que os aspectos de alinhamento com a pedagogia problematizadora, identificados nas ações da RMSM, oferecem aos residentes a possibilidade de descobrir, propor, desenvolver e discutir temáticas e ações de forma horizontal e crítica junto aos tutores e preceptores.

FALA DOS RESIDENTES

É possível pensar que a autonomia dos educandos no processo de ensino e de aprendizagem, potencializada pelo exercício permanente do compromisso com a realidade e das práticas multiprofissionais, pode facilitar, entre os residentes, o desenvolvimento de um olhar emancipatório sobre os sujeitos assistidos.

Sobre essa temática, os depoimentos dos residentes fizeram emergir outra questão que merece destaque: a “institucionalização” dos sujeitos. Segundo os educandos, há uma relação de dependência dos usuários com os serviços de saúde, revelada em falas como “O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é minha casa” e “O CAPS é minha vida”, frequentemente ouvidas pelos residentes nos cenários de prática, como explicam os relatos:

O próprio usuário tem medo de se colocar na sociedade, assim... Eles também se adaptam a esse lugar do CAPS, ele é confortável para o usuário, sabe? Assim... ‘confortável’. Mas muitas vezes eles também não têm esse olhar, eles, falam assim... ‘o CAPS é a minha casa’, ‘o CAPS é minha família’. Olha só, né? ‘O CAPS é a minha casa’, falar isso, né? (R1)

E aí os profissionais reforçam isso, né? O usuário diz ‘CAPS é minha casa’ e o profissional fala ‘Que bom que é a sua casa e eu estou aqui para contribuir com a sua casa’, né? Então os profissionais reforçam muito isso também [...] (R4).

FALA DOS PROFISSIONAIS

Assim, percebeu-se que, ao longo do curso, há um movimento no qual o indivíduo com transtorno mental deixa de ser visto sob a óptica da vitimização e da incapacidade. Os residentes esforçam-se gradativamente no sentido do empoderamento dos sujeitos para a superação dos próprios limites. A seguir, o relato de uma atividade desenvolvida por residentes que elucida, na prática, elementos de aproximação com a visão emancipatória nos processos de trabalho desses profissionais.

[...] eu tou saindo agora de uma apresentação de conclusão e foi justamente o que essa residente fez. [...] ela realizou sete grupos sobre trabalho e trazendo as questões dos usuários, porque eles se sentiam excluídos, como era que poderia se dar a inclusão e isso é mais intensificado na questão do trabalho, a negação do trabalho, principalmente nos CAPS-AD, que é álcool e outras drogas. E aí ela buscou parcerias. Então assim, ela deixou duas questões, que foi da economia solidária, ela levou alguém lá no CAPS nesses encontros que, a partir do que foi colocado desse programa, esses usuários se interessaram e tá aí um desenvolvimento de talvez inclusão a partir da economia solidária. Eles ainda não aprenderam, mas tá a proposta de isso ocorrer, uma habilidade. E também uma horta que tá sendo viabilizada, que vai ser eles mesmos que vão trabalhar nisso e que, de primeiro momento, essa horta ela vai beneficiar o serviço e depois eu não sei como vai ser. Até a diretora do serviço tava aí, ela disse que já tá bem encaminhado esse processo (T1).

Esse tipo de mudança na leitura que os residentes fazem sobre os sujeitos e sobre o cuidado prestado é testemunhada pelos tutores, que referenciam a evolução de uma postura de benevolência para uma postura profissional integral, humanizada e

emancipatória entre os educandos no decorrer da problematização da realidade, como revela o depoimento abaixo:

[...] No início a gente percebe que eles ficam muito penalizados, sabe? Achando assim, que o usuário é muito coitadinho, que tem que ser muito bonzinho. Depois a gente vê uma transformação de eles agirem como profissionais, mesmo sendo gentis, mesmo sendo cuidadosos. Entendeu? Mas não é mais aquela coisa de 'ah, o bichinho, ah, não sei o que'. Entendeu? Isso eu acho que é uma boa transformação, você poder sair de uma posição de... É como se você tivesse sendo bonzinho e ser um profissional, você dizer 'Não, eu tenho isso a contribuir com esse usuário' (T4).

Os depoimentos dos tutores revelam elementos dessa cultura de resistência que parece surgir paulatinamente nas experiências práticas dos residentes. Identificaram-se atitudes de negação aos diferentes tipos de opressão sofridos pelos indivíduos com transtorno mental, como reações decorrentes da ampliação da leitura de mundo dos alunos. Não se trata, portanto, somente da criticidade às injustiças sofridas pelos usuários, mas de atitudes que visam à transformação da realidade. Essas atitudes de resistência podem ser exemplificadas nos relatos:

A gente já teve situações assim, inclusive do residente questionar uma contenção, que é quando... Uma contenção é quando você amarra o usuário no leito, quando ele está em uma crise agressiva ou tentando machucar alguém ou se machucar no pronto atendimento e você precisa contê-lo no leito, e essa contenção de ser questionada, questionado o médico, questionado o profissional que fez essa contenção de achar que estava machucando e tal. [...] Teve que ser estabelecido um protocolo de contenção porque foi questionado, inclusive a pessoa foi demitida do serviço que fez... Foi. Foi questionado, foi demitido do serviço e foi feito um protocolo para esse tipo de procedimento como é que se faz. A partir de uma situação do residente, a partir de uma situação do residente, que foi bem complicada de manejar, inclusive tivemos que tirar essa residente do serviço temporariamente, enquanto a gestão definia o destino do técnico lá que fez, aí quando saiu foi que a pessoa (o residente) voltou. É. É bem sério, né? (T4).

[...] eles, os residentes, se infiltraram nessas... Não só os usuários, mas junto à equipe, participar dos movimentos, esses movimentos que tão aí acontecendo no país inteiro com relação à essa política de governo, essa contextualização, eles participaram levando a problemática da Saúde Mental. Então eles levaram, não só a equipe foi pra rua, mas os usuários também (T6).

DISCUSSÃO

TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

A compreensão aplicada ao processo formativo em saúde mostra que as concepções previstas nos documentos oficiais que regem os programas de RMSs (Portaria Interministerial nº1077, 2009; Ministério da Saúde, 2006) enfatizam a integralidade nas ações de saúde e a integração de saberes e práticas para o desenvolvimento de competências compartilhadas como eixos norteadores da prática multiprofissional (Miranda Neto et al., 2015). Sob esse entendimento, é comum pensarmos na impossibilidade de se romperem as fronteiras tão delimitadas pelas atuais formas de constituir as profissões e avançar nos processos de produção do conhecimento e de práticas profissionais.

Podemos entender o trabalho multiprofissional nos processos de produção de subjetividades bem como no efeito de ações que acontecem verdadeiramente no coletivo, considerando que as situações no cuidado à saúde atravessam necessidades de diversas naturezas e que são objetos de estudo de múltiplos campos de conhecimento (Pasini, 2012). Assim, o trabalho em equipe multiprofissional pressupõe uma abertura das disciplinas, que as torne receptivas a serem afetadas por outros modos de conhecer e operar sobre a saúde.

Nota-se que o termo “interdisciplinaridade” é utilizado mais frequentemente pelos autores do campo da educação, enquanto que “multiprofissionalidade” é uma denominação comum nos textos da área da saúde. Apesar da similaridade entre essas expressões, faz-se necessário esclarecer que as concepções acerca da interdisciplinaridade se aproximam ainda mais de uma outra denominação que vem sendo cada vez mais abordada nas discussões a respeito do processo de reorientação da formação em saúde: a interprofissionalidade.

Ao sistematizar algumas reflexões acerca das contribuições de Scott Reeves para as discussões sobre esse tema, percebe-se que o debate sobre o trabalho em equipe sempre esteve presente nas redefinições das práticas pedagógicas em saúde – mesmo com focos diferentes –, apesar de frequentemente ter sido mais centrado na teoria do que na materialização dos processos de educação de profissionais melhor preparados para a colaboração mútua (Costa, 2016). Dessa forma, constitui o propósito primordial da interprofissionalidade a prática colaborativa, isto é, o desenvolvimento de processos educativos capazes de estabelecer relações de colaboração entre os profissionais de saúde.

Na realidade brasileira, a barreira mais difícil de ser transposta para as possibilidades de interação entre os cursos é de natureza cultural. A lógica do específico na educação ainda é muito forte e tem influência significativa na construção de identidades. Assim, simplesmente reunir estudantes ou profissionais de diferentes áreas não significa que a interprofissionalidade irá acontecer. Deve-se enfatizar a necessidade de se fortalecer a compreensão de que as especificidades são complementares e que o trabalho e a

educação interprofissional sustentam uma dinâmica mais eficaz na abordagem da complexidade das necessidades de saúde, dando-lhes centralidade (Costa, 2016).

INTERSETORIALIDADE

A intersectorialidade no contexto do campo da saúde, por sua vez, emergiu como desdobramentos dos movimentos internacionais da Reforma Sanitária e teve como um dos principais marcos referenciais a Conferência Internacional para Promoção da Saúde em 1986, no Canadá. Originada naquela ocasião, a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde deu enfoque às condições e requisitos para a promoção da saúde, que vão desde causas específicas a questões mais gerais, como a paz, a renda, um ecossistema estável, a sustentabilidade e a justiça social (Organización Panamericana de la Salud, 1997).

É nesse sentido que se localiza o potencial da perspectiva intersectorial na contribuição para o processo de superação das práticas institucionais hegemônicas, centradas em procedimentos e em medidas emergenciais e curativas. Refletir sobre o agir intersectorial remete à integralidade ampliada do cuidado, exige pensar as determinações micro e macrosociais, a dimensão sócio-histórica, sua relação com a vida individual e coletiva (Guerra & Costa, 2017).

É fundamental percebermos que, em ambas as dimensões, seja no trabalho em equipe multiprofissional, seja nas ações intersectoriais, faz-se necessária a presença de um componente essencial nos desdobramentos do processo de ensino e de aprendizagem crítico: o diálogo. A concepção dialógica da educação fundamenta-se na interlocução sobre uma realidade compartilhada, apesar das diferentes visões sob as quais o mundo pode ser apreendido (Pernambuco, 2001).

O diálogo é, assim, o principal impulsor que desencadeia e mantém o movimento coletivo. Nesse âmbito, deve haver o respeito pela forma como cada sujeito pensa, em face de um esforço honesto de todas as partes para a compreensão do objeto concreto em torno do qual todos se debruçam. As contribuições da autora reforçam também a dinamicidade desse processo, no qual a interação coletiva de diferentes sujeitos constrói novas formas de se relacionar e compreender o mundo (Pernambuco, 2001).

É a qualidade dos diálogos, portanto, que determina a efetividade das experiências pedagógicas e profissionais, distinguindo a forma de estar e de atuar em uma equipe multiprofissional e em uma rede intersectorial. Na construção de processos formativos e de trabalho críticos em saúde, esses diálogos devem ser permeados pelo senso de colaboração mútua entre os profissionais e pelo empenho coletivo em compreender e atender às reais necessidades dos usuários.

Assim, na dialogicidade da pedagogia, o fluxo do conhecimento ocorre a partir das relações de transformação do indivíduo com o seu mundo e vai se aperfeiçoando na problematização crítica dessas relações. Por sua vez, as trocas e a construção coletiva do conhecimento demandam um esforço de conscientização o qual proporcione aos indivíduos a compreensão crítica da posição que ocupam com os demais no mundo e os impulsiona a assumir o papel de sujeitos verdadeiramente transformadores da realidade (Freire, 2013a).

CONHECIMENTO SOBRE A REALIDADE

Integram-se às dimensões da integralidade, as discussões sobre a questão da humanização na saúde. A integralidade se caracteriza pela busca contínua por ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde dos indivíduos/grupos populacionais e comporta valores cruciais na orientação das práticas, na organização das políticas e do trabalho. Esse princípio constituinte do SUS não compactua com o reducionismo nem com a objetivação dos sujeitos e assume a abertura para o diálogo, que serve como ponto de partida para outras tantas implicações (Pinheiro & Mattos, 2006).

As mudanças sociais e culturais que atravessaram os tempos modernos transformaram o contexto da humanização na saúde, desde quando a proximidade com o paciente era quase um imperativo técnico no cuidado até a época de ações humanizadas isoladas, pontuais, amadoras. Conceitos e tecnologias para a aplicação da humanização foram sendo desenvolvidos tanto no campo da relação profissional-paciente quanto no campo da gestão, chegando à forma de política pública na saúde (Rios, 2009).

A humanização ainda é, contudo, considerada um projeto ideal, distante da realidade dos serviços de saúde, o que ocorre em virtude de práticas como o descompromisso com o resultado do trabalho, a falta de decisões compartilhadas com pacientes e de projetos discutidos em equipe multidisciplinar e limitações na participação de todos os sujeitos envolvidos na gestão dos serviços de saúde (Rios, 2009).

Além desses problemas estruturais, há um outro, relacionado à mudança para comportamentos mais humanizados, que é menos evidente e entranhado na cultura dos serviços. Trata-se do que cada profissional espera de sua atuação. Enquanto muitos veem o trabalho como o dever a ser cumprido para ter direito ao salário, outros têm a profissão também como um caminho para a satisfação pessoal, a superação de desafios, o prazer de fazer diferença na vida dos outros e na própria vida (Rios, 2009).

A *desumanização* é um fato concreto na história e que, por outro lado, a humanização é algo que se vem constituindo, por meios que variam de espaço-tempo a espaço-tempo (Freire, 2013b). A humanização só é verdadeira quando se observam os homens “mergulhados” na realidade e quando ocorre a transformação das estruturas em que eles se encontram “coisificados” ou quase “coisificados”. Para tanto, a ação humanizada exige reflexão crítica e esperança, isto é, a crença em que os homens podem fazer e refazer as coisas; podem transformar o mundo (Freire, 2013a).

Conhecer a realidade desafia os profissionais de saúde a transformar o seu fazer, dialogar com as situações vivenciadas e refletir sobre o seu ato de cuidar. É a percepção da doença além do aspecto patológico que permite compreender as condições de vida das pessoas que transitam nos serviços de saúde, vivenciam problemas sociais que repercutem na necessidade de um cuidado qualificado e sensível.

O OLHAR EMANCIPATÓRIO COMO DIMENSÃO DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Nessa dimensão, discute-se a negatividade que muitas vezes é negligenciada, pois parte da dor e do sofrimento dos sujeitos ao se perceberem em situações de exclusão e humilhação social, percepção que antes dava lugar ao pensar ingênuo e à ideia de conformismo e adaptação às estruturas socioculturais e econômicas dominantes (Silva, 2004).

Essa discussão alcança o contexto educacional, que trata da tradicional exclusão de qualquer menção às dimensões negativas no currículo, ou seja, não se discutem ou se analisam as práticas socioculturais desumanizadoras na implementação e na orientação das atividades pedagógicas. O sofrimento e as necessidades materiais, a humilhação sociocultural e o desprezo epistemológico são relativizados, secundarizados. A exacerbação de positivities no pensamento curricular encoberta a negatividade das condições de vida dos sujeitos, instituindo práticas incoerentes com os princípios humanistas proclamados (Silva, 2004).

A tendência à perda da autonomia identificada entre os usuários de serviços públicos de saúde vem sendo discutida na literatura científica, atribuindo-se a esse fenômeno diferentes e complexas razões (Goulart, 2013; Lini et al., 2016; Martinhago & de Oliveira, 2015). Dentre alguns dos fatores que contribuem para a institucionalização das pessoas em sofrimento mental, destaca-se a ausência de protagonismo do usuário frente ao próprio tratamento (Goulart, 2013).

A ausência de protagonismo do usuário é certamente uma expressão da lógica manicomial que ainda se faz presente, não no formato de grades e muros, mas na maneira

como produzem subjetivamente suas experiências no curso do tratamento, geralmente baseadas em procedimentos técnicos e na assistência dissociada do desenvolvimento. A lógica biomédica termina por enfatizar os sintomas e associá-los linearmente a processos patológicos reificados, distanciando as potencialidades das pessoas atendidas do tratamento (Goulart, 2013).

Nesses casos, a prática da alta expressa uma forma de se relacionar baseada no poder, e não no diálogo. A “objetificação” da pessoa atendida desdobra-se em processos que terminam por acentuar a cronificação de sua condição de exclusão social. Assim, a retirada do potencial de mudança do campo de ação da pessoa considerada doente culmina num quadro em que sua condição de sujeito é eminentemente negada (Goulart, 2013).

A necessidade da autonomia dos indivíduos diante das situações limites faz com que eles sirvam ou neguem essas situações. No primeiro caso, tratam essas situações como se fossem determinantes históricas, esmagadoras, diante das quais só lhes cabe adaptar-se. Dessa forma, não chegam a transcendê-las e a descobrir o que há mais além delas: o “inédito viável” (Freire, 2019b).

Nesse sentido, os indivíduos não estão subjugados a autonomia de ninguém, eles vão amadurecendo gradualmente ao longo do tempo e sua autonomia é fruto do próprio amadurecimento. A autonomia, enquanto amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser”. Aprender é, portanto, “construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e a aventura do espírito” (Freire, 2019a).

Dessa forma, a leitura de mundo a partir de uma lente idealista não consegue compreender a realidade a ponto de transformá-la, e a visão mecanicista somente reproduz uma forma bancária da realidade. Pelo contrário, a posição dialética e democrática leva a uma tarefa indispensável do intelectual: a sua intervenção. Há, portanto, a necessidade imperiosa de entender como os educandos veem o mundo, percebendo suas “manhas”, indispensáveis à cultura de resistência que vai sendo construída (Freire, 2014).

O elemento “autonomia” no processo formativo em saúde, portanto, tem suas consequências para os educandos e também para os usuários do Sistema. Entre os residentes, os efeitos dizem respeito às ações de resistência e luta pelo direito de todos ao acesso digno à saúde, enquanto, entre os usuários do SUS, é percebido o protagonismo destes sujeitos na promoção e na recuperação da própria saúde bem como no seu processo de reinserção social.

É nesse âmbito que identificamos o que Freire chama de politicidade da educação, isto é, a sua ação especificamente humana que se endereça a sonhos, ideais, utopias e objetivos. Ser política é uma qualidade inerente à natureza da educação, pois esta, na verdade, é impossível de ser neutra (Freire, 2014). A proposta pedagógica freiriana

é uma construção pedagógica crítica, comprometida com a população socialmente excluída, partindo das necessidades e dos conflitos vivenciados pela comunidade escolar para se tornar significativa, contextualizada e transformadora (Saul & Silva, 2011).

No campo da saúde, a multiplicidade de recursos e as inúmeras possibilidades de inserção comunitária evidenciam a necessidade de se formar para o trabalho *na e com a* diversidade, transitando por campos comuns de responsabilidade, revendo itinerários e partindo do pressuposto da afirmação e da promoção de liberdade (Surjus et al., 2016).

A formação multiprofissional de trabalhadores para o SUS, norteadada pelo conhecimento, reflexão e intervenção na realidade, visa proporcionar o cuidado integral à saúde, valorizando o papel das diferentes profissões bem como dos demais setores que interferem na promoção da saúde, para a construção do conhecimento e para as tomadas de decisão. Além dos olhares multiprofissional e intersetorial, o respeito às peculiaridades de cada sujeito assistido exige que sejam consideradas não só suas limitações, mas, sobretudo, suas potencialidades e sua responsabilidade no próprio tratamento de saúde e na superação das situações-limite.

É importante perceber que a autonomia se faz necessária também para a instituição formadora, a qual se configura não como grupos de professores e alunos, mas como um espaço de “tensões” entre diversos atores, onde as diferenças de ideias são estruturantes e os consensos permitem os avanços.

Sendo assim, os elementos freirianos do diálogo, da humanização e da autonomia não devem permanecer presos ao plano teórico, limitando-se a citações nos Projetos Pedagógicos dos cursos. Devem constituir-se no fio condutor de todas as ações pedagógicas, proporcionando uma compreensão integral do Ser Humano e práticas libertadoras em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados coletados permitiu-nos compreender que o compromisso curricular com as características da comunidade assistida, aliado a práticas colaborativas entre as diferentes profissões da saúde, possibilitaram aos residentes enxergar o indivíduo com transtorno mental não apenas sob os vários saberes biológicos mas também compreendendo-o na complexidade da sua realidade e como sendo esse personagem – apesar de todas as limitações – o principal autor da sua história.

O potencial transformador do protagonismo dos indivíduos no próprio tratamento de saúde nos conduz ao entendimento de que o olhar emancipatório do profissional sobre o sujeito assistido se soma às dimensões de uma compreensão ampliada do princípio da

integralidade. Dessa forma, o cuidado integral é plenamente alcançado quando ocorre a união de esforços entre aqueles que operam o Sistema – prestando um atendimento direcionado e eficiente às reais necessidades da população – e aqueles que usufruem dos serviços – percebendo a importância do autocuidado e da sua capacidade reivindicatória de saúde.

Para além desses avanços, nota-se que as práticas pedagógicas orientadas pela Educação Crítico-Libertadora cursam facilmente para ações de resistência que vão sendo construídas, como consequências da ampliação da leitura de mundo dos educandos. É nesse sentido que a experiência educacional, *locus* dessa pesquisa, diferencia-se do modelo tradicional de ensinar e aprender em saúde, e isso não apenas por apresentar elementos curriculares que facilitam a superação das situações de opressão encontradas no contexto do SUS. É pensado também o papel da universidade naquela sociedade, naquele momento, e como transformar a realidade na qual os educandos estão inseridos.

Seja nas relações pedagógicas ou profissionais, nas relações multiprofissionais, intersetoriais, ou profissional-paciente, constatou-se que o diálogo – permeado pelo senso de colaboração mútua – é o elemento intercessor de toda essa trama, é o fio condutor e impulsor de todo o movimento dos processos formativos e de trabalho crítico-libertador em saúde. Sem o diálogo, as experiências pedagógicas e profissionais tornam-se superficiais e despropositadas do “ser mais”.

Não se pode perder de vista, ainda, as limitações deste estudo, cujo trabalho de campo se restringiu aos dados de uma única experiência educacional, não sendo adequado prender-se ao campo das comparações com outros programas de RMS. Por outro lado, a investigação possibilitou, a partir das especificidades de um *locus* de pesquisa isolado, propor reflexões desenvolvidas em um movimento ajustado de teoria e prática, as quais espera-se serem capazes de gerar ações em outros cenários reais que, por conseguinte, motivem novas reflexões promotoras de transformações dos homens e do mundo.

Dessa forma, respeitando-se o contexto de cada realidade de ensino, percebemos que as mais importantes contribuições deste estudo situam-se na produção, sob o crivo da técnica científica, de subsídios para o processo de reorientação da formação profissional em saúde, que vem buscando atender às exigências contemporâneas de um amplo conceito de saúde e de políticas públicas mais coerentes com os seus princípios constituintes.

REFERÊNCIAS

Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Almedina.

- Canabarro, J. L., Terra, M. G., Soccol, K. L. S., & Siqueira, D. F. de. (2019). Vista do Atuação dos Residentes Multiprofissionais em Saúde: percepções de trabalhadores dos serviços de saúde mental. *Revista Eletrônica Acervo Saúde/ Electronic Journal Collection Health*, 11(17), 1–8.
<https://www.acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/1545/966>
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). Changes in undergraduate education in the health professions from the perspective of comprehensive training. *Cadernos de Saúde Pública / Ministério Da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública*, 20(5), 1400–1410. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500036>
- Costa, M. V. (2016). A educação interprofissional no contexto brasileiro: Algumas reflexões. *Interface: Communication, Health, Education*, 20(56), 197–198.
<https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>
- Emmerich, A. O., & Fagundes, D. Q. (2015). Paulo Freire E Saúde: Revisitando “Velhos” Escritos Para Uma Saúde Do Futuro. *Saúde & Transformação Social / Health & Social Change*, 6(2), 1–8.
<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeettransformacao/article/view/3211>
- Freire, P. (2013a). *Extensão ou comunicação?* (Rio de Janeiro: Paz & Terra (ed.); 18th ed.).
- Freire, P. (2013b). *Pedagogia da esperança: Um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (2014). *Pedagogia da esperança: Um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (2019a). *Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa* (60th ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Freire, P. (2019b). *Pedagogia do Oprimido*. In *Editora Paz e Terra*.
- Gerhardt, H.-P. (1996). Uma voz europeia: Arqueologia de um pensamento. In *Gadotti Moacir. Paulo Freire: Uma Biobibliografia* (pp. 149–170). Cortez.
- Goulart, D. M. (2013). *Institucionalização, subjetividade e desenvolvimento humano : abrindo caminhos entre educação e saúde mental*.
- Guerra, T. M. S., & Costa, M. D. H. da. (2017). Formação Profissional da Equipe Multiprofissional em Saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do SUS / Professional Training of the Multiprofessional Team in Health: the understanding of intersectoriality in SUS context. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*, 16(2), 454.
<https://doi.org/10.15448/1677-9509.2017.2.27353>
- Lima, J. G. S. A. (2013). Considerações críticas sobre interdisciplinaridade: formação de professores para os anos iniciais do ensino fundamental. In Pernambuco MMCA, Paiva IA, organizadores. *Práticas coletivas na escola* (pp. 125–138). Campinas: Mercado de Letras.
- Lini, E. V., Portella, M. R., & Doring, M. (2016). Factors associated with the institutionalization of the elderly: a case-control study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(6), 1004–1014. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160043>
- Maroja, M. C. S., Júnior, J. J. de A., & Noronha, C. A. (2019). Challenges of a questioning education to health professionals in a multiprofessional residency program. *Interface: Communication, Health, Education*, 24. <https://doi.org/10.1590/interface.180616>
- Martinhago, F., & de Oliveira, W. F. (2015). (Des)institucionalização: A percepção dos profissionais dos centros de atenção psicossocial de Santa Catarina, Brasil. *Saude e Sociedade*, 24(4), 1273–1284. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015136741>
- Ministério da Saúde. (2006). Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. In *Ministério da Saúde* (Vol. 414). <http://www.saude.gov.br/bvs>
- Miranda Neto, M. V., Leonello, V. M., & Oliveira, M. A. de C. (2015). Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(4), 586–593. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680403i>
- Onocko-Campos, R., Emerich, B. F., & Ricci, E. C. (2019). Multiprofessional residency in mental health: A theoretical framework for professional education. *Interface: Communication, Health, Education*, 23, e170813. <https://doi.org/10.1590/Interface.170813>

- Organización Panamericana de la Salud. (1997). Promoción de la salud: una antología. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 317–320. <https://doi.org/10.1590/s1135-57271997000300010>
- Pasini, V. L. (2012). *Residência multiprofissional em saúde : de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS* [Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul]. <http://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/713>
- Pernambuco, M. M. C. A. (2001). Quando a troca se estabelece. In Pontuschka, N. N. (Org.). *Ousadia no diálogo*. São Paulo: Edições Loyola.
- Pinheiro, R., & Mattos, R. (2006). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ.
- Portaria Interministerial nº1077, de 12 de novembro de 2009, Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União* 7 (2009). http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192
- Portaria nº1.111/GM, de 05 julho de 2005, Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1111_05_07_2005.html
- Rios, I. C. (2009). Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(2), 253–261. <https://doi.org/10.1590/s0100-55022009000200013>
- Saul, A. M., & Silva, A. F. G. da. (2011). O pensamento de Paulo Freire no campo de forças das políticas de currículo: a democratização da Escola. *Revista E-Curriculum*, 7(3). <http://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum>
- Silva, A. F. G. da. (2004). *A construção do currículo na perspectiva popular crítica das falas significativas às práticas contextualizadas* [Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. <http://tede2.pucsp.br/tede/handle/handle/22098>
- Surjus, L. T. de L. e S., Raggio, A. M. B., & Rosa, S. D. (2016). Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental: Narrativa da implantação no processo de desinstitucionalização do Município de Sorocaba (SP) - Brasil. *Tempus (Brasília)*, 10(4), 297–317. <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2000%0Ahttp://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2000/1731%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/gkyc8%0Ahttp://fi-admin.bvsalud.org/document/view/vk6sc>
- Westphal, M. F. (2017). Noção da saúde e prevenção de doenças. In Campos, G. W. S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec.

Nota sobre os autores

Maria Clara Santana Maroja - Doutora em Educação. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Paraíba (IFPB). <https://orcid.org/0000-0002-1392-8145>
E-mail: claramaroja@gmail.com.

Maria Neyrian de Fátima Fernandes - Doutora em Ciências. Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), Imperatriz, MA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0001-7626-9733>
E-mail: neyrian.maria@ufma.br

José Jailson de Almeida Júnior - Doutor em Educação Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Doutor em Educação. <https://orcid.org/0000-0001-7448-0703>
E-mail: jailsonjr@gmail.com

Recebido em: 21/04/2020
Aprovado em: 13/08/2020