

A PERSPECTIVA INTERPROFISSIONAL NA RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE HOSPITALAR

AN INTERPROFESSIONAL PERSPECTIVE IN THE INTEGRATED MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN HOSPITAL CARE

Alzira Maria Baptista Lewgoy^{1,2}, Raquel Nunes Machado², Thaís Faber², Marlise Iara Fagundes², Nadia Mora Kuplich²

RESUMO

Clin Biomed Res. 2019;39(1):58-68

1 Instituto de Psicologia, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, RS, Brasil.

2 Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e em área Profissional da Saúde, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente:

Alzira Maria Baptista Lewgoy
alewgoy@hcpa.edu.br
Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Ramiro Barcelos, 2600.
90035-000, Porto Alegre, RS, Brasil.

Introdução: Descrever a experiência em educação Interprofissional de um dos programas da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar na perspectiva da tutoria em um hospital-escola do sul do Brasil.

Métodos: Relato de experiência com residentes do Programa de controle de infecção sobre desenvolvimento de habilidades interpessoais e práticas colaborativas no trabalho em equipe, a partir do grupo de orientação interprofissional com familiares acompanhantes de pacientes portadores de bactérias multirresistentes.

Resultados: Inclusão do tema educação interprofissional no eixo teórico do Programa de controle de infecção para qualificação do serviço e dos residentes; vinculação de outros profissionais expandindo a ação colaborativa e educativa no atendimento às necessidades e direitos dos familiares e acompanhantes além de comparar o aumento do número de participantes no grupo com as taxas de adesão à higienização das mãos da equipe assistencial da unidade de internação.

Conclusão: A educação interprofissional na formação em serviço é estratégica para implementação de práticas colaborativas, de prevenção e de controle de infecções na afirmação dos princípios do SUS.

Palavras-chave: *Residência multiprofissional em saúde; tutoria; educação de pós-graduação; controle de infecção; relações interprofissionais*

ABSTRACT

Introduction: To describe an interprofessional education experience in one of the programs of the Integrated Multiprofessional Residency in Hospital Care from the perspective of mentoring in a teaching hospital in southern Brazil.

Methods: Residents reported their experience in the Infection Control Program, including the development of interpersonal skills and collaborative teamwork practices. They participated in the interprofessional guidance group with family members of patients with multidrug-resistant bacteria.

Results: The topic of interprofessional education was included in the theoretical axis of the Infection Control Program to qualify the service and residents. Other professionals were involved, thus expanding collaborative and educational action to meet the needs and rights of family members and caregivers. In addition, the increase in the number of participants in the group was compared to the rates of adherence to hand hygiene in the inpatient unit team.

Conclusion: Interprofessional education in in-service training is strategic for the implementation of collaborative prevention and infection control practices in accordance with SUS principles.

Keywords: *Multiprofessional residency in health care; mentoring; graduate education; infection control; interprofessional relations*

O hospital é uma estação pela qual circulam variados tipos de pessoas, portadoras de diferentes necessidades e momentos de suas vidas¹. O convite para percorrer esta estação é poder discorrer sobre as formas de trabalhar a interprofissionalidade e a integralidade no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde (COREMU), em um hospital público de ensino do sul do país, na ênfase de Controle de Infecção Hospitalar (CIH).

O eixo do cuidado na perspectiva da integralidade em saúde e o da educação interprofissional (EIP) compõem os conteúdos e as estratégias nos processos de tutoria de campo, considerando sua potência na formação em serviço. A experiência apresentada constitui-se em uma das atividades docentes de tutoria, cuja motivação está atrelada à possibilidade de reflexão sobre o que parecia ser considerado um obstáculo, constituindo-se em uma demanda de trabalho a partir do desvendamento da realidade (inter) profissionalmente. Quatro anos após o início das atividades do grupo de orientações sobre prevenção de infecções com familiares e acompanhantes de pacientes portadores de bactérias multirresistentes (BMR), foi identificada a necessidade de intervenção da tutoria de campo devido às dificuldades dos residentes no manejo da abordagem do trabalho coletivo, e à baixa adesão do público alvo. A abordagem a familiares e acompanhantes potencializa o cuidado em saúde, visto que a educação dos pacientes e familiares precisa focar no processo do cuidado, enfatizado no capítulo Instrução do paciente e da família, do Manual da *Joint Commission International*², programa internacional de segurança e qualidade de cuidados, em que está inserido o Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

A apreensão das concepções de educação e de trabalho em equipe interprofissional propiciou visibilidade ao escopo da tutoria de campo, tendo em vista que a educação interprofissional

[...] ocorre quando alunos ou membros de duas ou mais profissões aprendem com, a partir e sobre o outro para melhorar a colaboração e a qualidade do cuidado^{3,6},

para poder realizar o trabalho em equipe interprofissional envolvendo “[...] com competências complementares em práticas colaborativas visando objetivos comuns^{3,7}”.

Analisando a finalidade de um programa de residência multiprofissional, a complexidade crescente dos problemas de saúde e a necessidade de trabalhar mais efetivamente junto aos residentes na superação do modelo de formação fragmentado, isolado e pouco resolutivo, buscou-se ancorar a proposta de tutoria de campo na EIP. O presente artigo tem por objetivo relatar a experiência dos residentes do Programa de CIH sobre a intervenção da tutoria de campo no grupo de familiares e acompanhantes, um dos processos da formação em serviço, tendo em vista o fortalecimento da interprofissionalidade e da integralidade do cuidado na atenção em saúde.

PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Estão ancorados em categorias descritas a seguir que, vinculadas entre si e organicamente relacionadas, embora interdependentes, potencializaram a formação dos residentes.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Os programas de Residências Multiprofissionais (RM) difundidos no Brasil inserem-se como uma política pública que apresenta, em suas proposições, o comprometimento do trabalho integrado e dos princípios do Sistema único de Saúde (SUS) através da modalidade da formação em serviço, de acordo com o que é previsto pela legislação⁴ que cria o Programa de Residência para as demais profissões da saúde, exceto a área da medicina, em 1977.

As orientações para esta modalidade de formação estão em sintonia com as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação na Área da Saúde⁵, os quais recomendam o desenvolvimento de um processo educativo que habilite o pós-graduado a trabalhar em conjunto com outros profissionais da área de saúde, rompendo o cuidado fragmentado ao usuário, priorizando as necessidades de saúde da população e considerando a ação preventiva a partir de uma visão de cuidado integral e valores éticos e culturais. Assim, aparelham os profissionais da saúde para operarem em equipe de saúde multiprofissional.

Na experiência da Escola de Saúde Pública do Ceará, um estudo destaca dois desafios a que a RMS se depara ao integrar a educação e o trabalho interprofissional: a pouca ênfase dada ao currículo de núcleo e a interiorização sem a devida preparação dos preceptores⁶. Na faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, a formação interprofissional é componente central dos cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia e Odontologia⁷. Na experiência paraibana, a análise da multiprofissionalidade e da interprofissionalidade em uma residência hospitalar o trabalho do preceptor reflete sobre o processo de trabalho estabelecido, pois a residência foi capaz de trazer ferramentas que potencializaram o trabalho interprofissional e a integralidade do cuidado em saúde, em se tratando de atenção terciária, em um hospital-escola⁸. A experiência mineira de oficina de educação interprofissional, utilizada na abertura das atividades da residência multiprofissional possibilita a definição de papéis e a organização do processo de trabalho⁹.

A experiência belga¹⁰ em EIP é considerada um fator-chave para oferecer a alta qualidade de atendimento. Apesar dos resultados positivos, o desafio ainda é continuar educando os futuros prestadores de cuidados de saúde interprofissionalmente para alcançar aumento desse comportamento em relação a outros grupos profissionais. Na Nova Zelândia¹¹, a experiência com avaliação de um programa IPE evidenciou mudanças nas atitudes dos alunos membros de equipes interprofissionais, para gerenciar condições de doença de longo prazo, devido essa aprendizagem.

As Diretrizes Curriculares Nacionais constituem mudança paradigmática do processo de educação superior, de um modelo flexneriano, biomédico e curativo para outro, orientado pelo binômio saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, de uma dimensão individual para uma coletiva, de currículos rígidos - compostos por disciplinas fragmentadas, com priorização de atividades teóricas - para currículos flexíveis, modulares, dirigidos para a aquisição de um perfil e respectivas competências profissionais que estabelecem modernas metodologias de aprendizagem, habilidades e atitudes, além de diversos cenários de ensino¹².

Assim, um dos desafios é desenvolver, na formação em serviço, o que não foi praticado durante a formação na graduação¹³, bem como efetivar uma proposta de educação interprofissional junto aos profissionais residentes, cujo modelo de formação em saúde é uniprofissional, ou seja, com atividades educacionais que acontecem somente entre os estudantes de uma

mesma profissão, com iniciativas tímidas de EIP e voltadas a ações multiprofissionais¹⁴. Na experiência brasileira, registramos o estudo apreciativo crítico realizado com os preceptores do Hospital Universitário em Porto Alegre sobre Educação Permanente em Saúde (EPS) no contexto da residência multiprofissional em saúde. Identificaram-se como as melhores práticas desenvolvidas pelos preceptores, a consulta multiprofissional, o acolhimento dos residentes e as ações integradas entre as diferentes ênfases da Residência¹⁵. A pesquisa sobre as ações de EPS aponta que devem ser desenvolvidas por sujeitos comprometidos e envolvidos com a saúde pública e o SUS. A construção desse processo, um dos canais para a humanização e qualidade do atendimento pode favorecer não só o entendimento abstrato, mas também a compreensão ativa dos determinantes sociais do processo de adoecimento e condições de vida. Além disso, os trabalhadores da saúde têm possibilidade de estabelecer uma nova relação com o usuário dos serviços, a família e a comunidade, conseqüentemente, com o processo de construção social da saúde¹⁶.

RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

A COREMU do Hospital de Clínicas de Porto Alegre é uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*. Objetiva a especialização de profissionais por meio da formação em serviço, para atuar em equipe de saúde de forma multiprofissional. Conta com residentes de dez categorias profissionais: educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, e física médica que desenvolvem atividades práticas e teórico-práticas, nos diferentes serviços dos Programas de Residência, ênfases supervisionadas pelo Núcleo Docente - Assistencial-Estruturante (NDAE). Este núcleo é composto por representantes dos profissionais, que são: o coordenador do programa, o preceptor de núcleo, o tutor de campo, o docente e o residente.

Os Programas são orientados através de práticas multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de diferentes profissões, são elas: Adulto crítico, Atenção primária à saúde, Atenção cardiovascular, Atenção integral ao usuário de drogas, Controle de infecção hospitalar (CIH), Onco-hematologia, Saúde da criança, Saúde mental e Física médica. São oferecidas atividades teóricas como políticas públicas de saúde, gestão em saúde, metodologia de pesquisa, epidemiologia, corpo e cultura, bioestatística, bioética e seminário

de pesquisa, bem como atividades EaD. Em relação à estrutura administrativa, didático-pedagógica, e recursos humanos os dados abrangem de fevereiro de 2010 a fevereiro de 2018, ou seja, incluindo as oito (8) turmas de residentes (Quadro 1).

As CCIH são regidas pela Portaria nº 2616, de 12/05/1998¹⁷, desenvolvem ações de vigilância, prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência em saúde (IRAS) que devem ser adotadas em todos os estabelecimentos de assistência à saúde¹⁸. A CCIH do Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi instituída em 1973 e desenvolve ações transversais na Instituição sistematicamente em todas as unidades do hospital (assistenciais, de apoio e de diagnóstico).

A TUTORIA

O vocábulo tutoria não é um termo recente. O termo era usado no século XIII com o significado de guarda, protetor, defensor, curador¹⁹. Tutor designa o professor, um profissional que se preocupa em ensinar o aluno a “aprender a aprender”, principalmente na chamada Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL ou ABP), conforme atestam as literaturas americana e europeia. O tutor é considerado um guia, um facilitador que auxilia no processo de aprendizagem centrado no aluno²⁰.

Atualmente, no campo da medicina, designa-se tutor aquele que orienta a formação de profissionais já graduados atuantes no sistema de saúde. Nesse cenário, o tutor

[...] geralmente um médico mais experiente, além da competência clínica e da capacidade

de ajudar a aprender a aprender, precisa ter compreensão da prática profissional em sua essência e estimular o desenvolvimento pessoal^{21:367}.

Na Residência Multiprofissional em Saúde, a função de tutor é estruturada nas tutorias de núcleo e de campo, por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de três anos. Ambas as tutorias correspondem à atividade de orientação acadêmica voltada às discussões das atividades teóricas, teórico-prática e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes. A primeira vincula-se ao núcleo específico profissional, e a segunda ao campo do conhecimento integrando núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa²².

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

A educação em saúde é ferramenta fundamental no processo de conscientização individual e coletiva de responsabilidade e direitos à saúde, inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS. É uma prática transversal que proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema.

A EIP é capaz de melhorar a qualidade da atenção na saúde a partir do efetivo trabalho em equipe na perspectiva da prática colaborativa, porque concretiza processos de formação aos profissionais da saúde, proporcionando segurança ao paciente, redução de erros dos profissionais de saúde e de custos ao sistema de saúde²³. Estabelece-se quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros,

Quadro 1: Estrutura administrativa, didático-pedagógica e recursos humanos.

Início	2010
Duração	24 meses
Carga Horária	1.152 h. atividades teóricas e ou teórico-práticas 4.608 h. atividades práticas Total: 5.760 h
Jornada de Trabalho	60h semanais incluindo os plantões nos finais de semana e ou feriados
Total de Residentes	89 Residentes 48 R1 41 R2 (fev./2018)
Total de Tutores de Campo	14 Tutores (responsáveis de 6 a 8 residentes)
Total de Preceptores de Núcleo	66 Preceptores (responsáveis de 01 a 04 residentes)
Total de coordenadores de Programas	09 Coordenadores de Programas
Equipe do Programa de Residência Multiprofissional em saúde de Controle de Infecção.	08 Residentes 04 da Enfermagem (R1 e R2) 02 da Farmácia (R1 e R2) 02 do Serviço Social (R1 e R2) 03 Preceptores de Núcleos contratados do HCPA (01 Enfermagem, 01 farmácia, 01 Serviço Social); 01 Tutora de campo, docente da UFRGS; 01 Coordenador de Campo.

com os outros e entre si para possibilitar a efetiva colaboração e melhorar os resultados na saúde, o que envolve alunos de graduação e pós-graduação. A Organização Mundial de Saúde (OMS) reforça seu comprometimento com a EIP ao destacar a importância deste tipo de educação para desenvolver as habilidades necessárias à prática colaborativa e uma força de trabalho em saúde pronta para agir²⁴. No estudo do CAIPE, trabalhar em parcerias entre profissionais e/ou entre organizações, pessoas, famílias, grupos e comunidades é concepção designada à prática colaborativa³.

A prática colaborativa do Programa de CIH constituiu-se pelo trabalho em parceria, entre as profissionais residentes, a professora tutora, os preceptores de núcleo (farmácia, enfermagem, serviço social), pela ancoragem, continência e troca de informações e conhecimentos. Os profissionais da área administrativa e da enfermagem da Unidade atuaram na ação educativa onde ocorre o grupo de familiares, realizando convites, na divulgação semanal das oficinas, expandindo assim, o escopo de atuação. Destaca-se ainda, a acolhida, a reciprocidade e valorização da proposta dos residentes percebida pelo grupo de familiares e acompanhantes.

A EIP²⁵ decorre da complexidade e natureza multifacetada da saúde e das necessidades de assistência social dos pacientes, requerendo coordenação eficaz de serviços. Peduzzi et al.¹⁴ enfatiza que a EIP, base para o trabalho em equipe colaborativa, ainda está restrita a iniciativas recentes, merecendo estudo. O ensino da modalidade interprofissional, fortalece o trabalho em equipe, transformando práticas de saúde e visa colaboração entre os profissionais, com foco nas necessidades de saúde de usuários e população. Barr et al.²⁶ apresentam a essência da EIP em três focos sobrepostos: preparação individual para a colaboração, estímulo à colaboração entre o grupo e melhoria dos serviços e da qualidade do cuidado.

Estas concepções nortearam a tutoria de campo no trabalho formativo no Programa da CIH. Contudo, um dos desafios da formação para o trabalho em equipe interprofissional²³, é a resistência pois não há ruptura dos profissionais em relação ao modelo pautado na forte divisão do trabalho. Os profissionais continuam sendo formados separadamente para, no futuro, trabalharem juntos, tendo em vista

[...] a lógica e estrutura atual do ensino superior são obstáculos para a educação interprofissional. [...] a lógica da formação específica é muito forte e exerce importante influência na construção das identidades profissionais^{23:198}.

Outro desafio refere-se ao lugar do docente²⁷. Ao professor cabe ser mediador nas situações de aprendizagem ancoradas na EIP, que vão desde as experiências prévias, intencionalidade para o trabalho em grupo interprofissional, flexibilidade e criatividade para vivenciar situações de maneira compartilhada com os estudantes, até envolvimento e compromisso docente com a EIP²⁷. É importante abraçar a interprofissionalidade como estratégia de trabalho e de formação, indicando metas a serem alcançadas²³. O desafio é ainda maior ao se pensar em Residência Multiprofissional em ambiente hospitalar, onde a EIP otimiza a assistência integral prestada ao usuário, por meio da promoção de processos de formação pautados na prática colaborativa²³.

Na EIP, os profissionais aprendem de forma interativa sobre papéis, conhecimentos e competências dos demais profissionais. Nesse ponto exige pactuação entre os profissionais ao valorizar os conhecimentos e as contribuições que as diferentes profissões da saúde trazem ao cuidado do paciente²⁸.

Segundo Barr et al.²⁶, para que a EIP traga os ganhos esperados, deve contemplar três pressupostos envolvendo a preparação individual para a colaboração: a) o estímulo à colaboração entre os grupos; b) a melhora dos serviços; c) a qualidade do cuidado em saúde. Para além dos pressupostos teóricos sobre a eficácia da EIP e da prática colaborativa, é preciso avançar no fortalecimento de evidências que mostrem a efetividade dessa educação no cuidado em saúde²⁹.

Nessa direção, visualizou-se como estratégia potencializar a educação interprofissional com os residentes dos diferentes núcleos profissionais através da tutoria de campo, em cenários de aprendizagem junto aos familiares e cuidadores, possibilitando que a experiência em saúde se expressasse em ações planejadas, reflexivas, coletivas e colaborativas.

DESCRIÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato com base na experiência do processo de aprendizagem dos residentes do primeiro ano da RMS dos núcleos de enfermagem, farmácia e serviço social, no período de março de 2015 a março de 2016, sobre a intervenção da tutoria de campo aplicada ao grupo interprofissional de prevenção e orientação em controle de infecção. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é vinculado ao SUS e faz parte da rede de hospitais do MEC, ligado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. É um hospital público, geral e universitário, com 842 leitos de alta complexidade, prestando assistência de excelência, formando e agregando pessoas de alta qualidade. É certificado como

hospital de ensino pelos Ministérios da Educação e da Saúde e, em 2013, recebeu o selo de Acreditação Internacional pela *Joint Commission International Accreditation (JCI)*.

Para implantação de práticas exitosas e de qualidade, estratégias administrativas e educativas foram necessárias. Assim, uma ação de controle de infecção, em 2011, a CCIH modificou uma unidade de internação para acolher pacientes adultos com bactérias multirresistentes, estratégia adotada para a não disseminação dessas bactérias no ambiente hospitalar. O aumento da incidência de bactérias multirresistentes (BMR), representa um grande desafio aos hospitais que devem enfatizar a necessidade de adesão às medidas preventivas, como higienização de mãos e uso de barreiras (aventais e luvas)¹⁸.

Em 2011 foi criada por profissionais da CCIH uma abordagem grupal para orientar na prevenção e controle de BMR para familiares de pacientes internados nesta unidade. Em 2012, houve a inserção dos residentes e preceptores da RMS, parceiros na condução dos grupos junto ao serviço, e em 2015, a tutora de campo, exercida por uma docente, agregou-se a este processo, redimensionando a proposta na perspectiva de educação interprofissional.

O processo de tutoria de campo junto aos residentes alicerça-se pelo arcabouço teórico e pedagógico que ancora as diretrizes do SUS, pelos conteúdos teóricos e práticos da ênfase CIH, problematizando o modelo técnico assistencial e sugerindo estratégias para ampliação e compreensão da integralidade e pode ser sintetizados em dois momentos interdependentes e organicamente articulados:

- a) Tutorias de campo junto aos residentes das três áreas profissionais: Essa atividade deu suporte à proposta de EIP, por ser semanal e estruturada em conjunto com os residentes, que por serem núcleos profissionais distintos, convocou-nos a recuperar o conhecimento das particularidades e das experiências, trabalhando os aspectos subjetivos que envolvem a preparação individual e a colaboração entre os residentes no grupo. Para tanto, os residentes foram envolvidos no planejamento, na organização, na problematização e na avaliação sobre a EIP. Na medida em que os residentes passavam a ter clareza das suas atribuições (ensinar uns aos outros) e das atribuições no grupo de familiares movimentos necessários à integração, possibilitou-nos a organização dos temas e das dinâmicas desenvolvidas, e a apreensão do referencial teórico, permitindo um pensar sobre o que se faz e por que se faz, tendo em vista que é necessário, ao lidar com situações complexas, elaborar um plano flexível que considere

o imprevisto e dialogue com o inesperado, sem que isso obrigue os profissionais a abrirem mão dos objetivos traçados para as ações³⁰;

- b) Tutorias de campo junto aos residentes das três áreas profissionais na abordagem interprofissional com os familiares e acompanhantes. Estas atividades semanais constituíram-se num momento de supervisão docente assistencial por meio da participação semanal da tutora nas oficinas em saúde através da observação direta, das intervenções pontuais e do acompanhamento dos movimentos feitos pelos residentes na busca de práticas colaborativas. O grupo de orientação em controle de infecção objetiva trabalhar na perspectiva interprofissional tendo como base a educação em saúde, a fim de minimizar a disseminação de BMR na unidade especial, através do acesso à informação, da reflexão e troca de saberes e conhecimentos entre familiares, acompanhantes e a equipe do Programa de CIH (três residentes, uma tutora, esporadicamente um preceptor e um residente da área médica). Esta proposta educativa tem o intuito de aumentar a adesão às medidas de precaução de contato por parte dos familiares e esclarecer dúvidas em relação à BMR, bem como sobre a transmissão das BMR e os cuidados pós-alta. Destaca-se a higienização de mãos como a medida de precaução mais eficaz a ser realizada³¹, porém, para que efetivamente os familiares e/ou acompanhantes adotem esta medida, é necessário que todas as orientações e informações sejam transmitidas de forma clara, a fim de que sejam de fato compreendidas. Informar não é, e nem pode ser, simplesmente o ato de relatar ou recopiar fatos e dados; mais do que isso, é relacionar e interpretar diversos fatos sugestivamente. É refletir³².

Os encontros são realizados por meio de Oficinas em Saúde³³, ancorados na metodologia da problematização³⁴, na sala de reuniões da unidade de internação de cuidados especiais no andar onde os pacientes estão internados, totalizando entre o momento do convite e seu encerramento um período aproximado de 1h30min. Destaca-se que o número de oficinas realizadas cresceu gradativamente nos primeiros anos. Entre 2011-2014, ocorreram entre 06 e 11 encontros, em 2015 e 2016 ocorreram respectivamente 21 e 42 encontros.

A concretização das oficinas perpassa por um processo amplo que ocorrem em três momentos distintos, e organicamente articulados. O primeiro momento se efetiva através do convite aos participantes, realizado a todos os acompanhantes dos pacientes

em processo de internação na unidade de cuidado especial e se materializa em duas etapas distintas e complementares. A primeira ocorre no dia que antecede a oficina, momento em que as residentes comparecem no leito e realizam a entrega de um convite impresso onde consta data e horário e uma breve apresentação da oficina. A segunda se efetiva 30 minutos antes de iniciar a oficina, momento em que as residentes e o profissional administrativo da unidade retornam ao leito realizando um novo convite aos acompanhantes.

O segundo momento extraímos a experiência seguinte para ilustração. Inicialmente, é realizada uma sensibilização sobre o tema, tendo como referência o vídeo de dois minutos “Higiene de mãos – Tinta Verde”³⁵, que serve como um disparador para iniciar a conversa coordenada por uma das residentes, e partilhada pelas demais, através das seguintes indagações: o que mais chamou atenção de vocês neste vídeo? O que este vídeo tem a ver com as nossas vivências no hospital e em casa? Dessa maneira, as residentes iniciam a problematização, utilizando a técnica de clarificação, questionamento e sumarização³⁶. Esta atividade compõem os conteúdos verbalizados pelo grupo de familiares (vivências comunitárias e de internação relacionadas ao processo saúde/doença), os conteúdos técnico-científicos organizados pelas residentes os cuidados para prevenção e controle das bactérias multirresistentes durante a internação e pós-alta), bem como a postura técnica e política dos residentes na mediação da relação teórico-prática construída em cada abordagem grupal. A sumarização dos temas trabalhados é realizada durante a reunião após a reflexão de cada tema, ou no final do encontro por meio da síntese dos pontos discutidos na oficina. Esta técnica é desenvolvida por uma das residentes, mesmo sendo de todos atribuição de acompanhar o diálogo estabelecido no grupo, de verbalizar sintetizando o que foi dito, perguntado e respondido pelos familiares e residentes. Por fim, realiza-se a avaliação junto aos familiares por meio de uma pergunta aberta sobre a apreensão do tema: “O que você aprendeu junto ao grupo (residentes e familiares)?” As mensagens verbalizadas e ou escritas individualmente pelos participantes são registradas em uma folha de ofício A4, carimbada com o contorno de sua mão pintada de tinta têmpera. Ao término desta atividade todas as mensagens são organizadas, tabuladas e analisadas a partir da

técnica de Análise de Conteúdo³⁷, que se constitui: a) no recorte do conteúdo em unidades de registro, destacando as frases e comparando entre as frases o mesmo conteúdo semântico; b) estabelecimento de categorias que se diferenciam, tematicamente, nas unidades de registro (passagem de dados brutos para dados organizados). A formulação dessas categorias seguiu os princípios da exclusão mútua (entre categorias), da homogeneidade (dentro das categorias), da pertinência na mensagem transmitida (não distorção), da fertilidade (para as inferências) e da objetividade (compreensão e clareza); c) agrupamento das unidades de registro em categorias comuns. Os resultados desta intervenção são apresentados em forma de dados quantitativos e qualitativos e publicizados no boletim mensal do CIH que informa periodicamente à comunidade interna do Hospital de Clínicas de Porto Alegre suas atividades.

O terceiro momento, “Registro a Quente”³⁸ é uma técnica executada após a intervenção Interprofissional, (residentes e tutora), para avaliação discussão e reflexão sobre a condução do grupo, quanto aos sentimentos, posturas, conhecimento técnico-político e atravessamentos ocorridos. A atividade pós-oficina se constituiu em recurso fundamental no processo de interação grupal considerando as habilidades e competências a serem desenvolvidas na Residência, sendo possível trabalhar junto as residentes: clareza da linguagem, flexibilidade na condução do grupo, manejo quanto à sequência de conteúdos conforme a necessidades do grupo, utilização de técnicas adequadas e do uso de termos e suas analogias para compreensão do conteúdo pelos participantes, tolerância diante das situações conflituosas e das diferenças entre os residentes, atitude de respeito, de sinergia e integração, organização e distribuição de papéis e funções entre os residentes, alternâncias na coordenação, aprendizagem no desenvolvimento da dinâmica grupal, interação na comunicação, participação e capacidade de acolhimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto à proposta da Residência tendo como base a educação interprofissional protagonizada pela tutoria no desafio de desenvolver um processo formativo com diferentes profissões da saúde, obteve-se como resultado um saber comum com as contribuições dos diferentes núcleos profissionais, o que possibilitou aos residentes o conhecimento sobre as particularidades de cada profissão e a potencialização da abordagem grupal. Esse processo levou a reestruturação da forma como a abordagem para familiares de pacientes com BMR ocorria. Aquilo que, em um primeiro momento,

* Este vídeo foi feito por Seema Marwaha e a CICC no Hospital Geral de Toronto, University Health Network para incentivar a lavagem das mãos entre os prestadores de cuidados.

era realizado com o único objetivo de suprir uma demanda de trabalho, com a responsabilidade de um só profissional, passou, de forma colaborativa e integrada, ser um momento indispensável para a formação dos residentes, possibilitando também o fortalecimento dos direitos dos pacientes e familiares. No que se refere ao processo tutorial à vivência de práticas colaborativas e do trabalho em equipe, a interação das residentes para adesão dos participantes familiares ao grupo e, compondo com os dados quantitativos, o fortalecimento da tutoria e da residência no Programa do CIH, no que se refere ao trabalho integrado entre campo e núcleos, e compreensão sobre os princípios que regem a RIMS.

Os dados obtidos foram comparados com as taxas de adesão à higienização de mãos no mesmo período a fim de verificar se houve aumento nesta taxa após iniciarmos a estratégia do grupo de familiares na perspectiva de relações interprofissionais. Pudemos confirmar que em 2015 a média anual de adesão à higienização de mãos entre os profissionais da unidade foi de 65%, enquanto que a média em 2016 alcançou 77%.

Outro resultado foi à inserção das ações de educação em saúde com o grupo de familiares (indicadores qualitativos) no boletim mensal da CCIH que informa periodicamente à comunidade interna da instituição suas atividades e resultados. Esses indicadores são de duas categorias: aprendizado dos familiares sobre o conteúdo BMR e satisfação em participar do grupo. A sistematização destes dados propiciou a elaboração de instrumentos de aferição das mudanças que estavam sendo implementadas. De forma sistemática revisaram-se os registros em ata dos grupos realizados de 2011,

data em que a atividade foi iniciada pela CCIH, até 2016, evidenciando maior adesão à participação dos familiares, em 2015 (Gráfico 1).

A vinculação da equipe assistencial da Unidade de Internação no trabalho Interprofissional pode ser constatada nos profissionais envolvidos, bem como, nas competências a eles designadas. Na enfermagem o desenvolvimento do elo entre o paciente e seu familiar no período de internação e dessa forma estabelecer uma relação de confiança e vínculo, constituindo-se um canal de comunicação para as dúvidas dos familiares, após a realização do grupo, e interlocução mais efetiva com a CIH. O profissional administrativo ao realizar o convite para o grupo estimulou à participação dos familiares nas oficinas semanais e reforçou o contrato com a atividade de educação em saúde. Ainda de forma tímida, a participação do preceptor do núcleo profissional do Serviço Social, fortalecendo ao residente a proposta Interprofissional, já que o preceptor é um agente de ensino, devido ao seu conhecimento e interação prévia. No grupo, a participação do preceptor no período da experiência relatada foi pontual, em substituição a presença da tutora, estimulando a participação sistemática no ano seguinte.

As residentes que passaram por esse processo atestam que o aprendizado sobre o trabalho interprofissional ultrapassou o limite do trabalho no cuidado em saúde direcionado aos pacientes com BMR: foi transformador também para outras atividades de educação de profissionais, estudantes e pacientes, desenvolvidas como atividades da residência e que também serão levadas para a vida profissional. Evidencia-se que esta experiência é o resultado do processo de tutoria em sua totalidade (Figura 1), representação gráfica da avaliação das residentes.

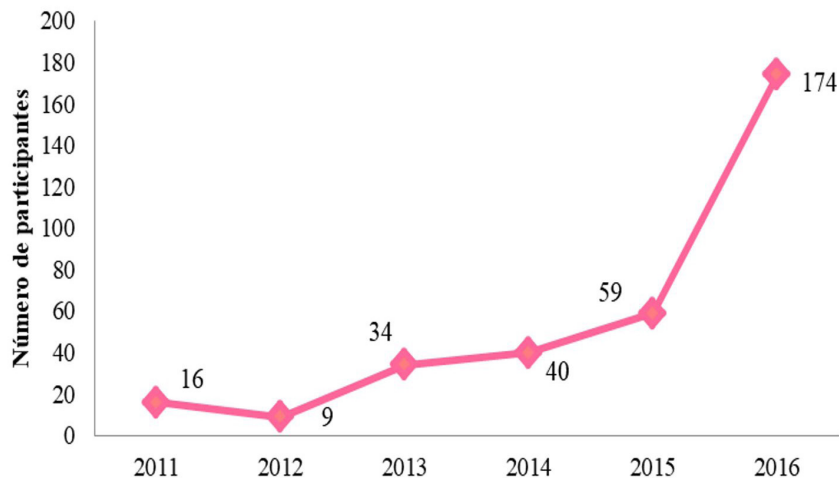


Gráfico 1: Número de participantes do grupo de orientações sobre prevenção de infecções a familiares de pacientes portadores de bactérias multirresistentes, 2011 a 2016.

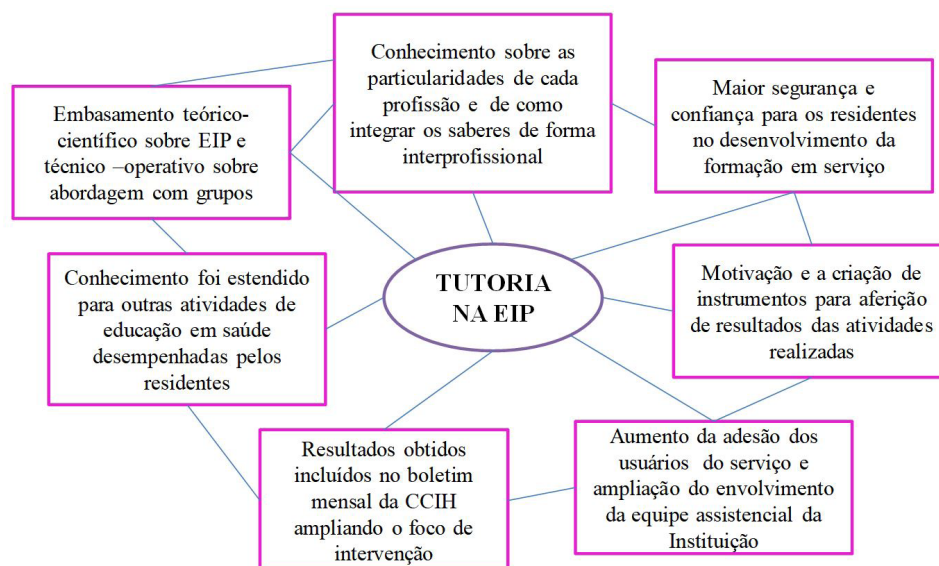


Figura 1: Resultados do processo de tutoria relatados pelos residentes.

CONCLUSÕES

A partir da descrição sobre o programa de CIH da Residência Multiprofissional em Saúde na perspectiva da educação interprofissional é possível avaliar que esta estratégia é importante na implementação das práticas colaborativas na prevenção e controle das infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), uma vez que o trabalho desenvolvido para o controle de infecção convoca-nos ao desenvolvimento de competências coletivas e de interação entre equipes. Considera-se que a tutoria de campo possibilitou o trabalho interprofissional colaborativo, ao privilegiar: a) nas supervisões acadêmicas assistenciais, o aprendizado entre os residentes, através do compartilhamento e do reconhecimento das potencialidades individuais e coletivas de cada profissão nas atividades teóricas e teórico-práticas no itinerário formativo; b) nas oficinas de orientação junto aos familiares e acompanhantes, permitindo que as residentes se reconhecessem em suas profissões e aprendessem sobre as outras, na medida em que eram desafiadas a responder aos questionamentos dos participantes, respeitando as particularidades profissionais, mantendo a interação na integralidade do cuidado; c) no Programa de Controle de Infecção, pela inclusão do módulo teórico da ênfase em EIP com supervisão de uma tutoria com experiência

em atividades de ensino e extensão envolvendo diferentes profissões da saúde, que estimulou a interação da equipe a dar continuidade a verificar sistematicamente os indicadores: taxa de BMR e adesão à higienização de mãos na unidade estudada.

E por fim, fica o desafio da perspectiva de educação interprofissional, neste hospital escola, para que esta experiência sirva de farol aos demais Programas da Residência Multiprofissional, vinculando preceptores dos núcleos profissionais, tutores e coordenação dos Programas em outras atividades junto aos profissionais, familiares e acompanhantes. É uma experiência que apesar de ser local, ela não se aplica somente ao contexto do HCPA, ela se aplica ao contexto do trabalho em equipe. Assim, entendemos que a experiência vai se tornar útil aos leitores, pelo relato da experiência do processo, o passo a passo de como isso acontece, que é pedagógico para outras equipes de saúde, ou seja, o conhecimento processual e as características da experiência são importantes para desencadeamento de outros processos.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram não ter conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Cecílio LCO, Merhy EE. Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2003. p. 197-210.
2. Joint Commission International. Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde.

- Padrões de Acreditação da Joint Commission Internacional para Hospitais*. 5. ed. Rio de Janeiro: CBA; 2014.
3. Barr H, Low H. *Introdução à educação interprofissional*. Reino Unido: CAIPE; 2013.
 4. Brasil. Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2005 Nov 4; nº 212, Seção 1, Página 112.
 5. Brasil. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial da União*. 2001 Nov 7. [citado 2017 Set 8]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/sesu/diretriz.htm>
 6. Miranda No MV, Leonello VM, Oliveira MAC. Residências Multiprofissionais em Saúde: análise documental de projetos políticos pedagógicos. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(4):586-93. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680403i>.
 7. Arruda GMMS, Barreto ICHC, Pontes RJSF, Antônio L. Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Tempus, Actas de Saúde Colet*. 2016;10(4):187-214.
 8. Araújo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e Interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residente e preceptores. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(62):601-13. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>.
 9. Camara AMCS. Oficina de Educação Interprofissional para a residência multiprofissional. *Cad Edu Saude e Fis*. 2014;1(1):27-34. <http://dx.doi.org/10.18310/2358-8306.v1n1p27>.
 10. Tsakitzidis G, Timmermans O, Callewaert N, Truijzen S, Meulemans H, Van Royen P. Participant evaluation of an education module on interprofessional collaboration for students in healthcare studies. *BMC Med Educ*. 2015;15(1):1-8. <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-015-0477-0>.
 11. Darlow B, Coleman K, McKinlay E, Donovan S, Beckingsale L, Gray B, et al. The positive impact of interprofessional education: a controlled trial to evaluate a programme for health professional students. *BMC Med Educ*. 2015;15(1):98. <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-015-0385-3>. PMID:26041132.
 12. Stella, RCR, Puccini RF. A formação profissional no contexto das Diretrizes Curriculares nacionais para o curso de medicina. In: Puccini RF, Sampaio LO, Batista NA, organizadores. *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social*. São Paulo: Unifesp; 2008. p. 53-69.
 13. Lopes EFS. A formação em serviço no programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HCPA [tese]. Porto Alegre(RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Educação; 2014.
 14. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(4):977-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>. PMID:24310699.
 15. Trivisio AC. Educação Permanente em Saúde no contexto da Residência Multiprofissional: estudo apreciativo crítico. 2017. [Tese]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre(RS): 2017.
 16. Sarreta FO. *Educação Permanente em Saúde para os trabalhadores do SUS*. São Paulo: UNESP; 2009. (Cultura Acadêmica). <http://dx.doi.org/10.7476/9788579830099>.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998. *Diário Oficial da União*. 1998. [citado 8 Set 2017]. Disponível em: <http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-n-2-616-de-12-de-maio-de-1998>
 18. Kuplich NM, Gastal SL, Deutschendorf C, Jacoby TS, Lovato CG, Konkewicz LR, et al. Política de prevenção da disseminação de germes multirresistentes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA*. 2011;31(1):80-9.
 19. General Medical Council. *The New Doctor — Recommendations on General Clinical Training*. London: General Medical Council; 2005 [citado 2016 Out 25]. Disponível em: <http://www.gmcuk.org> 49. Wright B. Clinical supervision. *Accid Emerg Nurs* 1993; 1: 181-182. 50.
 20. Goorapah D. Clinical supervision. *J Clin Nurs*. 1997;6(3):173-8. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.1997.tb00302.x>. PMID:9188334.
 21. Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Rev Bras Educ Méd*. 2008;32(3):363-73.
 22. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução 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*. 2012 Abr 16; Seção 1, Páginas 24 e 25. [citado 2018 Jan 28]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnms-n2-13abril-2012&Itemid=30192
 23. Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(56):197-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>.
 24. Organização Mundial da Saúde. *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS; 2010 [citado 2018 Jan 28]. p. 1-64. Disponível em http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20
 25. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(56):185-96. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>.
 26. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth DS. *Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence*. Oxford: Blackwell; 2005. <http://dx.doi.org/10.1002/9780470776445>.
 27. Batista NA, Batista SHSS. Educação interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(56):202-4. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0388>.

28. Zwarebstein M, Goldman J, Reeves S. effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(3):393-9.
29. Brandt B, Lutfiyya MN, King JA, Chioreso C. A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. *J Interprof Care.* 2014;28(5):390-9. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2014.906391>. PMID:24702046.
30. Moreira CFN. *O trabalho com grupos em Serviço Social: a dinâmica de grupo como estratégia para reflexão crítica.* 2. ed. São Paulo: Cortez; 2014.
31. World Health Organization. *WHO guidelines on hand hygiene in health care (Advanced Draft).* *Global patient safety challenge 2005-2006: "Clean care is safer care".* Geneva: WHO; 2006. [citado 2016 Nov 8]. 205 p. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/Last_April_versionHH_Guidelines%5b3%5d.pdf?ua=1.
32. Sarmento HBM. Instrumentos e técnicas em serviço social: elementos para uma discussão [dissertação]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1994.
33. Afonso MLM, organizador. Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.
34. Berbel NAN, organizador. Metodologia da problematização fundamentos e aplicação. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2014.
35. Chew F. O espirro (The sneeze) [Internet]. 2009 [citado 2016 Mar 20]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=defTJs6eO4A>
36. Lewgoy AMB, Silveira EC. A entrevista nos processos de trabalho do assistente social. *Rev Textos & Contextos.* 2007;6(2):233-51.
37. Bardin L. *Análise de conteúdo.* Lisboa: Edições 70; 2011.
38. Dell'aglio DD, Nardi HC, Seffner F, Silva RAS, Lewgoy AMB, Patias ND. *Violência e Preconceito na Escola.* Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Brasília: Ministério da Educação; 2015. p. 26. Relatório Final de Pesquisa.

Recebido: 29 out, 2018

Aceito: 29 abr, 2019