



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA –
DOUTORADO



Ana Paula de Sousa Silva Baquião

**Estratégias de Educação e Colaboração Interprofissional em programas de residência
em saúde**

Juiz de Fora
2023

Ana Paula de Sousa Silva Baquião

**Estratégias de Educação e Colaboração Interprofissional em programas de residência
em saúde**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito à obtenção do título de doutor em Psicologia da Saúde, por Ana Paula de Sousa Silva Baquião.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Coorientador: Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres

Juiz de Fora

2023

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Baquião, Ana Paula de Sousa Silva.

Estratégias de Educação e Colaboração Interprofissional em Programas de Residência em Saúde / Ana Paula de Sousa Silva Baquião. -- 2023.

171 p. : il.

Orientador: Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Coorientador: Rodrigo Sanches Peres

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2023.

1. Educação Interprofissional. 2. Práticas interdisciplinares. 3. Internato e Residência. 4. Cuidado Centrado no Paciente. 5. Pesquisa nos serviços de saúde. I. Rossi dos Santos Grincenkov, Fabiane, orient. II. Sanches Peres, Rodrigo, coorient. III. Título.

Ana Paula de Sousa Silva Baquião

**Estratégias de Educação e Colaboração Interprofissional em programas de residência
em saúde**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, como requisito à obtenção do título de doutor em Psicologia da Saúde, por Ana Paula de Sousa Silva Baquião.

Aprovada em ____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista
Universidade Federal de São Paulo

Dra. Oscarina da Silva Ezequiel
Faculdade Suprema Juiz de Fora

Dra. Claudia Helena Cerqueira Marmora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dra. Marina Monteiro de Castro e Castro
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico este trabalho ao meu esposo Miltinho, ao meu filho Bento e à Titita, que me deram suporte para a conclusão desta importante etapa em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por ter me dado saúde e otimismo para enfrentar os desafios ao longo da elaboração deste trabalho e do doutorado como um todo.

Agradeço imensamente à minha família pela força, pelo amor e pela compreensão essenciais para que meus objetivos pudessem ser alcançados. Agradeço em particular aos meus pais, Pedro e Ana, pelo exemplo de honestidade, luta e determinação para me oportunizarem o estudo ao qual não tiveram acesso.

Agradeço especialmente ao meu marido Miltinho, por sempre estar ao meu lado, me apoiando incondicionalmente, e por acreditar nos meus sonhos; ao meu filho Bento, que, apesar de tornar meu tempo mais curto, me deu força, coragem e alegria para vencer mais uma etapa em minha vida;

Agradeço à Titita (Ana Cristina), nossa “anja”, que me proporcionou conforto e serenidade para eu conseguir me dedicar ao trabalho, pois sempre cuidou do meu filho como se fosse seu, além de ser uma excelente e respeitosa parceira com quem dividi grande parte do meu tempo, da minha família e da minha casa.

Agradeço às minhas amigas Érica, Luiza, Mariana, Kelly, Simone, Laís, Laiana e Fernanda, que me proporcionaram momentos de muita distração e felicidade para lidar com os desafios que surgiram ao longo do caminho; e aos amigos do NUIPSO, mestrands, doutorandos e discentes, pelo compartilhamento de saberes e apoio constante. De modo especial, agradeço aos bolsistas e auxiliares de pesquisa Leonardo, Leila, Bruna e Eduarda, que me apoiaram ativamente nos momentos de desespero e medo e compartilharam dos momentos de alegria e vitória.

Agradeço à parceria com a amiga e professora Cyntia, que me apoiou e ensinou muito do que desenvolvi neste trabalho. Aos colaboradores Roberta, Keila e Lydsson que nos momentos de dúvidas contribuíram com seus conhecimentos e ensinamentos.

Agradeço à minha orientadora Fabiane Rossi dos Santos e ao meu coorientador Rodrigo Sanches Peres, que apostaram na relevância deste estudo e aceitaram a parceria. Obrigada pelo carinho, pelos ensinamentos e pela confiança no meu trabalho, que me sustentaram nos momentos de desânimo e insegurança.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e a todos os professores pelas contribuições e aprendizado; à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo fomento através da concessão de bolsa de estudos; à coordenação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UFJF e do UFU, pela parceria e

pelo apoio dados à pesquisa; aos residentes participantes, que contribuíram com seu olhar crítico e acreditaram neste estudo como uma ferramenta de reflexão e incentivo a uma formação profissional em saúde e uma assistência pública mais integradas e interprofissionais; e às integrantes da banca, Sylvia Batista, Claudia Mármora e Marina Casto, que aceitaram prontamente a tarefa de avaliar o presente trabalho, oferecendo valiosas contribuições e ensinamentos.

Agradeço a todos os meus amigos que, de perto ou de longe, torceram por mim.

Por fim, agradeço àqueles que inspiraram e contribuíram direta e/ou indiretamente para a realização desta pesquisa.

RESUMO

A Educação Interprofissional é vista como uma potente ferramenta no aperfeiçoamento da formação dos profissionais de saúde. Os programas de residência, que exercem um importante papel no fomento de estratégias de ensino e atuação colaborativa, são alguns dos seus mais notórios representantes. Com o objetivo de identificar, compreender e avaliar conhecimentos e práticas interprofissionais dos residentes em Programas de Residências em Saúde, a presente pesquisa foi organizada em dois estudos. O Estudo I objetivou compreender os efeitos de uma intervenção grupal realizada com residentes em programas de atenção hospitalar sobre as estratégias de aprendizagem colaborativa para o desenvolvimento de competências interprofissionais. O Estudo II avaliou a prontidão e as atitudes de residentes vinculados a programas de residência em diferentes níveis de atenção em saúde quanto à aprendizagem conjunta e às habilidades e experiências interprofissionais. Participaram do Estudo I nove residentes vinculados a três programas: dois programas médicos e um multiprofissional. O estudo se constituiu de uma intervenção em grupo e uma entrevista semiestruturada, ambas gravadas, transcritas integralmente e analisadas qualitativamente via Análise de Conteúdo de Bardin (2016). Como resultado, foram observados uma escassez de espaços de compartilhamento dos conhecimentos e das práticas colaborativas em saúde e um desconhecimento das competências interprofissionais, bem como uma impossibilidade de efetivá-las nos espaços de trabalho em equipe. Já do Estudo II participaram 39 residentes vinculados a cinco programas: dois programas médicos e três multiprofissionais. O estudo foi realizado de maneira remota, através da ferramenta Google Forms. Os participantes realizaram o autopreenchimento de escalas de medida cujo intuito era avaliar suas percepções, atitudes e habilidades interprofissionais. Os resultados foram analisados por meio de uma abordagem quantitativa e correlacional. Foi observado que, apesar de os participantes se considerarem disponíveis para aprendizagens conjuntas e detentores de boas habilidades para o trabalho em equipe, as experiências interprofissionais efetivas são escassas. Além disso, foram encontradas correlações positivas entre a aprendizagem colaborativa e o trabalho em equipe, entre as habilidades interprofissionais e o papel das residências e, ainda, entre essas habilidades e a busca de apoio e colaboração entre os profissionais. Conclui-se que a pesquisa-intervenção proporcionou a criação de um espaço de troca e de integração entre residentes no qual foi possível problematizar as estratégias e os obstáculos para a implementação da Educação Interprofissional. A pesquisa também possibilitou aprimorar o desenvolvimento das competências interprofissionais e fomentar a produção de estudos-intervenção que visem à difusão de um novo perfil profissional em saúde. Evidenciou-se, por fim, o papel desempenhado pelas residências no fortalecimento das estratégias de aprendizagem colaborativa, apesar de elas ainda não garantirem a vivência interprofissional nos espaços de trabalho.

Palavras-chave: Educação Interprofissional. Práticas interdisciplinares. Internato e Residência. Cuidado Centrado no Paciente. Pesquisa nos serviços de saúde.

ABSTRACT

Interprofessional Education is seen as a powerful tool for improving the training of health professionals. Residency programs, which play an important role in promoting strategies for teaching and collaborative performance, are some of its most notorious representatives. With the aim of identifying, understanding and evaluating the knowledge and interprofessional practices of residency program residents, the current research was organized into two studies. Study I aimed to comprehend the effects of a group intervention conducted with residents in hospital care programs on collaborative learning strategies for the development of interprofessional competencies. Study II assessed the readiness and the attitudes of residents from residency programs at different levels of health care with regards to group learning and interprofessional skills and experiences. Nine residents from three programs participated in Study I; two of these programs were medical and the other was multiprofessional. The study consisted of a group intervention and a semi-structured interview, both of which were recorded, transcribed in their entirety and qualitatively analyzed with Bardin's Content Analysis (2016). As a result, it could be noted that there is a lack of spaces for sharing knowledge and collaborative health practices and an ignorance of interprofessional competencies, as well as an impossibility to implement them in team workspaces. In Study II, the participants were 39 residents from five programs: two medical programs and three multiprofessional ones. The study was conducted remotely via the Google Forms tool. The participants filled measuring scales whose goal was to evaluate their interprofessional perceptions, attitudes and skills. The results were analyzed under a quantitative and correlational approach. It was noted that, even though the participants perceived themselves to be available for joint learning and to have good teamwork skills, interprofessional experiences are scarce. Furthermore, positive correlations were found between collaborative learning and teamwork, between interprofessional skills and the role of residencies, and also between those skills and the search for support and collaboration among professionals. It is concluded that the intervention-research promoted the creation of a space for exchange and integration among the residents in which it was possible to problematize the strategies and obstacles to the implementation of Interprofessional Education. The research also allowed for an improvement in the development of interprofessional competencies and an encouragement of the production of new intervention-studies that aim to spread a new health professional profile. The role played by the residencies in the strengthening of collaborative learning strategies was also demonstrated, although they still do not guarantee interprofessional experience in the work spaces.

Keywords: Interprofessional Education. Interdisciplinary Practices. Internship and Residency. Patient-Centered Care. Research on Health Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Os quatro princípios do cuidado centrado na pessoa	45
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos participantes – Estudo I	34
Tabela 2 – Dados acadêmicos e profissionais dos participantes – Estudo I.....	35
Tabela 3 – Dados sociodemográficos dos participantes – Estudo II	36
Tabela 4 – Dados acadêmicos e profissionais dos participantes – Estudo II	37
Tabela 5 – Programação dos encontros	40
Tabela 6 – Escala de Prontidão para o Aprendizado Interprofissional (RIPLS)	61
Tabela 7 – Média dos escores da escala RIPLS conforme curso de graduação	65
Tabela 8 – Média dos escores da escala RIPLS conforme tempo de residência	66
Tabela 9 – Média dos escores da escala RIPLS conforme tipo de programa de residência	66
Tabela 10 – Escala Atitudinal para a Formação do Trabalho em Equipe na Residência Multiprofissional – EAFTE.....	67
Tabela 11 – Média dos escores da escala EAFTE conforme curso de graduação.....	69
Tabela 12 – Média dos escores da escala EAFTE conforme tempo de residência	69
Tabela 13 – Média dos escores da escala EAFTE conforme programa de residência	70
Tabela 14 – Escala de Percepção da Experiência Interprofissional (IEPS)	70
Tabela 15 – Média dos escores da escala IEPS conforme curso de graduação.....	73
Tabela 16 – Média dos escores da escala IEPS conforme tempo de residência.....	74
Tabela 17 – Média dos escores da escala IEPS conforme programa de residência	74
Tabela 18 – Escala de Habilidades de Equipe – TSS	75
Tabela 19 – Média dos escores da escala TSS conforme curso de graduação	78
Tabela 20 – Média dos escores da escala TSS conforme tempo de residência	78
Tabela 21 – Média dos escores da escala TSS conforme tipo de programa de residência..	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

B	Bom
C	Concordo
CAIPE	<i>Center for the Advancement of Interprofessional Education</i>
CCP	Cuidado Centrado no Paciente (Pessoa)
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CF	Concordo Fortemente
CIHC	<i>Canadian Interprofissional Health Collaborative</i>
COREME	Comissão de Residência Médica
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
CP	Concordo Parcialmente
CT	Concordo Totalmente
D	Discordo
DF	Discordo Fortemente
DP	Discordo Parcialmente
DT	Discordo Totalmente
EAFTE	Escala Atitudinal para a Formação do Trabalho em Equipe
EIP	Educação Interprofissional
Ex	Excelente
F1	Fator 1
F2	Fator 2
F3	Fator 3
HU/UFJF	Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora
I	Indeciso
IEPS	Escala de Percepção da Experiência Interprofissional
IEPS	<i>Interdisciplinary Education Perception Scale</i>
JF	Juiz de Fora
MB	Muito Bom
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial da Saúde
PET Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
PRIMAH	Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar

PRM	Programas de Residência Multiprofissional e Médica
PRMCM	Programa de Residência Médica em Clínica Médica
PRMGO	Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia
PRMP	Programa de Residência Médica em Pediatria
PRMS	Programas de Residência Multiprofissional em Saúde
PRMSA	Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto com Ênfase em Doenças Crônico-degenerativas
PRMSF	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
PRMSM	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental
R	Ruim
ReBETIS	Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde
RIPLS	Escala de Prontidão para o Aprendizado Interprofissional
RIPLS	<i>Readiness for Interprofessional Learning Scale</i>
RMSs	Residências Multiprofissionais em Saúde
Rz	Razoável
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSS	Escala de Habilidades de Equipe
TSS	<i>Team Skills Scale</i>
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
3 REVISÃO DA LITERATURA	20
4 MARCO TEÓRICO.....	21
5 MÉTODO	22
5.1 ESTUDO I.....	22
5.2 ESTUDO II.....	28
6 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES – ESTUDO I E II.....	34
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO – ESTUDO I	40
7.1 INTERVENÇÃO EM GRUPO	40
7.1.1 Primeiro encontro.....	41
7.1.2 Segundo encontro	43
7.1.3 Terceiro encontro	47
7.1.4 Quarto encontro.....	50
7.2 ENTREVISTA COMPLEMENTAR	52
7.2.1 Estrutura dos encontros.....	52
7.2.2 Estratégia dos encontros	53
7.2.3 Reverberações dos encontros na prática profissional	55
7.2.4 Futuras pesquisas	59
8 RESULTADOS E DISCUSSÃO – ESTUDO II.....	61
8.1 PRONTIDÃO PARA A APRENDIZAGEM INTERPROFISSIONAL	61
8.2 PAPEL DA RESIDÊNCIA NAS ATITUDES PARA A APRENDIZAGEM E PRÁTICA INTERPROFISSIONAL	66
8.3 PERCEPÇÃO DA EXPERIÊNCIA INTERPROFISSIONAL	70
8.4 HABILIDADE PARA O TRABALHO EM EQUIPE INTERPROFISSIONAL	74
8.5 CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS RELACIONADAS À INTERPROFISSIONALIDADE	78
8.6 DISCUSSÃO.....	79
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83

REFERÊNCIAS	86
APÊNDICE I – Artigo: Educação Interprofissional em Saúde: Revisão Integrativa da Literatura Brasileira (2008-2018)	95
APÊNDICE II – Capítulo de Livro: Educação Interprofissional para o Trabalho Colaborativo em Saúde	110
APÊNDICE III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Estudo 1	130
APÊNDICE IV – Questionário Sociodemográfico, Acadêmico e Profissional	132
APÊNDICE V – Entrevista semiestruturada	133
APÊNDICE VI – Ementa, Conteúdo Pragmático e Cronograma da Intervenção	136
APÊNDICE VII – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Estudo II	140
APÊNDICE VIII – Artigos de Resultado Qualitativo	142
ANEXO I – Declaração de Infraestrutura e Concordância Residência Multiprofissional	153
ANEXO II – Escala de Prontidão para o Aprendizado Interprofissional – RIPLS	154
ANEXO III – Escala atitudinal para a formação do trabalho em equipe na residência multiprofissional – EAFTE	156
ANEXO IV – Escala de Percepção da Educação Interdisciplinar – IEPS	158
ANEXO V – Escala de Habilidades em Equipe – TSS	161
ANEXO VI – Parecer de Aprovação CEP	162
ANEXO VII – Parecer complementar do CEP	167

1 INTRODUÇÃO

No contexto brasileiro, o debate sobre o trabalho em equipe na saúde foi preconizado desde o movimento da Reforma Sanitária, em especial durante o processo de criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição de 1988 (SHIKASHO, 2013). Embora tal debate não seja, portanto, recente, a inclusão dos termos “Educação Interprofissional” e “Colaboração Interprofissional” nas discussões de saúde ocorreram principalmente nas duas últimas décadas, através de tímidas iniciativas, em sua maioria de caráter extracurricular de pós-graduação, como as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMSs) e os projetos PRO-Saúde e PET-Saúde (COSTA *et al.*, 2018; BAQUIÃO *et al.*, 2017; DIAS *et al.*, 2016)

O primeiro conceito de Educação Interprofissional (EIP) foi desenvolvido pelo *Center for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE), do Reino Unido, em 2002. Posteriormente, em 2010, foi replicado pela OMS, e até hoje é o mais difundido. De acordo com essa conceituação, a EIP ocorre quando dois ou mais profissionais aprendem um com o outro, um a partir do outro e um sobre o outro, em uma busca por melhorar a colaboração entre os profissionais e a qualidade do cuidado em saúde (WHO, 2010). Uma definição mais recente, elaborada por Revens (2016), descreve a EIP como “uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos de modo interativo para melhorar a colaboração e qualidade da atenção à saúde” (p. 185). Esta definição leva em consideração a contribuição das metodologias ativas para o fortalecimento da atuação interprofissional colaborativa e reforça a centralidade do usuário no cuidado.

Dois importantes marcos evidenciam a relevância da interprofissionalidade na formação profissional e nos espaços de trabalho em saúde: a) o Plano Nacional para Implementação da Educação Interprofissional – Biênio 2017-2018, articulado pelo Ministério da Educação, pelas Instituições de Ensino Superior e pela Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS); e b) o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET Saúde/Interprofissionalidade, de 2018. O primeiro marco tem o intuito de organizar linhas de ação para o fortalecimento e levantamento de iniciativas de Educação Interprofissional (EIP) no Brasil, a divulgação e a produção de conhecimento sobre EIP e a inserção da EIP nos espaços de Educação Permanente em Saúde. O segundo marco tem por objetivo formar profissionais mais aptos para o trabalho colaborativo em saúde, promover o desenvolvimento docente e articular mudanças curriculares em todos os cursos de graduação

da área da saúde e a ela relacionados, com base na interprofissionalidade e nas práticas de Educação Permanente (COSTA *et al.*, 2018).

Adicionalmente, o Centro Nacional de Saúde Interprofissional Colaborativo Canadense, ou *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC, 2010), reconhece a EIP e as práticas colaborativas como meios de proporcionar resultados melhores aos usuários de saúde, por meio do desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e valores necessários ao trabalho em equipe. Ela é apontada como uma potente ferramenta no aperfeiçoamento da formação dos profissionais de saúde, pois valoriza as ações de colaboração entre as áreas profissionais e permite repensar a competição e a fragmentação do ensino e da atuação profissional (MIRANDA NETO, LEONELLO, OLIVEIRA, 2015).

Inserida nesse contexto, esta pesquisa almeja identificar, compreender e avaliar conhecimentos e experiências interprofissionais de residentes em Programas de Residências em Saúde, a partir de dois Estudos. O Estudo I buscou entender os impactos de uma intervenção em grupo direcionada a residentes vinculados a três programas (um multiprofissional e dois médicos) de atenção hospitalar, com foco na Educação Interprofissional e no desenvolvimento das competências interprofissionais. O Estudo II, por sua vez, avaliou a prontidão e as atitudes de um número mais abrangente de residentes vinculados a residências em saúde de diferentes níveis de atenção quanto à aprendizagem conjunta e às habilidades e experiências interprofissionais necessárias ao trabalho em equipe.

As políticas, pesquisas e estratégias de EIP no país exercem um papel fundamental na consolidação dos princípios do SUS. Elas possibilitam o desenvolvimento de um novo perfil profissional e de mudanças do cenário atual de formação profissional em saúde; além disso, contribuem para a produção da atenção integral ao usuário, apresentando a pessoa na centralidade do cuidado, bem como considerando o contexto e a realidade do cotidiano dos serviços de saúde. Nesse sentido, o presente trabalho se justifica pela necessidade de desenvolvimento e fortalecimento de pesquisas que demonstrem a importância de se divulgar, executar e valorizar estratégias de EIP e de práticas colaborativas nos espaços de formação e atenção em saúde brasileira.

A escolha por esse público-alvo (residentes de programas médicos e interprofissionais) se deu em decorrência da importância de dar continuidade e aprofundamento aos resultados obtidos na dissertação de mestrado da pesquisadora, também desenvolvida com a participação de residentes multiprofissionais. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) têm como característica fundamental a aprendizagem e atuação compartilhada entre as categorias profissionais em prol do desenvolvimento de um trabalho humanizado e integral

para os usuários do serviço. Contudo, são observados diversos entraves para a sua efetivação, por exemplo: o modelo de formação profissional ainda marcado pela aprendizagem e atuação uniprofissional, medicalocêntrica e fragmentada; e o distanciamento entre profissionais da área médica e os das demais áreas da saúde. Isto posto, faz-se indispensável o desenvolvimento de estratégias de ensino para que as práticas e competências colaborativas se concretizem na rotina de trabalho em saúde, sobretudo no cenário hospitalar. Além disso, ainda são precisas mais problematizações e medidas que visem à horizontalização das relações entre os profissionais da saúde, em um movimento que busque valorizar todos os saberes profissionais, de modo a serem vistos como complementares e não sobrepostos (BAQUIÃO *et al.*, 2016).

A partir dos aspectos citados, deve-se questionar se e até que ponto as formações profissionais em saúde possibilitam o desenvolvimento das competências interprofissionais para além das especialidades de cada profissional, se os Programas de Residência Multiprofissional e Médica (PRMS e PRM) se configuram como cenários de EIP e práticas colaborativas e como são desenvolvidas as práticas de aprendizagem compartilhadas nesses programas. Também é importante indagar se há algum espaço de integração e/ou diálogo entre os PRMS e PRM e quais dimensões potencializam as práticas colaborativas nos/entre PRMS e PRM.

É nesse cenário que se constroem as questões norteadoras do presente estudo: (i) os residentes na área da saúde apresentam disponibilidade para a aprendizagem interprofissional e o desenvolvimento de práticas (competências) colaborativas? (ii) existem diferenças na prontidão, nas habilidades e nas atitudes interprofissionais dos residentes com relação à categoria profissional, ao tempo de residência e ao programa vinculado – ou seja, há diferentes perfis de residentes a depender da categoria profissional, do tempo de participação na residência ou, ainda, do tipo de programa?

Nossa hipótese é a de que os PRMS e PRM vêm buscando abrir caminho para o diálogo entre os profissionais e para o desenvolvimento de ações em saúde mais integralizadas. Entretanto, ainda se mantém o olhar fragmentado e especializado em relação ao cuidado do usuário, sendo baixas a prontidão e as atitudes dos residentes para com a aprendizagem e a colaboração interprofissionais em saúde, em especial por parte dos profissionais médicos.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Identificar, compreender e avaliar conhecimentos e práticas interprofissionais dos residentes em programas de residência em saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

ESTUDO I

- i. Compreender os efeitos de uma intervenção grupal, com residentes em programas de atenção hospitalar, nas estratégias de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento de competências interprofissionais no trabalho em equipe.
- ii. Compreender as habilidades e atitudes que qualificam os profissionais da saúde para o desenvolvimento da colaboração interprofissional;
- iii. Entender os entraves e os caminhos para a efetivação da aprendizagem conjunta e da prática colaborativa.

ESTUDO II

- i. Avaliar se há diferença na disponibilidade e nas atitudes quanto à aprendizagem conjunta e à percepção de habilidades e experiências interprofissionais relacionadas à categoria profissional, ao tempo de residência e ao tipo programa.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Com o intuito de estabelecer um panorama da produção científica nacional relativa à Educação Interprofissional (EIP) no campo da saúde, foi empreendida uma revisão da literatura a respeito, já publicada (Apêndice I), com foco nas pesquisas desenvolvidas junto a pós-graduandos ou profissionais de saúde ao longo de uma década (2008-2018). As bases de dados consultadas foram MEDLINE, LILACS, SciELO-Brasil e Scopus, que compuseram o corpus de análise 31 referências, as quais foram examinadas segundo um conjunto de dimensões analíticas. Como resultado da pesquisa bibliográfica, constatou-se que a maioria das publicações encontradas eram datadas dos últimos cinco anos, vinculadas a pesquisadores de universidades públicas, desenvolvidas com desenho metodológico qualitativo, voltadas à prática profissional e realizadas com a participação de profissionais da atenção primária em saúde. Conclui-se que as estratégias de EIP devem ser fortalecidas e ampliadas em território nacional, uma vez que representam uma importante ferramenta de efetivação da integralidade das ações e dos serviços de saúde.

4 MARCO TEÓRICO

Ainda como parte do referencial teórico da pesquisa, foi elaborado um capítulo de livro (Apêndice II), em parceria com a Profa. Dra. Cyntia Corrêa Pace Schmitz, que almejou colaborar com as discussões contemporâneas acerca do debate da interprofissionalidade, tanto do ponto de vista da formação quanto do trabalho em saúde. Foi apresentado e discutido o painel publicado pela *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) em 2010, o qual evidencia seis domínios de competências interprofissionais necessárias para aprimorar o trabalho em equipe e construir um cuidado mais efetivo em saúde. As competências são: (i) a comunicação interprofissional; (ii) o cuidado centrado no paciente/família/comunidade; (iii) a clarificação de papéis; (iv) o funcionamento da equipe; (v) a liderança colaborativa; e (vi) a resolução de conflitos interprofissionais. Quando esses seis aspectos são observados e o aprendizado é realizado em conjunto e de forma colaborativa, existe a possibilidade de um trabalho mais eficiente e seguro para os pacientes.

5 MÉTODO

5.1 ESTUDO I

a) DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de intervenção utilizando abordagem de análise qualitativa.

b) CENÁRIO DO ESTUDO

Fizeram parte do Estudo I os programas de residência multiprofissional em atenção hospitalar e de residência médica vinculados à Unidade Santa Catarina do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), a saber: Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar (PRIMAH), Programa de Residência Médica em Pediatria (PRMP), Programa de Residência Médica em Clínica Médica (PRMCM) e Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia (PRMGO).

Para compreender melhor o cenário dos programas de residência, é importante deixar claras as suas características principais. Em primeiro lugar, o processo de ensino e aprendizagem dos programas escolhidos é desenvolvido ao longo de dois anos, prioritariamente nos serviços hospitalares do HU/UFJF. Além disso, todos eles compartilham de uma mesma proposta de carga horária de 2.880 horas por ano, distribuídas em 60 horas semanais. As atividades teórico-práticas compõem de 10% a 20% dessa carga horária, e o restante é destinado às atividades práticas de formação em serviço (UFJF, 2013a e 2013b ...). Ingressam anualmente 17 residentes multiprofissionais no PRIMAH, sendo sete farmacêuticos (quatro residentes em Análise Clínica e três residentes na área de Farmácia Hospitalar), dois enfermeiros, dois fisioterapeutas, dois nutricionistas, dois psicólogos e dois assistentes sociais. Já nos Programas Médicos, ingressam anualmente vinte 20 residentes, dentre os quais oito são residentes no PRMCM, sete no PRMP e cinco no PRMGO, perfazendo um total de 37 residentes por ano.

Observa-se que os programas se estruturam como uma das estratégias potenciais na formação e no desenvolvimento de práticas profissionais a partir dos preceitos constitucionais do SUS. Eles valorizam as atividades práticas enquanto proposta metodológica, buscando um processo de conhecimento que integre ensino/serviço, o que vai ao encontro das diretrizes da Educação Interprofissional. Entretanto, a maneira como cada Programa de Residência é configurada – com suas particularidades, horários e cronogramas específicos –,

principalmente entre os programas médicos e multiprofissionais, evidencia a carência de espaços de aprendizagem conjunta e de compartilhamento e integração das práticas profissionais.

c) PARTICIPANTES

Fizeram parte do estudo, pela facilidade de acesso da equipe de pesquisa, residentes vinculados a três programas de residência em saúde de um hospital universitário público, quais sejam: PRIMAH, PRMP, PRMGO. A princípio, foram considerados elegíveis os residentes do primeiro ano. Porém, um residente de segundo ano, que tomou conhecimento da intervenção através de outros residentes, também foi autorizado a participar. A equipe de pesquisa tomou essa decisão levando em conta que o setor de trabalho do referido residente se planejou para viabilizar sua participação. Foram excluídos da pesquisa os participantes que, por algum motivo, não puderam participar do primeiro encontro interprofissional, momento em que foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice III). Também o foram aqueles cuja frequência foi inferior a 75% nas atividades propostas pelo estudo. Por fim, o estudo contou com nove participantes no total, sendo seis vinculados ao PRIMAH, dois ao PRMGO e um ao PRMP. Dos seis residentes multiprofissionais, dois eram fisioterapeutas, um era psicólogo, um era farmacêutico, um era nutricionista e um era assistente social.

d) INSTRUMENTOS

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário sociodemográfico, acadêmico e profissional (Apêndice IV): elaborado pela pesquisadora, almejou a caracterização dos participantes do estudo, além de permitir a realização de um pequeno levantamento acerca do conhecimento sobre a EIP e das experiências dos participantes com ela.
- Entrevista semiestruturada (Apêndice V): originou-se da necessidade de buscar estratégias que visassem a minimizar os impactos provocados pela pandemia sobre a pesquisa-intervenção presencial. O objetivo da entrevista foi detalhar a vivência dos participantes no grupo de intervenção e compreender as reverberações da participação na pesquisa na atual configuração do trabalho em equipe. O instrumento elaborado foi uma entrevista focalizada e padronizada com 13 questões, subdivididas em quatro temas: 1) estrutura dos

encontros: relativa às questões 6 e 7, que procuraram entender a percepção dos residentes sobre a quantidade e duração dos encontros e a escolha do dia e do horário da sua realização; 2) estratégias dos encontros: referente às questões de 1 a 5, que buscaram compreender a percepção dos residentes sobre o conteúdo, a metodologia e os materiais utilizados; 3) reverberações dos encontros na prática profissional: referente às questões de 8 a 11, que formalizaram a visão dos participantes com relação às experiências adquiridas no campo prático após a participação nos encontros interprofissionais, dentre elas as mudanças e os impasses para a atuação interprofissional; e 4) futuras pesquisas: relativa às questões 12 e 13, que visaram a compreender quais pontos/situações da intervenção descritas pelos participantes deveriam ser mantidos ou retirados em ocasiões futuras.

e) PROCEDIMENTOS

A pesquisa teve início em agosto de 2018, com a realização da revisão bibliográfica relacionada à questão investigada (e que resultou um artigo de revisão integrativa da literatura – Apêndice I). Entre dezembro de 2018 e março de 2019, foram efetuados o contato e a parceria com as coordenações dos PRMS e os supervisores dos PRCM, PRP e PRGO vinculados ao HU/UFJF, bem como assinadas as Declarações de Infraestrutura e Concordância (Anexo I). Posteriormente, foram realizadas reuniões para definição de possíveis datas, horários e local para a realização da pesquisa, no intuito de ajustar as atividades às disponibilidades dos residentes dos diferentes programas.

Foi realizada a submissão do projeto ao Comitê Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do HU/UFJF e, a partir da sua aprovação, foi solicitada às coordenações das residências – Comissão de Residência Médica (COREME) e Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) – uma listagem com os e-mails de todos os profissionais de saúde residentes ingressos nos anos de 2019 e 2020. Além disso, foi requerida uma permissão de acesso às aulas teóricas, ao Eixo Transversal e aos Seminários Integradores dos residentes, nos quais foram realizadas as abordagens coletivas, ou seja, o convite a participarem da pesquisa.

A pesquisa contaria com um estudo piloto programado para o período de outubro de 2019 a dezembro de 2019, que teria o intuito de checar e ajustar os instrumentos escolhidos e a intervenção planejada. Entretanto, após reuniões e contato constante com os supervisores, os coordenadores e os residentes, tanto por meios eletrônicos como e-mail e WhatsApp quanto

por meios presenciais, foram identificados alguns entraves para a efetivação desse estudo piloto. Entre eles estavam a dificuldade de definir dias e horários que atendessem a todos os programas de residência, as particularidades dos rodízios e a disponibilidade dos residentes das diferentes áreas de atuação. Além disso, foram levantadas questões como a ausência de incentivo, bonificações e/ou abonos de horas para os residentes participarem da atividade extra, uma vez que a carga de trabalho já é extensa e cansativa.

A etapa de coleta foi dividida em dois momentos: 1º) Grupo de intervenção presencial, cujas atividades foram realizadas no período entre janeiro e março de 2020; e 2º) Entrevista complementar, conduzida de maneira remota no período entre fevereiro e abril de 2021, como detalhado a seguir.

1º) Intervenção

As rodas interprofissionais ocorreram entre 06 de fevereiro e 12 de março de 2020, nas quintas-feiras, das 16h às 18h. No total, foram quatro encontros: três semanais e um quinze dias depois. As atividades foram realizadas em uma sala de reuniões e aulas anexa à unidade Santa Catarina do HU/UFJF; era um local de fácil acesso aos residentes de ambos os programas, pois, como a maioria dos residentes já se encontraria na unidade, não precisaria se deslocar de outro espaço para participar. A equipe de pesquisa disponibilizou, em todos os encontros, água, suco, salgados e bolos, que ficaram acessíveis a qualquer momento para os residentes. Entretanto, a maioria se deslocava apenas para o lanche ao final dos encontros, quando também havia a oportunidade de compartilhamento de questões pessoais e profissionais.

No primeiro encontro, foi realizado um levantamento dos conhecimentos dos participantes sobre Educação e Colaboração Interprofissional e das demandas e expectativas em relação à intervenção. A partir das informações obtidas, nos demais encontros foram abordadas as bases conceituais dos referidos temas e realizadas atividades voltadas ao fomento de competências interprofissionais conforme os domínios sistematizados na literatura especializada, a saber: (1) cuidado centrado na pessoa, família e comunidade; (2) clarificação de papéis; (3) comunicação interprofissional; (4) resolução de conflitos; (5) dinâmica de funcionamento da equipe e gestão de tempo; e (6) liderança colaborativa (CIHC, 2010).

Para tanto, cada um dos encontros foi dividido em três momentos, em consonância com as diretrizes estabelecidas por Bastos (2010) para a prática de grupos operativos – concebidos como recursos de aprendizagem compartilhada que possibilitam a problematização e a modificação de atitudes de um determinado conjunto de pessoas e

pressupõem o estabelecimento de vínculos entre elas. O primeiro momento (“Aquecimento”) foi caracterizado pela utilização de técnicas interativas para estimular a espontaneidade dos participantes, favorecer a integração do grupo e introduzir o tema a ser abordado. As técnicas utilizadas foram as seguintes: “Apresentação invertida”, “Travessia do rio” e “Aquário” (estas técnicas e as demais mencionadas a seguir serão exploradas no capítulo 7).

O segundo momento (“Discussão”) teve como intuito fomentar debates livres sobre um tema previamente selecionado e geralmente envolveu o emprego de dinâmicas de grupo. Para a intervenção em questão, as seguintes foram selecionadas: “Descascando cebola” (adaptação de “Batata quente”), no primeiro encontro, e “Telefone sem fio”, no quarto encontro. Ainda no segundo momento de cada encontro, trechos de filmes e vídeos serviram como disparadores dos debates.

No terceiro momento dos encontros (“Fechamento e conclusão”), buscou-se recapitular os principais pontos abordados e esclarecer eventuais dúvidas. Especificamente no último encontro, nesse momento também foi executada uma atividade voltada à confraternização e à obtenção de feedbacks dos participantes sobre a intervenção (Apêndice VI). Os encontros tiveram duração de aproximadamente duas horas e trinta minutos e foram gravados em áudio e posteriormente transcritos.

Vale mencionar que a sala de atividades foi previamente organizada com uma configuração diferente a cada encontro, a partir da necessidade de exploração de cada temática. Em seguida, todos se sentavam em círculo, inclusive os auxiliares da pesquisa. O grupo de intervenção foi elaborado e conduzido pela pesquisadora e contou com a participação de dois alunos de graduação (um bolsista de Iniciação Científica e um voluntário). Esses alunos receberam treinamento e aparatos teóricos e técnicos para desempenhar o auxílio nas diferentes fases da pesquisa. Eles estiveram envolvidos na preparação das atividades grupais, na intervenção (como observadores participantes) e na realização dos registros dos encontros (diário de campo).

Observaram-se, no decorrer dos encontros, algumas particularidades e variações na postura dos auxiliares da pesquisa. Isso foi algo não pré-estabelecido, mas, logo que identificado, se tornou parte importante do planejamento e da execução das atividades. Um dos alunos mantinha uma postura mais participativa, auxiliando na execução das atividades e eventualmente levantando questões reflexivas sobre o tema. O outro aluno mantinha uma postura mais passiva; sentava-se usualmente fora do círculo e estava focado no registro por escrito das atividades desenvolvidas. Os encontros foram gravados em áudio e, após cada

encontro, foi elaborado o diário de campo. Os áudios foram integralmente transcritos e analisados de maneira qualitativa.

2º) Entrevista Semiestruturada

Com o prolongamento da pandemia de Covid-19 e a inviabilidade da continuidade das atividades presenciais (pretendia-se realizar mais de um grupo de intervenção), foi desenvolvida uma alternativa: entrar em contato com os participantes da intervenção em grupo e realizar uma entrevista complementar (Apêndice V). Desse modo, seria possível ampliar a compreensão da atividade já desenvolvida com o grupo de residentes médicos e multiprofissionais e das suas implicações para os espaços e as atividades de trabalho.

Decidido o curso de ação, as entrevistas foram realizadas em formato on-line, entre janeiro e maio de 2021, de forma individualizada. Participavam apenas o sujeito da pesquisa, o entrevistador e um observador (aluno de graduação assistente de pesquisa). As entrevistas tiveram a duração média de 30 minutos e o material foi gravado e transcrito na íntegra. Dos nove participantes do primeiro estudo, apenas uma das residentes não conseguiu retornar para essa etapa da pesquisa, pois passou por problemas de saúde e precisou se afastar dos estudos.

f) ANÁLISE DOS DADOS

As transcrições das gravações em áudio e os conteúdos registrados no diário de campo foram analisados qualitativamente por meio da Análise de Conteúdo Temática proposta por Bardin (2016). Esse método consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que constituem a comunicação e cuja presença ou frequência de aparição pode representar algum significado para alcançar o objetivo analítico. A técnica procura classificar os elementos das falas, organizando-os em núcleos temáticos, ou seja, em categorias que agrupem assuntos comuns (BAUER E GASKELL, 2007). Desse modo, as categorias foram identificadas no decorrer do processo de análise, respeitando as seguintes etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2016).

Para a análise das variáveis categóricas dos dados sociodemográficos, acadêmicos e profissionais, foram utilizadas frequência absoluta e relativa. O programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS – versão 21.0) foi utilizado para a organização e compilação dos dados referentes ao questionário sociodemográfico.

5.2 ESTUDO II

a) DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de caráter transversal, quantitativo e correlacional.

b) CENÁRIO DO ESTUDO

Fizeram parte do estudo os programas citados anteriormente e também o Programa de Residência Médica em Radiologia (PRMR), o Programa de Residência Médica em Pediatria (PRMP), os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto com Ênfase em Doenças Crônico-degenerativas (PRMSA), o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (PRMSM). Todos esses programas diferem dos envolvidos no Estudo I pelo fato de serem dedicados, na maior parte do tempo, a mais de um nível de atenção em saúde – ou seja, os residentes atuam, prioritariamente, em espaços de atenção primária e secundária.

Quanto à organização desses programas, ingressam anualmente 16 residentes no PRMSA, dois de cada especialidade profissional (Análises Clínicas, Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social); 10 residentes no PRMSF (quatro de Enfermagem, dois de Odontologia e quatro de Serviço Social); e nove (9) no PRMSM, três de cada especialidade profissional (Enfermagem, Psicologia e Serviço Social). Coletivamente, são, portanto, 35 residentes a cada ano.

c) PARTICIPANTES

Fizeram parte do estudo 39 residentes dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, do primeiro e segundo anos de residência, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice VII). Não foi incluído o residente da área de administração, por não ser um curso vinculado à área da saúde.

d) INSTRUMENTOS

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário sociodemográfico, acadêmico e profissional (Apêndice IV): elaborado pela pesquisadora, almejou caracterizar os participantes do estudo e permitir a realização de um pequeno levantamento acerca do conhecimento sobre a EIP e das experiências dos participantes com ela.

- Escalas relativas à aprendizagem conjunta e as práticas colaborativas: escalas que tiveram como intuito delinear um panorama da prontidão, das atitudes, das percepções e das habilidades que os participantes possuíam acerca da aprendizagem e atuação interprofissional.
- *Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)* – Escala de Prontidão para a Aprendizagem Interprofissional (Anexo II): Essa ferramenta visa a avaliar a disponibilidade para a aprendizagem interprofissional e os atributos necessários para colaboração em equipe. É composta de 27 itens, divididos em três subgrupos: o subgrupo 1, com 14 itens, explora o eixo “trabalho de equipe e colaboração” (itens 1-9 e 12-16); o subgrupo 2 se refere à “identidade profissional”, contendo oito itens (10, 11, 17, 19, 21-24), dentre os quais uma parte (itens 10,11,17,19 e 21) enfoca a identidade profissional negativa e outra (itens 22-24), a autonomia profissional e os objetivos clínicos de cada profissão; o subgrupo 3, “atenção à saúde centrada no paciente”, possui cinco (25-29) itens, relacionados à atitude positiva e disponibilidade para entender as necessidades do paciente a partir da perspectiva dele, com base em relações de confiança, compaixão e cooperação. Deve-se mencionar que os itens 18 e 20 foram excluídos na validação desse instrumento para o Brasil, pois não apresentaram saturação em nenhum dos fatores (PEDUZZI *et al.*, 2015).

Do ponto de vista estrutural, os três fatores são correlacionados. Foi observado padrão de associação positivo entre o Fator 1 (trabalho em equipe e colaboração) e o Fator 3 (atenção à saúde centrada no paciente) ($r=0,44$), o que evidencia uma relação diretamente proporcional. Inversamente, o padrão de associação do Fator 2 (Identidade profissional) com os demais Fatores é negativo: F2 - F1 ($r=-0,53$); F2 - F3 ($r=-0,33$). Para análise dos escores, na representação das pontuações médias nos três fatores, todos os itens foram invertidos (PEDUZZI *et al.*, 2015).

As afirmações são respondidas mediante escala Likert de cinco pontos, com os seguintes valores: 1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Não concordo nem discordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente. Desse modo, quanto maior o escore, maior a concordância com o item e mais fortes as atitudes e a disponibilidade para a aprendizagem interprofissional. Do ponto de vista da associação entre os escores fatoriais para a amostra total ($N=39$), as correlações foram as seguintes: S1 e S2 $\rightarrow r=-0,45$; $p<0,01$; F1 e F3 $\rightarrow r=0,35$;

$p < 0,01$); F2 e F3 $\rightarrow r = -0,05$; $p < 0,38$. A relação entre “identidade profissional” e “atenção à saúde centrada no paciente” não foi significativa. O instrumento de mensuração foi publicado originalmente por Parsell e Bligh (1999); em nosso estudo, foi utilizada a versão traduzida, adaptada e validada por Peduzzi *et al.* (2015).

- Escala Atitudinal para a Formação do Trabalho em Equipe na Residência Multiprofissional (EAFTE) (Anexo III): um instrumento composto por 20 assertivas, desenvolvido e validado por Perego (2015), cujo propósito é avaliar aprendizagens compartilhadas na residência multiprofissional a partir de três fatores/dimensões: 1) aprendizagem compartilhada na residência multiprofissional (itens 6, 8, 11, 12, 13, 16 e 20); 2) formação para o trabalho em equipe (itens 2, 4, 5, 15, 17 e 18); e 3) desenvolvimento de competências para práticas colaborativas (itens 1, 3, 7, 9, 10, 14 e 19). Todas as questões são avaliadas a partir de uma escala Likert, com quatro opções de respostas que variam de 4 = concordo totalmente a 1 = discordo totalmente. O instrumento apresenta um coeficiente de confiabilidade de 93%. Para o presente estudo, esta escala foi adaptada para a aplicação em residentes médicos. Assim, o termo “residência multiprofissional” contido nas afirmativas foi substituído, de acordo com a vinculação do respondente. Cabe destacar que tal adequação foi autorizada pela autora, não sendo observado nenhum prejuízo ou mudança na interpretação do instrumento.
- *Interdisciplinary Education Perception Scale* (IEPS) – Escala de Percepção da Educação Interdisciplinar (Anexo IV): desenvolvida por Luecht *et al.* (1990), traduzida e validada por Corrêa, Ezequiel e Lucchetti (2018). Ela é considerada um inventário perceptivo de 18 itens que almeja mensurar quatro atitudes importantes para um ambiente interdisciplinar: 1) competência profissional e autonomia (itens 1, 3, 4, 5, 7, 9, 10 e 13); 2) necessidades percebidas de cooperação profissional (itens 2 e 8); 3) percepção de real cooperação e partilha de recursos dentro de e entre profissões (itens 2, 14, 15, 16 e 17); e 4) compreensão do valor e das contribuições de outros profissionais/profissões (itens 11, 12 e 18). Possui uma escala Likert de seis pontos, cujos valores vão de 1 = discordo fortemente a 6 = concordo fortemente. A estatística de precisão por Alpha de Cronbach indicou um índice bastante satisfatório para o total da

escala ($\alpha=0,872$), sendo a maior confiabilidade para a atitude 1 ($\alpha=0,823$) e a menor para a atitude 4 ($\alpha=0,518$).

- *Team Skills Scale* (TSS) – Escala de Habilidades de Equipe (Anexo V): composta por 17 itens estruturados em uma escala do tipo Likert de cinco pontos, com valores que variam de 1 = ruim a 5 = excelente. Foi desenvolvida por Hepburn, Tsukuda e Fasser (1996) e traduzida e validada por Corrêa, Ezequiel e Lucchetti (2018). Sua função é avaliar os fatores de percepção das habilidades da equipe interprofissional, sob os seguintes critérios: 1) habilidades interpessoais; 2) habilidades específicas para a disciplina; e 3) habilidades geriátricas; esta última foi adaptada pela presente pesquisadora para os participantes desse estudo. A soma dos itens varia entre 17 e 85, e pontuações altas estão associadas a percepções positivas das habilidades de colaboração em equipe. O instrumento possui consistência interna referida como excelente ($\alpha=0,94$) (Vari *et al.*, 2013).
- Formulário Google: esse instrumento foi criado a partir da ferramenta Google Forms. Esse recurso permite ao pesquisador coletar informações dos participantes através da criação de questionários e formulários de registro, e as informações registradas são processadas e analisadas automaticamente. O formulário aplicado foi composto por: uma introdução que explicava os objetivos da pesquisa; uma apresentação do TCLE, para que os respondentes pudessem efetuar a concordância informada de participação na pesquisa (nessa etapa também eram coletados os dados de identificação dos participantes); um questionário sociodemográfico, acadêmico e profissional; e os instrumentos quantitativos supracitados (RIPLS, EAFTE, IEPS e TSS). O tempo de preenchimento do formulário era de aproximadamente 20 minutos. Não foi necessário realizar adaptações para o contexto on-line, pois a ferramenta utilizada disponibiliza os mesmos formatos de resposta, valendo-se de diversas possibilidades de opções, como múltipla escolha e escala Likert.

e) PROCEDIMENTOS

Os participantes realizaram o autopreenchimento das escalas interprofissionais através do Google Forms. Como mencionado anteriormente, a ideia de aplicar essa tarefa se originou das sugestões feitas pela banca examinadora durante a apresentação do relatório de qualificação, em setembro de 2020, como alternativa para a continuidade da pesquisa em

período de trabalho remoto, devido à pandemia. A alteração do projeto foi submetida ao CEP do HU/UFJF e, após sua aprovação, em novembro de 2020, foi solicitada às coordenações das residências – COREME e COREMU – uma listagem com os e-mails de todos os profissionais de saúde residentes ingressos nos anos de 2019, 2020 e 2021, para o envio do formulário de autoaplicação on-line.

A COREME solicitou que o formulário fosse enviado ao e-mail da coordenação, informando que se encarregaria de encaminhá-lo aos residentes. Esse modelo de divulgação resultou em baixa adesão à pesquisa. Em nova articulação com as coordenações de residência, desenvolveu-se a ideia de que a pesquisadora comparecesse aos espaços de supervisão clínica dos residentes médicos e aos espaços de tutoria dos residentes multiprofissionais para a divulgação e o incentivo à colaboração com a pesquisa. Devido ao contato mais restrito com a coordenação da residência médica, não foi possível concretizar tal estratégia e, portanto, manteve-se apenas o envio do formulário à coordenação por e-mail. Esse processo se repetiu três vezes, com média intervalar de quatro meses, para que fosse reforçada a participação na pesquisa.

Já a COREMU enviou os contatos e também disponibilizou um tempo aproximado de 30 minutos no início ou no final das atividades de tutoria de cada área profissional para a apresentação do projeto de pesquisa e o incentivo ao preenchimento do formulário on-line. Além disso, o coordenador do PRIMAH sugeriu a inclusão da pesquisadora no grupo de WhatsApp, o que ajudou a aumentar a adesão. Ainda assim, não foi atingido o número desejado de participantes.

Ao final das etapas de coleta de dados dos dois Estudos, foi realizado o tratamento dos dados e a elaboração do relatório de pesquisa (tese). Será realizada ainda uma etapa de novo contato com as coordenações dos PRMS e PRM e os residentes para transmitir o feedback da pesquisa. Esses momentos serão de diálogo presencial, primeiramente com as coordenações e, posteriormente, com os residentes, durante uma das suas aulas teóricas.

f) ANÁLISE DOS DADOS

O programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS – versão 21.0) foi utilizado para a organização e a compilação dos dados referentes ao questionário sociodemográfico, acadêmico e profissional e às escalas atitudinais e de percepção, prontidão e habilidades. Para a análise das variáveis do questionário e das escalas, foram utilizadas frequência absoluta e relativa, e posteriormente foi efetuada a soma dos escores e calculadas a

média $\pm$ desvio-padrão (no caso de distribuição normal), a mediana (percentil 25 - percentil 75) e o intervalo interquartil (no caso de distribuição assimétrica), que foi avaliado pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Contudo, as variáveis idade (em anos) e tempo de residência (em meses) revelaram-se assimétricas pelos testes de Shapiro-Wilk e Kolmogorov-Smirnov. Devido a isso, optou-se pela descrição na forma de mediana e intervalo interquartil. Além disso, foi necessário relatar os valores mínimos e máximos, devido ao tamanho amostral reduzido.

Com intuito de verificar a ocorrência de diferenças entre o padrão de resposta das escalas quanto à categoria profissional, ao tempo de formado, ao tempo de residência e ao programa de residência, foi utilizado ANOVA ou o teste de Kruskal-Wallis, conforme o padrão de distribuição. Por fim, foi avaliada a existência de correlação entre os escores desses instrumentos, por meio da Correlação de Spearman, sendo considerados significativos os valores de $p \leq 0,05$.

g) ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HU-UFJF (CEP/HU-UFJF) e teve início após sua aprovação, em maio de 2019, registrada no protocolo nº 3.299.976 (Anexo VI). O TCLE foi entregue aos participantes, em consonância com os preceitos da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional da Saúde. Portanto, os participantes foram devidamente informados acerca dos objetivos do estudo e assinaram o TCLE. Foi assegurado o compromisso das pesquisadoras com o sigilo quanto à identidade dos envolvidos (BRASIL, 2016).

Os participantes foram informados sobre os benefícios do estudo, que envolvem o conhecimento e desenvolvimento de estratégias de Educação e Colaboração Interprofissional nos contextos de residências hospitalares. A pesquisa pode gerar reflexões acerca dos modos como os modelos de formação em saúde brasileira são estabelecidos, além de propor melhorias e avanços na aprendizagem e atuação interprofissional nos programas de residência. Os riscos envolvidos na pesquisa são mínimos e restringem-se ao sigilo, à identificação e às informações referentes ao participante. No entanto, todos os cuidados foram tomados para preservar sua identidade.

Em relação às alterações para a continuidade do Estudo I e a inclusão do Estudo II, foi uma emenda foi redigida e encaminhada para o CEP/HU-UFJF. O texto foi aprovado em novembro de 2020, através do parecer de nº 4.418.381 (Anexo VII).

6 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Neste tópico será apresentada a caracterização dos participantes do Estudo I e do Estudo II. Do Estudo I participaram nove residentes, tendo como perfil sociodemográfico dominante: residentes do sexo feminino (77,8%), solteiros (88,9%), católicos (44,4%), autodeclarados brancos (66,7%), residem sozinhos (66,7%) e de faixa etária entre 26 e 30 anos (66,7%). A Tabela 1 compila os dados.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos participantes – Estudo I

Variável	Nº	Frequência Relativa
Gênero		
Feminino	7	77,8%
Masculino	2	22,2%
Faixa Etária		
De 20 a 25 anos	2	22,2%
De 26 a 30 anos	6	66,7%
Acima de 31 anos	1	11,1%
Pele		
Branca	6	66,7%
Parda	3	33,3%
Negra	0	0%
Religião		
Católica	4	44,4%
Espírita	2	22,2%
Evangélica	2	22,2%
Nenhuma	1	11,1%
Estado Civil		
Solteiro	8	88,9%
Casado	1	11,1%
Reside		
Sozinho	6	66,7%
Com familiares	1	11,1%
Outro	2	22,2%

Fonte: a autora.

Nota: o termo “Outro” se refere a residir com esposo ou parceiro íntimo.

Quanto aos aspectos de formação acadêmica e profissional, destaca-se o fato de que 77,8% dos participantes concluíram a graduação em instituição pública; além disso, 55,6% deles estavam vinculados à mesma instituição da formação inicial (a UFJF) na realização da residência; por fim, a maioria dos participantes (77,8%) se formou nos últimos dois anos. Dos nove residentes que integraram a pesquisa, seis estavam inseridos no PRIMAH: dois residentes em Fisioterapia, um residente em Psicologia, um residente em Farmácia, um residente em Nutrição, um residente em Serviço Social; os três residentes em medicina tinham as seguintes vinculações: um estava inserido no PRMP e dois estavam inseridos no PRMGO, tendo como local de atuação o HU/UFJF, conforme observado na Tabela 2.

Tabela 2 – Dados acadêmicos e profissionais dos participantes – Estudo I

Variável	Nº	Frequência Relativa
Natureza da Instituição de Graduação		
Pública	7	77,8%
Privada	2	22,2%
Instituição Formadora		
UFJF	5	55,6%
Outra em Juiz de Fora	3	33,3%
Outra cidade/ estado	1	11,1%
Tempo de Formado		
Até 12 meses	2	22,2%
De 13 a 24 meses	5	55,6%
Acima de 25 meses	2	22,2%
Instituição de Vinculação na Residência		
UFJF	9	100%
Nome do Programa de Residência e Especialidade Profissional		
Psicologia	1	11,1%
Fisioterapia	2	22,2%
Farmácia	1	11,1%
Serviço Social	1	11,1%
Nutrição	1	11,1%
Residência Médica	0	0
Gineco-obstetrícia	2	22,2%
Pediatria	1	11,1%
Tempo de Vinculação à Residência		
Até 12 meses	8	88,9%
De 13 a 24 meses	1	11,1%

Fonte: a autora.

Com relação ao perfil sociodemográfico dos participantes do Estudo II, há semelhança com o do Estudo I. Observa-se, na Tabela 3, o predomínio de residentes do sexo feminino (80%), autodeclarados brancos (65%), solteiros (82,5%), católicos (50%), que residem com familiares (55%) e de faixa etária média $\pm$ desvio padrão de $26,20 \pm 2,98$ anos.

Tabela 3 – Dados sociodemográficos dos participantes – Estudo II

Variável	N	(%)
Gênero		
Masculino	7	17,5
Feminino	32	80,0
Outro	1	2,5
Faixa Etária		
De 20 a 25 anos	21	52,5
De 26 a 30 anos	15	37,5
Acima de 31 anos	4	10
Pele		
Branca	26	65,0
Parda	10	25,0
Negra	4	10,0
Religião		
Catolicismo	20	50,0
Espiritismo	2	5,0
Evangélica	5	12,5
Testemunha de Jeová	1	2,5
Umbandismo	2	5,0
Ateísmo	1	2,5
Nenhuma	7	17,5
Outras	2	5,0
Estado civil		
Solteiro	33	82,5
Casado	6	15,0
União estável	1	2,5
Reside		
Com familiares	22	55,0
Sozinho	8	20,0
Com amigos	3	7,5
Outros	7	17,5

Fonte: a autora.

No que diz respeito aos dados acadêmicos e profissionais, houve predominância de residentes vinculados às instituições de graduação pública (77,5%), formados nos últimos três anos (72,5%) e alocados no primeiro ano de residência (60%). Dos 39 residentes que

compuseram a pesquisa, eram: dez farmacêuticos, oito enfermeiros, cinco nutricionistas, cinco fisioterapeutas, três educadores físicos, três médicos, três psicólogos e três assistentes sociais. Desse total, 24 estavam inseridos no PRMSA, 11 no PRIMAH, dois no PRMSF e dois em programas médicos – um inserido no PRMP e um no PRMR. Um participante não informou o programa, como consta na Tabela 4.

Tabela 4 – Dados acadêmicos e profissionais dos participantes – Estudo II

Variável	N	(%)
Natureza da Instituição de Graduação		
Pública	31	77,5
Privada	9	22,5
Curso de Graduação		
Educação física	3	7,5
Enfermagem	8	20,0
Farmácia	10	25,0
Fisioterapia	5	12,5
Medicina	3	7,5
Nutrição	5	12,5
Psicologia	3	7,5
Serviço social	3	7,5
Tempo de Formado		
< 1 ano	8	20,0
1 a 3 anos	21	52,5
3 a 5 anos	9	22,5
5 a 10 anos	2	5,0
Especialização em Residência		
Multiprofissional		
Não se aplica	3	7,5
Multiprofissional em saúde do adulto	24	60,0
Integrada em atenção hospitalar	11	27,5
Multiprofissional em saúde da família	2	5,0
Especialidade em Residência Médica		
Não se aplica	38	95,0
Pediatria	1	2,5
Radiologia/diagnóstico por imagem	1	2,5
Tempo de Residência		
1-6 meses	11	27,5
7-12 meses	13	32,5
13 meses ou mais	13	40,0
Categorias de profissionais		

Médicos, enfermeiros, farmacêuticos e nutricionistas	26	65,0
Fisioterapeutas e educadores físicos	8	20,0
Administradores, psicólogos e assistentes sociais	6	15,0

Ouviu falar sobre educação interprofissional?

Sim	23	57,5
Não	17	42,5

Fonte: a autora.

Nota: o administrador foi excluído, por não ter graduação na área da saúde.

Nota-se que o perfil dos participantes dos estudos I e II, conjuntamente, é de maioria do sexo feminino, solteiros, autodeclarados brancos e de faixa etária entre 26 e 30 anos. A maior parte dos residentes se graduou em instituições públicas, com tempo de formação profissional aproximado de três anos. Tais resultados são condizentes com os de estudos brasileiros com residentes de outros programas de residência uni e multiprofissionais, nos quais se constatou predominância de residentes mulheres, brancos, solteiros, de faixa etária entre 20 e 30 anos e recém-formados (BAQUIÃO, 2017; CARRILLO-GARCÍA *et al.*, 2013; GOULART *et al.*, 2012; SOUSA *et al.*, 2016; ZANONI *et al.*, 2015).

As pesquisas de Durans *et al.* (2021), Matos, Toassi e Oliveira (2013) e Sá Dias (2010) demonstram uma tendência mundial de feminização das profissões e ocupações no mercado de trabalho, especialmente na área da saúde. Recentemente, em 2019, o Ministério da Educação apresentou os dados do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade), os quais evidenciaram a participação majoritária das mulheres no campo profissional, confirmando a ascensão da feminilização da força de trabalho no país. Contudo, cabe mencionar que o predomínio feminino nas profissões de saúde evidencia que, ainda nos tempos atuais, há alguns estereótipos de gênero e preconceitos referentes à figura masculina em ocupações que estão vinculadas ao ato de cuidar. Essas concepções reforçam a cultura do machismo e as diferenças e desigualdades entre homens e mulheres, o que resulta em profissões mais feminilizadas e masculinizadas (SÁ DIAS, 2010).

Outro ponto analisado é o de que os programas de residência se caracterizam por acolher profissionais jovens, recém-formados e em sua maioria solteiros, o que condiz com os dados apresentados no presente estudo. Segundo Zanoni *et al.* (2015), cada vez mais os profissionais recém-formados buscam os programas de residência como uma possibilidade de aperfeiçoarem sua formação profissional. Ademais, estudos como os de Carbogim *et al.* (2010), Dallegrave e Ceccim (2013), Goulart *et al.* (2012) e Sousa *et al.* (2016) demonstram

que os programas desempenham o importante papel de auxiliar os recém-formados na transição entre a condição de acadêmico e a condição de profissional, garantindo uma entrada no mercado de trabalho. Isso, por sua vez, permite que esse profissional adquira mais capacitações técnicas e científicas e pensamento crítico-reflexivo, proporcionando, conseqüentemente, mais segurança no seu exercício profissional.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO – ESTUDO I

7.1 INTERVENÇÃO EM GRUPO

O presente subitem apresenta os achados e a discussão de forma didática e articulada, de acordo com a programação dos encontros (Tabela 5). Almejamos garantir aos leitores a melhor compreensão possível de como os encontros foram estruturados, bem como a possibilidade de que desenvolvam replicações do estudo.

Tabela 5 – Programação dos encontros

Encontro	Conteúdo	Estratégias
01	Apresentação da proposta de intervenção, assinatura do TCLE e estabelecimento do contrato terapêutico.	Autopreenchimento do questionário sociodemográfico, acadêmico e profissional.
	Apresentação da facilitadora e dos participantes da pesquisa.	Dinâmica “Quebra-gelo”: técnica de apresentação invertida em dupla (breve apresentação do colega, destacando um ponto positivo e um ponto negativo da respectiva profissão).
	Levantamento do conhecimento e percepções dos participantes sobre a interprofissionalidade, demandas e expectativas quanto ao projeto.	Dinâmica “Descascando Cebola”: várias folhas de papel formam as camadas de uma cebola a ser “descascada”. Os participantes devem passar a cebola entre si enquanto uma música é executada e devem responder à pergunta ou ao comando contido no papel quando a música é interrompida.
02	Introdução aos princípios da Educação Interprofissional: conceito, contexto histórico e o trabalho interprofissional no Brasil e no mundo.	Leitura e discussão da Cartilha “História da Definição da Educação Interprofissional” (quadrinho módulo 2) Dois momentos: (1) dividir o grupo em três subgrupos; (2) discussão geral entre todos os participantes.
	Funcionamento em equipe.	Vídeo CIS (UNASUS).
	Cuidado centrado no paciente, cliente, família e comunidade.	Dinâmica “Travessia do Rio” e discussão de diferentes quadros: modelo centrado na doença x modelo centrado na pessoa.
	Clarificação de papéis.	<i>Classroom</i> – “Profissão Secreta”. Descrição: é entregue, às cegas, um papel para cada participante. Em cada papel está o nome de alguma das profissões de saúde. Em casa, eles pesquisarão as competências comuns, colaborativas e específicas da área

		profissional sorteada.
03	Clarificação de papéis (continuação).	Cada residente apresenta as informações pesquisadas sobre a profissão sorteada. Discussão dialógica acerca das competências específicas, comuns e colaborativas das profissões.
	Comunicação interprofissional	Dinâmica “Telefone sem fio”: o grupo deve desenvolver uma sequência de movimentos. Um deles atua como observador. A atividade é filmada e o resultado é apresentado logo depois. Trecho de vídeo: <i>Madagascar</i> . Questões disparadoras sobre os ruídos de comunicação existentes no trabalho e as estratégias para lidar com eles. Tipos de comunicação: comum x interprofissional.
04	Resolução de Conflitos	Técnica “Aquário” (Caso C.M.R.). Trecho do filme <i>A Ponte</i> . Exposição dialógica – questões disparadoras de conflito.
	Liderança colaborativa	Vídeo: “O voo dos gansos”. Questões disparadoras sobre a temática.
	Feedback	Dinâmica: “Dança da Cadeira”. Fechamento e confraternização.

Fonte: a autora.

7.1.1 Primeiro encontro

No primeiro momento, foram levantadas questões sobre as qualidades e os estereótipos das profissões. Em relação às qualidades elencadas, notou-se que a maioria dos participantes fez menção ao papel dos profissionais de saúde no cuidado prestado ao paciente. Eles se colocam como próximos dessas pessoas, capazes de ofertar uma escuta diferenciada, uma escuta de outras demandas, para além da doença. Isso pode ser observado no Relato 1: “[...] o paciente já chega fragilizado para a internação. Ele não chega só com uma doença; muitas vezes chega com outras questões” (Participante 5 – Fisioterapia). Esse olhar apresentado pelos participantes espelha os dados compilados no estudo de Malta e Carmo (2020), que exalta o papel desempenhado pela escuta ativa na adesão e no tratamento do paciente, por favorecer uma percepção humanizada do cuidado com o paciente e com o próprio profissional.

Já em relação aos estereótipos, a discussão foi mais individualizada. Foi apontado que o psicólogo muitas vezes é visto, pelas pessoas em geral, como alguém que se dedica a “cuidar de pessoas doidas” (Participante 6 – médico), que o fisioterapeuta tende a ser confundido com “massagista e esteticista” (Participante 8 – farmacêutico) e que o médico comumente se comporta como se fosse “superior em relação aos outros profissionais de saúde” (Participante 4 – psicólogo). Houve unanimidade entre os participantes quanto à compreensão de que esses estereótipos podem prejudicar o trabalho em equipe e comprometer o atendimento das necessidades de saúde da população.

No que diz respeito à percepção de que a psicologia tem o papel de “cuidar de doidos”, devemos nos ater à construção histórica e social da profissão, que, inicialmente, estava atrelada às práticas e políticas higienistas dos hospitais psiquiátricos e manicomiais, onde os sujeitos tidos como “loucos” eram colocados à margem da sociedade (ROSA; SILVA; SILVA 2021). Além disso, como ressalta o estudo de Frabetti *et al.*, (2015) sobre a percepção dos estereótipos profissionais, há também o fato de que os psicólogos são colocados em segundo plano no cuidado em saúde mental se comparados aos psiquiatras. Isso vai ao encontro dos achados do presente estudo, posto que houve o relato de que a profissão do médico é vista/tida como superior em relação às demais.

No momento seguinte, buscou-se compreender o que os residentes entendiam a respeito da interprofissionalidade. Isso foi feito via perguntas norteadoras sobre o contexto das ações interprofissionais e colaborativas dentro do ensino e do trabalho nos PRM e PRMS. Também foi indagado o que os participantes desejariam que fosse trabalhado nos encontros e em quais estratégias de ensino e aprendizagem eles se sentiriam mais confortáveis. Segundo alguns participantes, a ausência de espaços de aprendizagem conjunta inviabiliza a relação entre os profissionais e a integralidade do cuidado prestado, uma vez que muitos profissionais não possuem informações sobre as atribuições dos colegas com os quais trabalham no contexto da atenção hospitalar, como se vê no Relato 2: “[...] não tem, às vezes, o conhecimento do que cada um faz e de como isso pode ajudar o paciente” (Participante 9 – médico).

De maneira geral, os residentes observam que os serviços e os programas são marcados pela falta de espaços de integração. E mesmo quando eles existem, ainda são insuficientes, pouco institucionalizados e dependem do desejo pessoal dos profissionais, segundo a visão dos participantes. Assim, os residentes acreditam na importância de haver espaços institucionalizados de aproximação e convivência, como demonstra o Relato 3: “Existe [espaço compartilhado dentro do mesmo programa], mas não é uma coisa bem

definida e vai do seu interesse em interagir com o outro profissional” (Participante 4 – psicologia).

Corroborando dados apresentados pela literatura (ARRUDA, MOREIRA, 2018; BISPO JUNIOR, MOREIRA, 2018; PEIXOTO, BRITO, 2015), os espaços de compartilhamento são vistos por esses residentes como importantes para a comunicação e o desenvolvimento efetivos de práticas colaborativas. Contudo, ainda hoje os dispositivos de saúde são marcados pela escassez de espaços formais que fomentem o saber e fazer interprofissional. O estudo de Previato e Baldissera (2018) destaca que iniciativas como reuniões de equipe deveriam ser imprescindíveis, devido aos seus benefícios para os serviços de saúde.

Em relação às expectativas dos residentes para os encontros, foi mencionado que poderiam providenciar a compreensão do fazer e saber das outras áreas profissionais, clarificando os papéis de cada profissão, e trabalhar as relações profissionais, visando a ampliar os espaços de diálogo e a integração entre eles. Adicionalmente, os participantes demonstraram a expectativa de que o grupo fosse contribuir para a prática profissional nos programas e que, graças a ele, pudessem exercer o papel de disseminadores da EIP. Desse modo, havia consonância com os objetivos da pesquisa. O Relato 4, a seguir, demonstra isso:

Acho que realmente isso de entender o papel do colega dentro da assistência. Hoje em dia eu entendo que assistência é muito mais do que eu chegar lá, olhar o prontuário, ver os exames. Acho que entender o papel do outro vai ajudar [...] Acredito que vai ser importante nós sermos multiplicadores do que a gente aprender aqui dentro. (Participante 5 – fisioterapeuta)

Sobre a estratégia didática e a metodológica empregada, houve consenso no grupo de que os encontros deveriam permanecer mais dinâmicos e dialógicos, com o uso de estratégias ativas como a andragogia (educação voltada para adultos) e a aprendizagem baseada na prática e nas interações (BATISTA, 2012). O encontro se encerrou com a construção colaborativa do contrato de trabalho, de modo a deixar definidos os acordos, que são essenciais para o andamento eficaz do grupo.

7.1.2 Segundo encontro

O segundo encontro teve como objetivo central elucidar os princípios da EIP, com ênfase nos seguintes domínios de competências: cuidado centrado na pessoa, família e comunidade e funcionamento em equipe. Segundo o guia rápido *Simplificando o Cuidado Centrado no Paciente (Pessoa)* – CCP, da Health Foundation, traduzido pela Fiocruz (2014),

o CCP deve ser um cuidado prestado “com o” e não “para o” paciente. Nesse sentido, os profissionais devem atuar de forma conjunta com o paciente, incentivando-o empaticamente a desenvolver conhecimentos, habilidades e autonomia para as tomadas de decisão sobre seu próprio cuidado e tratamento. Ou seja, levam-se em consideração a individualização do cuidado e os meios de identificação e de conquista dos objetivos.

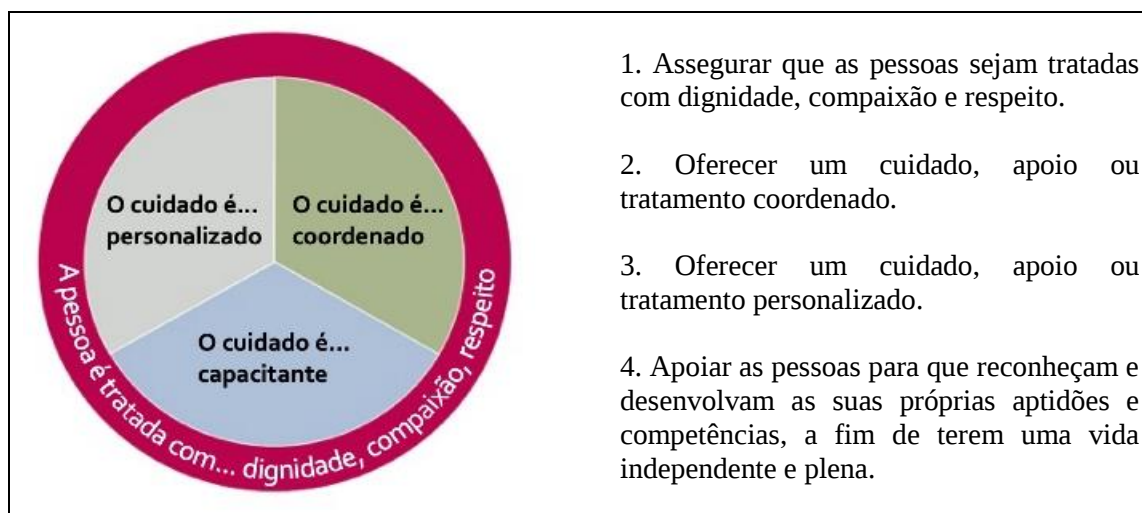
Para explicar esse cuidado, utilizou-se a técnica de “Travessia de Rio”. Nessa atividade, grosso modo, duas equipes tinham de levar um paciente bebê (uma boneca) de uma margem a outra, mas havia obstáculos no caminho. Um participante observava de fora. Ao final, todos trocariam suas experiências de participação. Segundo a percepção do residente observador, ambos os grupos traçaram uma estratégia e realizaram um planejamento, porém um dos grupos conseguiu ser mais efetivo na tarefa, enquanto o outro apresentou dificuldade na execução. Disse ainda o participante (Relato 6): “Uma coisa que eu notei também é que a gente tem que aprender a olhar fora do quadrado [...] A gente às vezes tem mania de olhar só o que nos é dado, sem olhar o que a gente pode fazer além daquilo” (Participante 9 – medicina).

A facilitadora, por sua vez, pontuou que um dos grupos chegou a quebrar algumas regras durante o processo para finalizar a atividade. Além disso, pontuou que (Relato 5):

[...] a gente vê que no meio do processo a gente foca tanto em algumas coisas que nos falam que é mais interessante, que é mais importante, que a gente vai esquecendo do nosso objetivo principal, que é esse cuidado centrado na pessoa, nesse paciente. (Facilitadora)

De fato, as falas e percepções, tanto do observador quanto da facilitadora, remetem à importância do planejamento visando à execução de metas para alcançar o objetivo principal, que é o cuidado centrado na pessoa. A Health Foundation (2014), apesar de não oferecer uma definição concisa para o CCP, fala em quatro princípios, que são expostos na Figura 1.

Figura 1 – Os quatro princípios do cuidado centrado na pessoa



Fonte: Health Foundation (2014, p5).

De acordo com os quatro princípios, a pessoa deve, então, ser incentivada pela equipe a desenvolver conhecimentos, habilidades e confiança para gerir e tomar decisões sobre seu próprio cuidado. Como exemplo, os pacientes que possuem doenças crônicas teriam, por meio disso, mais condições de alcançar melhores resultados clínicos, de manterem a adesão ao tratamento e de fazerem uso correto das medicações. O papel colaborativo do paciente na gestão da sua saúde e do seu cuidado pode, inclusive, reduzir as complicações de saúde, o que possivelmente resultará em uma diminuição do uso dos serviços hospitalares e emergenciais (DE SILVA, 2011; NICE, 2019).

Outro ponto levantado por alguns participantes é a prevalência do modelo de formação em saúde tecnicista. De acordo com eles, o exercício profissional mecânico e técnico não estimula a frequência a espaços de aperfeiçoamento teórico, o desenvolvimento da criatividade e o debate de ideias. Uma das falas nesse sentido é a do Relato 7:

[...] é passado muito serviço para gente; a gente não tem tempo de estudar, de ter criatividade, de debater ideias. Às vezes a gente faz porque tem que fazer e não conversa com outros profissionais. E isso atrapalha muito a nossa formação como residente; acho que vira algo mecânico. (Participante 8 – farmacêutico)

A partir disso, pode-se refletir que as residências em saúde foram criadas como programas de cooperação intersetorial, com o propósito de modificar os conhecimentos e as práticas de atenção em saúde e superar o modelo uniprofissional, biomédico e tecnicista (BAQUIÃO *et al.*, 2019; BRASIL, 2012). Entretanto, observam-se na prática os desafios para a superação desse modelo, o que pode ser justificado pela formação departamentalizada, que não implementa a transversalidade do conhecimento e ignora os avanços da saúde com

relação à integralidade da saúde e da experiência da formação e ao trabalho interprofissional (FERLA, TOASSI, 2017).

Em um segundo momento, buscando refletir sobre o funcionamento da equipe, foi exibido um pequeno vídeo (VÍDEO 3, 2018), que suscitou o debate a respeito de uma situação de desarticulação no trabalho dos profissionais de saúde e de uma situação desconfortável para o paciente e/ou familiar. Os participantes relataram que esse é um problema constante na prática de trabalho no contexto hospitalar, pois os pacientes estão cansados de responder às mesmas perguntas para profissionais diferentes, como exposto no Relato 8: “Tem hora que a gente chega, o paciente não quer conversar. E eu entendo, porque é muito monótono. Todo mundo perguntando a mesma coisa. É muito ruim” (Participante 3 – nutricionista).

Mais um aspecto relevante mencionado foi a própria lógica organizacional no contexto hospitalar, que dificulta essa articulação interprofissional. Entre os fatores relacionados a essa questão estão a rotina intensa de trabalho, os horários de reunião e de visita aos leitos e a departamentalização (distância entre os setores profissionais). Também se destacaram na discussão apontamentos referentes ao desempenho da equipe do serviço, como a disponibilidade de tempo e o desejo dos profissionais/preceptores de cada setor onde os residentes atuam, como esclarece o Relato 9:

A gente percebeu que o residente estava muito sobrecarregado. Aí a gente conversou com a chefia da residência; eles já percebem esses problemas, só que ainda fica meio que na inércia. [...]Cada dia é um preceptor, cada dia é uma orientação; você não consegue programar seu paciente. É essa falta da rotina. (Participante 6 – médico)

No que concerne às dificuldades relacionais, as referências assinadas por Arruda e Moreira (2018) e Matuda *et al.* (2015) evidenciam que a forma como se desenvolve a comunicação entre os membros de diferentes profissões do campo da saúde é capaz de comprometer o estabelecimento de relacionamentos mútuos e recíprocos, o que pode levar até mesmo à inviabilização do sentimento de pertencimento à equipe. Como consequência, problemas de convivência podem se mostrar mais frequentes, e a fragmentação dos processos de trabalho é um de seus possíveis reflexos. Por isso, é patente que as relações interpessoais perpassam o desenvolvimento de práticas colaborativas; consequentemente, elas devem ser objeto de reflexão constante em prol da consolidação da EIP (BISPO JÚNIOR, MOREIRA, 2018; ELLERY, PONTES, LOIOLA, 2013).

A discussão dessa temática gerou um importante *insight* em uma das participantes, que se sentiu desconfortável ao perceber que, em sua prática profissional, reproduz o

comportamento que tanto desaprovou quando iniciou a faculdade ao ver professores e profissionais fazendo menção ao paciente de maneira despersonalizada (Relato 10, abaixo):

No início da faculdade eu e meus amigos víamos os professores falando da doença. E aí eu fiz um trato com meus amigos na época. “A gente nunca vai falar da doença e não lembrar do nome do paciente”. Só que agora eu estou aqui olhando, falando “olha gente, eu acho que eu faço isso”. (Participante 2 – médica)

Por fim, como última etapa do encontro, foi iniciada a atividade intitulada “Profissão Secreta”. Foram sorteados papéis com a área de atuação dos residentes, os quais foram então distribuídos para cada um secretamente. Eles não poderiam ficar com a própria profissão. O objetivo dessa atividade era que eles pesquisassem em casa sobre as competências comuns, colaborativas e específicas da profissão sorteada. O resultado esperado disso era que desenvolvessem uma compreensão mais elevada do papel de cada um.

7.1.3 Terceiro encontro

O terceiro encontro objetivou trabalhar a perspectiva da EIP a partir de uma vertente conceitual e histórica, bem como discorrer sobre duas competências interprofissionais: a comunicação interprofissional e a clarificação de papéis. Quanto à parte conceitual, foram introduzidos os conceitos de formação uni, multi e interprofissional.

Entende-se o termo “uniprofissional” como a perspectiva de que o conhecimento de cada disciplina é construído individualmente e de que a atuação se dá de maneira fragmentada. Com o avanço dos estudos na área, surgiu a noção de trabalho multiprofissional, na qual se admite uma necessidade de aproximação entre as áreas de saber. Contudo, elas coexistem sem de fato construírem um saber integrado e uma atuação conjunta (FEUERWERKER, CAPOZZOLO, 2013). Finalmente, com a interdisciplinaridade, propõe-se que as disciplinas construam os seus saberes específicos ao mesmo tempo que sejam capazes de compartilhar seus conhecimentos em prol de uma atuação colaborativa, tendo em vista o bem-estar do paciente. Dessa maneira, a EIP envolve a aprendizagem colaborativa por parte dos profissionais da saúde, em uma busca pela construção de conhecimentos, habilidades e valores que estimulem práticas conjuntas e horizontais no trabalho em equipe em prol do aprimoramento do cuidado prestado e do foco na pessoa (PEDUZZI *et al.*, 2016; WHO, 2010).

Depois disso, foi feita uma explicação sobre os componentes do termo “competência”, para que depois fosse possível adentrar os seis domínios de competências interprofissionais

sintetizados pela CIHC (2010). Inicialmente, discorreu-se sobre o Tripé da Competência: a) conhecimento – “saber o que é” – representado pelos aspectos teóricos; b) habilidade – “saber fazer” – representado pelo domínio prático e experiencial; c) atitude – “querer fazer” – relativo aos valores, emoções e sentimentos das pessoas (AMARAL, 2006). A explanação foi seguida da atividade “Telefone Sem Fio” e do vídeo *Madagascar*, ambos propícios a uma discussão sobre ruídos de comunicação. O grupo, então, refletiu sobre os tipos de comunicação: passiva, assertiva, agressiva e passiva-agressiva (CABALLO, 2003). Sua experiência como o tema foi elucidante, como representado pelo Relato 11: “Eu me senti igual ao paciente que sempre fala que não está entendendo nada” (Participante 4 – psicólogo).

O relato compartilhado permite retomar a reflexão do estudo de Clark (2014), o qual aponta que o jeito de se expressar pode afetar como a mensagem será recebida pelo outro. Isso pode facilitar a compreensão, sobretudo quando o profissional tem empatia e considera o lugar do outro; ou, em caso contrário, podem-se formar ruídos comunicativos que prejudicam o entendimento da mensagem, gerando dificuldades para a relação que prejudicam a atuação colaborativa e uma boa assistência ao paciente.

No momento seguinte, foi retomada a atividade “Profissão Secreta”, iniciada ao final do segundo encontro, para trabalhar a clarificação de papéis. Essa atividade possibilitou a abertura de um espaço de aprendizagem e compartilhamento das competências específicas de cada área profissional, das competências comuns e das competências colaborativas. É um tipo de desenvolvimento muito positivo, visto que é fundamental que o profissional tenha conhecimento não apenas do seu próprio papel, mas também do papel dos demais frente à equipe, assim como seus limites e possibilidades de atuação conjunta ou comum. Acessar o conhecimento do outro de forma adequada e integrada permite alcançar o melhor cuidado com paciente/cliente/família/comunidade (CIHC, 2010; PREVIATO, BALDISERA, 2018).

Os participantes relataram dificuldade ao pesquisar sobre a área de conhecimento do outro e expressaram que, mesmo trabalhando juntos no cotidiano, não é comum que saibam os papéis desempenhados pelos demais, como se observa no Relato 12: “Os saberes são muito específicos e a gente estuda muito tempo, cada um na sua área, então é importante estar interligado e também ter confiança no profissional” (Participante 4 – psicólogo). Isso evidencia que as formações em saúde ainda são muito específicas, o que não favorece a percepção desses profissionais acerca da contribuição e colaboração entre as diferentes áreas profissionais no trabalho em equipe, o que pode comprometer a atuação interprofissional como um todo (BAQUIÃO *et al.*, 2019).

Durante a discussão em torno dos papéis desempenhados dentro da equipe, uma das participantes de medicina relatou um caso de uma paciente que precisava passar por um procedimento cirúrgico, mas não concordava com sua realização. A equipe se posicionou de maneira contrária ao desejo da paciente, argumentando que a cirurgia era essencial para a manutenção da sua vida. O relato provocou uma discussão intensa no grupo acerca da comunicação entre a equipe e a paciente, em especial sobre como o desejo e a autonomia do paciente deveriam ser levados em consideração diante do dilema.

Nesse momento, a facilitadora teve um importante papel, porque buscou fazer da situação uma oportunidade para os participantes colocarem em evidência estratégias de gerenciamento de conflito. Eles puderam se posicionar, argumentar e contra-argumentar e buscar alternativas, tanto empáticas quanto coerentes com posição contrária. A ideia era fazê-los entender que o grupo deveria se unir em busca de uma assistência adequada e acolhedora para a paciente, uma vez que ambos os lados buscavam seu bem-estar. Adicionalmente, a partir dessa situação, os residentes poderiam perceber como a inclusão de uma equipe interprofissional auxiliaria a equipe médica e a paciente na tomada da decisão. O Relato 13, da facilitadora, apresenta um momento do debate:

Coisas pequenas que a gente vai vendo, que a gente acha que demanda muito de uma coisa muito extraordinária, muito grande... “Ah, deixa eu tomar essa decisão logo porque senão vai demorar muito”. Não é. Basta ter vontade de se comunicar [...] e até é difícil ocupar esse peso de ter que tomar decisão de tudo [...] minha intenção não é desqualificar nenhuma profissão, colocar uma maior, outra menor. É mostrar que juntos a gente é [pode] mais. (Facilitadora)

Tal manejo mostra-se alinhado com a perspectiva de Previato e Baldissera (2018), segundo a qual, na Colaboração Interprofissional, nem sempre os conflitos precisam ser negativos ou resultar em comportamentos hostis e desagradáveis por parte dos participantes que estão em desacordo. As divergências manifestadas através de comunicação aberta e direta, com respeito e humildade, produzem “interações construtivas”, as quais são vistas como ferramentas que enriquecem o cuidado e a relação da equipe. Além disso, pode-se inferir que o debate acalorado está intimamente ligado aos modelos de formação dos profissionais, já que eles se formam separados, mas atuam em equipe (AGUILAR DA-SILVA, SCAPIN, BATISTA, 2011).

7.1.4 Quarto encontro

O quarto encontro envolveu atividades dinâmicas e problematizadoras relacionadas às competências resolução de conflitos e liderança colaborativa. É comum que no cotidiano profissional surjam discordâncias e conflitos nas relações estabelecidas; segundo a perspectiva da Colaboração Interprofissional, a competência de resolução ou gestão de conflitos diz respeito à forma como os profissionais lidam com esses conflitos. Assim, ela está diretamente ligada à comunicação interprofissional. Esta última, ainda hoje, é caracterizada como um obstáculo para a atuação das equipes de saúde de forma articulada, colaborativa e transformadora (AGRELI, PEDUZZI, SILVA, 2016)

Em consonância com o exposto acima, observa-se que, dentre as falas dos residentes sobre os possíveis geradores de conflitos no espaço de trabalho, destacaram-se o linguajar técnico de cada área e a dificuldade de diálogo entre os profissionais, em especial entre os de medicina e os das outras áreas. Eventualmente, isso faz com que alguns profissionais se sintam acuados, e até mesmo inferiorizados, pelos da equipe médica. Pode-se constatar isso no Relato 14:

Tem uns [profissionais] que é difícil de conversar. Esse desencontro de linguajar pode favorecer um conflito, né? E acho que o mais bonito é perceber que as coisas se completam. [...] Igual uma dificuldade que a farmácia tem muito grande com a medicina; a gente vai questionar, aí parece que a gente está confrontando, questionando o que eles tão fazendo [...] Essa coisa que tá sempre um chegando no outro com cinco pedras na mão, querendo mostrar quem sabe mais, quem tá mais correto. Eu acho que isso atrapalha muito a nossa relação profissional. (Participante 8 – farmacêutico)

Esse incômodo dos participantes no que diz respeito à relação com os profissionais de medicina também se mostra presente nas pesquisas de Baquião *et al.* (2019) e Pascual e Márquez (2019). Por isso, esses autores exaltam a necessidade de horizontalização do cuidado, via a inserção de espaços de compartilhamento e equiparação dos membros da equipe.

Como sugestão para solucionar esses ruídos de comunicação interprofissional e gerenciamento de conflitos, alguns dos participantes reforçaram a necessidade de haver estratégias institucionalizadas, como reuniões semanais pré-determinadas e programas de caráter colaborativo nos serviços, como exposto no Relato 15: “E sinceramente, eu estou em um momento crítico de não conseguir excluir a responsabilidade da instituição. Tem que estar institucionalizado” (Participante 4 – psicólogo). O Relato 16 aponta para a mesma direção: “[...] mas por isso que tem que ter [reunião]. É importante um ambiente comum, porque a partir do momento que eu comecei a ir na reunião da clínica médica, eles tinham a minha

figura lá”. (Participante 7 – fisioterapeuta). Estudos recentes relatam esforços para implementar algumas dessas estratégias de institucionalização, por exemplo, no PET-Saúde e nas equipes do NASF. Esses programas mobilizaram esforços dos profissionais no sentido de questionarem modelos fragmentados e inserirem novas abordagens em seus contextos (ALMEIDA *et al.*, 2021; ARAÚJO NETO *et al.*, 2018; DINIZ, MELO, VILAR, 2021).

Ainda nessa etapa do encontro, foi reproduzido o vídeo “O voo dos gansos” (BARROS, 2014), no intuito de estimular a liderança colaborativa entre os participantes. Esta é uma proposta contrária às formas de liderança fixa e hierárquica, nas quais uma categoria profissional tradicionalmente assume uma posição de superioridade, criando uma chefia dentro da equipe (WHO, 2010; CIHC, 2010). A liderança colaborativa busca o oposto: horizontalizar as relações dentro da equipe; o profissional que assume a liderança é aquele considerado o mais apto, no momento e/ou na ocasião, para responder às demandas do serviço e/ou do cuidado. Esse modelo de liderança motiva os membros da equipe a buscarem crescimento e capacitações e também promove o espírito de equipe (DINIZ, MELO, VILAR, 2021).

Trabalhadas as duas últimas competências, foi realizada a brincadeira “Dança da Cadeira”, a fim de obter o feedback dos participantes e realizar o fechamento dos encontros. A partir das respostas, os participantes apontaram como pontos positivos a interação e a troca possibilitadas pela intervenção nos e entre os programas de residência multiprofissional, como registrado no Relato 17: “Também tive durante o período daqui contato com o pessoal da medicina que não teria se não fosse o projeto. Foi uma aproximação muito bacana (Participante 4 – psicólogo).

Adicionalmente, foi elogiada a maneira como a facilitadora conduziu as atividades. Este foi considerado um fator importante para o bom desenvolvimento dos encontros, pois gerou um espaço de compartilhamento no qual os participantes se sentiam confortáveis para se expressarem. O Relato 18 demonstra isso:

Sim, ontem mesmo eu fui lá na pediatria, a [nome da participante de medicina] estava lá [...] Fica mais fácil o contato mesmo [...] Eu gostei muito! Achei que as discussões foram fluindo de forma natural e mesmo quando a gente ficava meio travado você soube conduzir para a gente acabar se soltando. (Participante 8 – farmacêutico).

Também foi reforçado pelos residentes que a adoção de metodologias ativas na execução da intervenção foi o ponto alto da pesquisa, pois eles se viram engajados e participativos nas tarefas propostas. Nesse sentido, o ponto de vista dos participantes corrobora Fernandes *et al.* (2020), que defendem que a utilização de metodologias ativas

estimula a troca de experiências, a colaboração interprofissional, a aprendizagem significativa a partir da reflexão-ação e a melhora do cuidado em saúde. Quanto às estratégias empregadas na intervenção do estudo, em especial as dinâmicas, nota-se que cumpriram seu papel de integração do grupo e contribuíram para compreensão dos assuntos abordados. Os destaques foram as dinâmicas “Telefone sem Fio” e “Travessia do Rio”, mencionadas pela maioria dos participantes.

Como aspecto negativo, os participantes pontuaram principalmente a necessidade de participação de mais residentes médicos, pois isso promoveria maior troca e construção de conhecimentos e saberes compartilhados. A percepção aparece no Relato 19: “E eu tinha a expectativa de que participasse mais acadêmicos da medicina e tudo mais, mas eu achei importante até mesmo sem a presença delas [sic.] para gente poder enriquecer a discussão. Eu gostei!” (Participante 5 – fisioterapeuta). Também no relato 20 há opinião dessa natureza: “Eu gostei muito, assim, dos temas, gostei bastante! Aí de parte, assim, negativa, eu achei também que ia participar mais [residente] da medicina” (Participante 8 – farmacêutico).

7.2 ENTREVISTA COMPLEMENTAR

A análise de conteúdo das entrevistas subsidiou a organização do *corpus* em quatro categorias temáticas pré-definidas, a saber: 1) Estrutura dos encontros; 2) Estratégia dos encontros; 3) Reverberações dos encontros na prática profissional e; 4) Futuras pesquisas. Os tópicos a seguir detalham o conteúdo de cada uma.

7.2.1 Estrutura dos encontros

A primeira categoria, denominada “Estrutura dos encontros”, reuniu relatos acerca da duração, da quantidade e dos dias de realização da intervenção. Sobre a quantidade e a duração, os participantes, em sua maioria, definiram como suficientes para contemplar as temáticas levantadas, considerando a rotina intensa e o pouco tempo que tinham disponível para participarem de atividades que extrapolam as estimuladas pelos programas de residência. De fato, isso configurou um grande desafio para o estabelecimento de um dia e horário em comum entre os residentes dos programas, como se vê no Relato 1: “Eu achei que foi bom. Achei uma quantidade boa; se fosse menos a gente não conseguiria abordar todos esses temas e aproximação da forma que a gente teve” (Participante 1 – assistente social).

Contudo, pode-se ressaltar que, apesar de essa ser a visão predominante, alguns participantes pontuaram que seria benéfico ter mais tempo de intervenção, por entenderem que o assunto é vasto e complexo. Eles também consideraram importante que a experiência fosse expandida para outros programas e residentes, como é visto no Relato 2: “[...] naquele momento eu achei adequado, mas eu acho que é uma coisa que deve continuar sendo trabalhada. [...] mas foi pra um grupo muito pequeno. Eu acho que isso tem que perpassar para outros grupos” (Participante 7 – fisioterapeuta).

A percepção dos residentes quanto ao impacto da carga-horária sobre a aquisição de conhecimentos específicos da EIP se mostra condizente com os resultados de dois outros estudos, o de Agreli *et al.* (2019) e o de Olson e Bialocerkowski (2014). Tais trabalhos evidenciaram que intervenções de curta duração – cuja carga horária não ultrapasse duas horas e meia – têm mais possibilidades de impactar positivamente os conhecimentos e as atitudes relacionadas ao trabalho interprofissional.

7.2.2 Estratégia dos encontros

A segunda categoria, denominada “Estratégia dos encontros”, refere-se aos relatos sobre o conteúdo, os materiais e os métodos adotados para o desenvolvimento dos encontros. Os participantes consideraram que as estratégias metodológicas empregadas foram favoráveis ao processo de aprendizagem, pois possibilitaram o envolvimento ativo do grupo nas discussões e na construção do conhecimento a partir de reflexões dialógicas e conjuntas. Isso está de acordo com o estudo de Rocha *et al.* (2017), que evidencia a importância das metodologias de interação ativa para o desenvolvimento do protagonismo e da autonomia dos indivíduos durante o processo de aprendizagem significativa. Nesse contexto, a adoção de métodos de ensino-aprendizagem que valorizem a reflexão e as experiências particulares dos profissionais no ambiente de trabalho podem potencializar suas competências colaborativas (FREIRE FILHO, *et al.* 2018).

Em relação ao conteúdo apresentado, os participantes destacaram que a compreensão dos conceitos das competências interprofissionais lhes possibilitou desenvolver uma visão mais integrada da atuação e um entendimento mais elaborado das especificidades das profissões inseridas nos programas de residência. Tiveram destaque especial nas falas dos participantes as competências “clarificação de papéis” e “cuidado centrado na pessoa/família/comunidade”. Os resultados vão na mesma linha do estudo de Freire Filho *et al.* (2018), que enfatizaram a importância dessas duas competências no trabalho em equipe,

por se constituírem como pressupostos centrais para transpor a hierarquia profissional e a atenção centrada na doença.

Todavia, deve-se dar atenção ao relato de uma participante que afirmou não conseguir visualizar uma aplicabilidade das temáticas, devido ao contexto de trabalho que vivencia. Sua opinião é registrada no Relato 3: “Então, assim, fiquei satisfeita por conhecer e tudo, mas em partes, porque não é uma coisa que eu consiga ver no dia a dia, entendeu?” (Participante 9 – médica). Em relação a esta fala, é viável refletir sobre a posição de segregação ainda existente entre a formação médica e as demais formações profissionais (marcada, inclusive, pelo fato de haver programas de residência específicos para essa profissão, mesmo que atuem no mesmo campo das demais), o que pode promover o fortalecimento de tal perspectiva. E, como assinalam Nascimento e Omena (2021), posicionamentos como esses revelam a resistência ainda existente à implementação da interprofissionalidade, a qual provavelmente está associada à ligação ainda muito forte com o modelo tradicional de assistência e com a atuação isolada, dissociada e fragmentada de determinados profissionais nos serviços. Ainda nessa discussão, segundo Peduzzi *et al.* (2013), operacionalizar uma nova forma de atuação pode causar dificuldades, dúvidas e tensões. Tudo isso apenas reforça a importância de se ampliarem as intervenções como a do presente trabalho.

A metodologia ativa adotada na condução dos encontros foi considerada, unanimemente, satisfatória para a captação dos conteúdos. Para os participantes, a divisão em três momentos (dinâmica de aquecimento temático, discussão em grupo e articulação teórica) tornou os encontros mais dinâmicos e atrativos, sem que os assuntos se tornassem exaustivos, e também garantiu a participação e a interação entre os residentes dentro e fora dos espaços de intervenção da pesquisa. O Relato 4 evidencia esse posicionamento:

Juntando essas diferentes formas de interação, atividades, vídeo, cartilha, não ficava uma coisa cansativa. [...] Eu achei a interação muito boa [...] foi de uma forma mais reflexiva. E foi natural. Eu nunca tinha participado de um grupo daquela forma. (Participante 8 – farmacêutica)

A pesquisa de Mattos, Fernandes (2019) oferece contribuições nesse sentido, abordando a importância da combinação de várias estratégias de aprendizagem para tornar a iniciativa mais estimulante e interessante, diferentemente do modelo de aula considerado tradicional. Tal modelo, centrado no docente e no domínio cognitivo, vem se mostrando inadequado para a formação de qualquer profissional diante das atuais exigências e demandas do mercado de trabalho (VILLIERS, HESS, 2018; HAMMICK, *et al.*, 2009).

O recurso mais elogiado pelos participantes foi as dinâmicas, dentre as quais as preferidas foram a “Telefone Sem Fio”, a “Descascando Cebola” e a “Travessia do Rio”. As dinâmicas foram vistas como o ponto alto da intervenção no que diz respeito a favorecer a apreensão do conteúdo e a integração do grupo, como indicado no Relato 5: “[...] a parte de dinâmica é muito legal. Porque a gente aprende, a gente se diverte, a gente consegue ter uma visão melhor e depois a gente finaliza e fecha com chave de ouro com a parte teórica” (Participante 7 – fisioterapeuta). Portanto, esse tipo de atividade já se consolidou como indispensável em futuras replicações da pesquisa.

Vale destacar a fala de uma das participantes que, ao elogiar o modo como os encontros foram estruturados, também mencionou os efeitos positivos desse espaço de integração entre os residentes. O grupo de intervenção oportunizou que eles se conhecessem e que passassem a ter contato nos espaços institucionais, o que favoreceu os momentos de práticas conjuntas no campo de trabalho, como exposto no Relato 6: “[...] a gente não se conhecia assim, especialidades diferentes, grupos diferentes, e a gente tem a tendência de sempre se agrupar com quem se conhece, então como a maioria das pessoas não se conheciam, então isso foi muito bom” (Participante 6 – médica). O estudo realizado por Perego e Batista (2016), também com residentes, apontou resultados compatíveis com esses relatos. Os autores demonstram que há uma contribuição positiva da EIP para o contato entre as diferentes profissões, no sentido de que prepara os envolvidos para o exercício de práticas colaborativas. Além disso, uma equipe integrada, ancorada na ajuda e na colaboração entre os indivíduos para além do ambiente de trabalho, proporciona uma interação ativa entre seus componentes (GOULART *et al.* 2016).

7.2.3 Reverberações dos encontros na prática profissional

A terceira categoria, denominada “Reverberações dos encontros na prática profissional”, envolve as experiências de cunho prático adquiridas pelos participantes após a participação nos encontros interprofissionais. Pode-se citar, entre elas, as mudanças necessárias e os impasses para a atuação interprofissional. Os residentes manifestaram satisfação por terem participado desse espaço de aprendizagem e integração interprofissional no contexto de residência, em particular devido ao caráter inédito da pesquisa de propor um espaço conjunto entre os residentes dos programas multiprofissionais e dos programas médicos, como visto no Relato 7: “[...] o fato de estarem três médicas ali junto, sabe? Eu acho que isso foi inédito. Eu nunca vi eles participarem de uma atividade assim com a gente [...]

então a presença delas ali foi muito bom, marcou positivamente” (Participante 5 – fisioterapeuta). O relato reforça a importância de mais iniciativas como esta, que fomentem o contato frequente e a troca de saberes entre os profissionais, dentro dos serviços. Além disso, a integração comunicativa estimulada pela EIP auxilia na redução de atitudes negativas frente às demais áreas profissionais, justamente por proporcionar mais reconhecimento do trabalho e do papel do outro, além da eliminação de estereótipos negativos (REEVES *et al.*, 2013).

Alguns participantes manifestaram não terem percebido mudanças na atuação. Uma evidência particularmente notável foi a fala de um participante que frisou que, por ser um trabalho com uma parcela pequena da instituição, não consegue visualizar dimensões de mudança maiores, a níveis institucionais. Esse é, de fato, um grande desafio a ser superado para a efetivação da interprofissionalidade nos contextos de saúde. A questão pontuada pelo residente reflete os achados de Goulart *et al.* (2016), que mapearam a presença ainda significativa de uma organização de trabalho segmentada e um modelo clínico de atenção no cotidiano dos hospitais, o que compromete a prática colaborativa e limita as possibilidades de trabalho conjunto nas equipes.

Em uma linha de raciocínio semelhante, outros participantes destacaram a necessidade de institucionalização (por parte das coordenações das residências) de propostas como a realizada nesta pesquisa, como exposto no Relato 8: “[...] uma coisa que eu tinha até falado no grupo era a importância dessas atividades serem estruturadas de uma forma institucional, de estar definido ali no planejamento dos nossos cursos essas atividades de integração” (Participante 4 – psicólogo). Associando falas como essa às evidências do estudo de Goulart *et al.* (2016), fica claro que, para que o trabalho em equipe ocorra de maneira satisfatória, não basta apenas a vontade e a disponibilidade dos profissionais; é imprescindível que as condições organizacionais e gerenciais estejam alinhadas à proposta da interprofissionalidade com o intuito de (re)formular o modo de saber e fazer em saúde.

Em relação a mudanças de atuação entre os próprios participantes da intervenção, alguns relataram um estreitamento na relação interprofissional, uma vez que se perceberam mais ativos na busca por articulação com os colegas. Um participante reforçou a necessidade de reforço dessa experiência, para que eles não sejam novamente absorvidos pela lógica fragmentadora do serviço. Sua fala é transcrita no Relato 9:

Relato 9: Uma coisa que eu percebi é que uma das participantes veio me procurar depois do grupo para poder saber algum tipo de orientação de como se reportar ao serviço em relação a um caso específico. Isso foi uma influência do grupo de estar conectando essas pessoas. E da minha parte é a mesma coisa, de procurar mais outros profissionais para poder discutir e planejar os cuidados dos casos que a gente

tem contato. Mas, assim, é uma coisa que tem que estar sempre sendo reforçada, porque depois de um tempo a força contrária é grande, a quantidade serviço, o tempo passa rápido. (Participante 4 – psicólogo)

Algo semelhante foi observado no trabalho de Arruda *et al.* (2017), que investigou a colaboração interprofissional em um programa de residência multiprofissional em saúde da família. Os resultados do trabalho explicitaram o efeito gerativo de aproximação de caráter pessoal maior entre os participantes a partir de experiências interprofissionais, o que facilitou a comunicação entre eles no contexto de trabalho. Em outras palavras, as relações interpessoais estabelecidas possibilitaram a construção de vínculos, um fator determinante para a qualidade da colaboração (Baldwin, 2012).

Na percepção dos participantes, os principais impasses se localizaram nas próprias diferenças entre as categorias profissionais. Foi ressaltado o desafio que se constitui a comunicação e a interação entre os diferentes profissionais, principalmente entre os de medicina e os das outras profissões. Observe-se o Relato 11: “Acho que uma maior interação entre a equipe, eu sinto que ainda não é possível, sabe? [...] principalmente com os profissionais médicos, acho que ainda não tem muita abertura, eu acho que ainda é um pouco cada um no seu quadrado” (Participante 1 – assistente social).

Para Costa *et al.* (2021), a dificuldade de comunicação e de aplicação de práticas colaborativas decorre das relações de poder existentes entre as profissões historicamente constituídas, o que torna a implementação da EIP algo ainda mais desafiador, tornando-se necessário repensar as ações possíveis para a transformação dos serviços e sistemas de saúde. Em concordância com essa perspectiva sobre os impactos das falhas de comunicação e de integração entre residentes médicos e multiprofissionais, dados produzidos em um estudo da pesquisadora (BAQUIÃO *et al.*, 2019) conduzido na mesma instituição do presente trabalho, evidenciam que a inexistência de espaços e estratégias formais de compartilhamento teórico e prático entre os programas de residência médica e multiprofissional configura uma limitação significativa para o diálogo e a atuação colaborativa, interferindo no seu sucesso.

Outro aspecto citado como limitador do contato e das trocas interprofissionais foi a configuração/estrutura dos próprios Programas de Residência, com destaque para o desafio da inadequação de espaços físicos, a rotina e os rodízios de trabalho singulares, como exposto no Relato 12: “Fora esse contexto [de pandemia], que está impossível neste momento, mas na vida normal eu acho que o que impediria seria eu acho que o dia a dia de cada serviço, que não bate os horários e a gente não consegue sentar junto” (Participante 2 – médica). Os obstáculos elencados também foram relatados, em maior ou menor grau, por outros autores

em seus respectivos trabalhos, os quais sugerem a necessidade de estruturação da prática e das condições de trabalho, de modo a garantir o desenvolvimento dos residentes em sua atuação e em suas relações com os demais profissionais inseridos nos serviços (ARRUDA *et al.*, 2017; CASANOVA, BATISTA, RUIZ-MORENO, 2018; MARIN *et al.*, 2010; PEDUZZI *et al.*, 2011; CASANOVA *et al.*, 2018).

Há, ainda, os impasses oriundos da formação profissional, já que, muitas vezes, os cursos de formação não incluem uma preparação coerente com a prática interprofissional. Isso é agravado com a limitação que os novos profissionais sentem quando vão atuar como residentes, como mencionado no Relato 13: “[...] é difícil de ver a distância que há, de que a gente já vem de uma grade curricular do ensino superior que não sustenta, já vem a falha de antes, sabe? [...] a gente tá meio que correndo atrás de uma coisa que já veio assim” (Participante 4 – psicólogo). Apesar das discussões cada vez mais frequentes acerca da EIP, o modelo tradicional de ensino fragmentado ainda permeia os espaços de formação em saúde (ARAÚJO *et al.*, 2017). Assim, conforme ilustrado na fala do residente, os profissionais continuam sendo formados dentro de uma perspectiva disciplinar unilateral e especializada (FREIRE FILHO *et al.*, 2018) – aspecto que reforça, novamente, a necessidade da institucionalização de ações voltadas à educação interprofissional e às práticas colaborativas.

Por fim, não há como não ressaltar a atipicidade do ano de 2020, devido ao contexto de pandemia da COVID-19, que impossibilitou uma rotina “comum” e impactou ainda mais o convívio da equipe, como nota-se no Relato 14: “[...] o contexto da pandemia diminuiu mais ainda a interação dos profissionais [...] Então, todo aquele esforço ali de trabalhar com a equipe e com os residentes multi e médicos ficou realmente, nesse último ano, bem limitado” (Participante 4 – psicólogo). O relato do participante condiz com o exposto por Mayo (2020), de que pandemia da COVID-19 intensificou as fragilidades e os limites de atuação dos profissionais de saúde com relação ao trabalho interprofissional. No entanto, o estudo realizado por Caneppele *et al.* (2020) com profissionais de saúde de serviços de Urgência e Emergência em uma cidade brasileira, concluiu que a colaboração interprofissional, que antes era ocasional entre as equipes analisadas, ficou fortalecida após o início dos casos de óbito no país, sugerindo que o contexto pandêmico exigiu o desenvolvimento da perspectiva de (re)estruturação e articulação dos serviços.

7.2.4 Futuras pesquisas

A quarta categoria, denominada “Futuras pesquisas”, trata-se de relatos sobre os pontos/situações da intervenção que os participantes acreditavam que deveriam ser mantidas ou retiradas em ocasiões futuras. Houve unanimidade quanto à importância e o papel das dinâmicas para o grupo, pois ofereceram momentos em que os participantes puderam se sentir descontraídos e integrados. Além disso, apesar da leveza do método, ele é capaz de fomentar um debate sobre o conteúdo apresentado e aprendido, como exposto no Relato 16: “[...] eu não tiraria nenhuma das dinâmicas que você usou, achei todas muito criativas, [elas] prendiam a gente àquele momento e a gente realmente estava naquele momento participando, discutindo, ouvindo o outro, se colocando um pouco no lugar do outro” (Participante 1 – assistente social). Os resultados são concordantes com os apresentados no estudo de Araújo *et al.* (2017), em que se evidencia a contribuição das metodologias interacionistas (preconizadas pela EIP), como as dinâmicas de grupo, para que o processo de ensino-aprendizagem seja mais prazeroso, estimulante e potencializador da prática crítico-reflexiva.

Sobre o que os residentes gostariam que fosse mudado em atividades futuras, alguns não deram nenhuma sugestão, por não conseguirem, no momento da entrevista, pensar em ou pontuar algo para ser alterado. Algo que pode ter dificultado esse processo é o fato de terem se passado seis meses desde a experiência da pesquisa-intervenção. Outros, porém, mencionaram possíveis mudanças em relação ao espaço físico, como exemplificado pelo Relato 17: “Eu sei que a gente tem uma certa limitação lá no HU [...] eu acho que a única coisa que impactou um pouco foi o espaço” (Participante 6 – médica). Por isso, considera-se válido reavaliar o local de realização das atividades para o aprimoramento do projeto em intervenções futuras, já que a sala era pequena e localizada em um ambiente de barulho extremo (perto de uma escola infantil).

Por último, emergiu uma subcategoria de falas, na qual os participantes enfatizaram a importância da continuidade da pesquisa-intervenção. Para eles, isso era importante porque o projeto proporcionou um espaço de reflexão e ressignificação do ensino e da prática em serviço. Uma das falas nesse sentido é a do Relato 18:

Relato 18: [...] eu queria parabenizar vocês por esse curso, que eu achei muito, muito positivo; e que não acabe, que vocês continuem, porque é uma experiência que nós na residência não temos a possibilidade de participar, de conversar, de discutir, e é uma das coisas que eu sinto mais falta, essa junção, e vocês fizeram isso muito bem, só queria parabenizar. (Participante 1 – assistente social)

Nota-se, então, que a intervenção propiciou a interação entre os participantes, reverberando na construção de um conhecimento sobre o saber e fazer próprio, do outro, e também o colaborativo. Os residentes foram capazes de refletir sobre seu modelo de formação e sua atuação nos serviços de saúde. Sendo assim, é importante que novas pesquisas-intervenção sejam empregadas, nas quais números mais elevados de profissionais tenham a possibilidade de se envolver experiências similares – e ainda mais amplas. Com isso, poderemos avaliar de maneira mais abrangente os impactos das intervenções a longo prazo sobre o trabalho em equipe interprofissional.

Cabe mencionar que os resultados apresentados foram organizados e publicados em formato de artigo, em 2022, na Revista Saúde e Pesquisa. O trabalho foi intitulado “Educação e colaboração interprofissional: resultados qualitativos de uma intervenção com residentes” (Apêndice VIII).

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO – ESTUDO II

Devido ao Estudo II ter sido desenhado sob uma perspectiva quantitativa, optou-se por apresentar os resultados e a discussão separadamente. Seu objetivo foi avaliar a prontidão e as atitudes dos 39 residentes participantes, vinculados às residências em saúde, de diferentes níveis de atenção, quanto à aprendizagem conjunta e as habilidades e experiências interprofissionais necessárias ao trabalho em equipe. Para mensurar isso, foram utilizadas escalas interprofissionais, a saber: RIPLS, EAFTE, TSS e IEPS.

Os resultados deste estudo foram organizados em quatro categorias, a saber: 1) prontidão para a aprendizagem interprofissional (medida pela escala RIPLS); 2) papel da residência nas atitudes dos profissionais para a aprendizagem conjunta (medida pela escala EAFTE); 3) experiências profissionais para a prática colaborativa (medida pela IEPS); 4) as habilidades dos profissionais para o trabalho em equipe colaborativo (medida pela TSS).

8.1 PRONTIDÃO PARA A APRENDIZAGEM INTERPROFISSIONAL

A primeira categoria analisada foi a disponibilidade dos residentes para o aprendizado compartilhado com os profissionais de outras áreas. Para isso, foi utilizada a escala RIPLS, composta por 27 itens. Conforme apresentado na metodologia, essa escala é dividida em três dimensões: 1) “Trabalho de equipe e colaboração”; 2) “Identidade profissional” (aspectos positivos e negativos); e 3) “Atenção à saúde centrada no paciente”. Na Tabela 6 são apresentadas as classificações da escala, com as seguintes variações: Concordo Fortemente (CF), Concordo (C), Indeciso (I), Discordo (D) e Discordo Fortemente (DF).

Tabela 6 – Escala de Prontidão para o Aprendizado Interprofissional (RIPLS)

Dimensão 1 – Trabalho em equipe e colaboração (Itens 1-9 e 12-16)		Escala	N	%
1	A aprendizagem junto com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde	CF	35	87,50
		C	4	10,00
		I	1	2,50
2	Em última análise os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver problemas de pacientes	CF	38	95,00
		C	2	5,00
3	Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumentará minha capacidade de compreender problemas clínicos	CF	35	87,50
		C	5	12,50
4	A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde durante a graduação melhoraria os relacionamentos após a graduação	CF	34	85,00
		C	6	15,00

5	Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde	CF	33	82,50
		C	6	15,00
		I	1	2,50
6	A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais	CF	28	70,00
		C	7	17,50
		I	4	10,00
		D	1	2,50
7	Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar em e respeitar uns aos outros.	CF	32	80,00
		C	8	20,00
8	Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde	CF	33	82,50
		C	7	17,50
9	A aprendizagem compartilhada me ajudará a compreender minhas próprias limitações	CF	33	82,50
		C	6	15,00
		I	1	2,50
12	Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso	I	1	2,50
		DF	34	85,00
		D	5	2,50
13	A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais	CF	29	72,50
		C	9	22,50
		DF	2	5,00
14	Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outros profissionais da saúde	CF	28	70,00
		C	8	20,00
		I	4	10,00
15	A aprendizagem compartilhada ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes	CF	31	77,50
		C	8	20,00
		I	1	2,50
16	A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe	CF	34	85,00
		C	6	15,00
Dimensão 2– Identidade profissional (Itens referentes à identidade profissional negativa – 10, 11, 17, 19 e 21) (Itens referentes à autonomia profissional e aos objetivos clínicos de cada profissão – 22-24)		Escala	N	%
10	Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde	I	1	2,50
		DF	34	85,00
		D	5	12,50
11	Não é necessário que estudantes de graduação da área da saúde aprendam juntos	DF	34	85,00
		D	6	15,00
17	A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos	CF	1	2,50
		I	1	2,50
		DF	29	72,50
		D	9	22,50
19	Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde	CF	2	5,00
		C	5	12,50
		I	5	12,50
		DF	18	45,00
		D	10	25,00
21	Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse	CF	2	5,00

	mais sobre um tópico do que eu	C	2	5,00
		I	4	10,00
		DF	18	45,00
		D	14	35,00
22	Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional (autonomia profissional)	CF	8	20,00
		C	18	45,00
		I	12	30,00
		D	2	5,00
23	Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional (objetivo clínico)	CF	1	2,50
		C	4	10,00
		I	8	20,00
		DF	12	30,00
		D	15	37,50
24	Minha principal responsabilidade como profissional será tratar meu paciente (objetivo clínico)	CF	9	22,50
		C	16	40,00
		I	4	10,00
		DF	2	5,00
		D	9	22,50
Dimensão 3 – Atenção à saúde centrada no paciente (Itens 25-29)		Escala	N	%
25	Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente (situação do paciente)	CF	31	77,50
		C	6	15,00
		I	3	7,50
26	Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim (situação do paciente)	CF	34	85,00
		C	6	15,00
27	Procuro transmitir compaixão aos meus pacientes (situação do paciente)	CF	28	72,50
		C	8	20,00
		I	2	5,00
		D	1	2,50
28	Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto (situação do paciente)	CF	38	80,00
		C	8	20,00
29	Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes (situação do paciente)	CF	34	80,00
		C	5	12,50
		D	1	2,50

Fonte: a autora (2022).

Os dados estatísticos apresentados na Tabela 6 apresentam a significância de cada domínio conforme o disposto a seguir. É importante observar que todos os domínios tiveram distribuição assimétrica. Nesse sentido, foram usados a mediana e os percentis (25 e 75) para a soma dos escores.

No domínio 1, “Trabalho em equipe e colaboração” (pontuação entre 14-70), quanto menor a pontuação da soma dos escores, maior a prontidão para a aprendizagem conjunta, o trabalho colaborativo e a confiança entre os profissionais. O resultado obtido foi apresentado em média dos escores $\pm$ desvio padrão: $20,84 \pm 3,97$ e mediana (P25-P75): 18,50 (18,00-23,00). A soma dos escores variou entre 18 e 32. Neste aspecto, pode-se entender que os

participantes concordaram que, durante a formação acadêmica, a aprendizagem compartilhada entre profissionais de diferentes áreas pode favorecer o relacionamento entre eles, melhorando a comunicação e a habilidade para o trabalho em equipe, além de possibilitar mais clarificação e valorização dos papéis profissionais.

O domínio 2, “Identidade profissional”, foi dividido em atitudes negativas para a aprendizagem interprofissional (2-) e atitudes positivas (autonomia profissional e objetivos clínicos de cada profissão) (2+). No subdomínio (2-), atitudes negativas, (pontuação 5-25), quanto maior a pontuação da soma dos escores, menos são as atitudes negativas para a aprendizagem conjunta (ou seja, este domínio é analisado inversamente aos demais). Obteve-se como média dos escores $\pm$ desvio padrão: $22,08 \pm 2,51$ e mediana (P25-P75): 23,00 (21,00-24,00). A soma dos escores variou entre 14 e 25. No subdomínio (2+), autonomia profissional e objetivos clínicos de cada profissão (pontuação 3-15), quanto menor a pontuação da soma dos escores, maior a autonomia profissional. A média dos escores $\pm$ desvio padrão foi de $4,89 \pm 1,57$, e a mediana foi de (P25-P75): 4,00 (4,00-6,00). A soma dos escores variou entre 3 e 8. Desse modo, quanto às atitudes negativas para a aprendizagem compartilhada, há reprovação, por parte dos participantes, da prática de se colocar a equipe multiprofissional como apoio à equipe médica e da visão de que algum conhecimento e/ou habilidade profissional é mais importante ou melhor que o dos demais profissionais. Já em relação às atitudes positivas, os participantes demonstram estar de acordo com a necessidade de autonomia e de valorização do papel que cada profissional desempenha no diagnóstico e tratamento dos pacientes.

No domínio 3, “Atenção à saúde centrada no paciente” (pontuação 2-25), quanto menor a pontuação da soma dos escores, maior a percepção positiva sobre a atenção centrada no paciente. A média dos escores $\pm$ desvio padrão foi de $9,76 \pm 1,99$, e a mediana, (P25-P75): 10,00 (8,00-11,00). A soma dos escores variou entre 6 e 15. Esses resultados nos mostram que a maioria dos participantes concordam que o cuidado deve ser focado no paciente, o que reforça a visão de que os profissionais devem estabelecer uma relação de confiança, compreensão e respeito quanto às singularidades das demandas dos pacientes e desenvolver habilidades de interação e cooperação com eles.

Em seguida foi mensurada a correlação de Spearman (r_s) entre os domínios da escala, obtendo-se os resultados a seguir. O domínio “Trabalho em equipe e colaboração” apresentou correlação significativa, positiva e de intensidade moderada ($p < 0,001$; $r_s = 0,538$) com o domínio “Identidade profissional: autonomia profissional e objetivos clínicos de cada profissão”, o que sugere que o trabalho em equipe pode fortalecer os aspectos positivos da identidade profissional. O domínio “Trabalho em equipe e colaboração” apresentou, ainda,

correlação significativa, negativa e de intensidade moderada ($p=0,003$; $r_s=-0,466$) com o domínio “Identidade Profissional: aspectos negativos”, o que demonstra que, quanto maiores os aspectos negativos relativos à percepção dos entrevistados sobre a aprendizagem colaborativa, menor a possibilidade de trabalho em equipe e colaboração entre os profissionais. O domínio “Atenção à saúde centrada no paciente” demonstrou correlação significativa, positiva e de intensidade moderada ($p = 0,01$; $r_s = 0,412$) com o domínio “Identidade Profissional: aspectos positivos”, o que indica que, quanto maiores a autonomia profissional e o foco nos objetivos clínicos, maior a atenção centrada no paciente.

Após a análise dos domínios, ainda foram realizadas comparações entre eles com as seguintes variáveis: curso de graduação, tempo de residência e tipo de programa inserido. O intuito era identificar interferências/diferenciações dessas variáveis sobre a disponibilidade dos residentes para a aprendizagem conjunta. Devido à os três domínios possuírem distribuição assimétrica, foi realizado o teste de Kruskal-Wallis, que demonstrou não haver diferenças significativas quanto a tempo de residência e curso de graduação ($p>0,05$). Não foi possível comparar os dados quanto ao tipo de programa da residência, em função do tamanho amostral limitado. Os resultados dessas comparações seguem nas Tabelas 7, 8, e 9.

Tabela 7 – Média dos escores da escala RIPLS conforme curso de graduação

Curso	Nº de participantes	Média
Farmácia	10	2,14
Enfermagem	8	2,15
Nutrição	5	2,22
Fisioterapia	5	2,08
Educação Física	3	2,30
Medicina	3	2,08
Serviço Social	3	2,17
Psicologia	3	1,97

Fonte: a autora (2022).

Tabela 8 – Média dos escores da escala RIPLS conforme tempo de residência

Tempo	Nº de participantes	Média
1 a 6 meses	11	2,35
7 a 12 meses	13	2,19
13 meses ou mais	16	2,14

Fonte: a autora (2022).

Tabela 9 – Média dos escores da escala RIPLS conforme tipo de programa de residência

Tipo	Nº de participantes	Média
Saúde do adulto	24	2,10
Atenção Hospitalar	11	2,16
Saúde da Família	2	2,25
Residência Médica	3	2,08

Fonte: a autora (2022).

8.2 PAPEL DA RESIDÊNCIA NAS ATITUDES PARA A APRENDIZAGEM E PRÁTICA INTERPROFISSIONAL

A segunda variável analisada foi a influência da residência sobre as atitudes dos participantes para a aprendizagem conjunta e o desenvolvimento de práticas colaborativas. Foi utilizado o instrumento de medida EAFTE, que é uma escala composta por 20 assertivas. Devido à distribuição assimétrica, foram utilizadas a mediana e os percentis (25 e 75) para a soma dos escores, com uma variação de 20 a 80. Quanto à soma dos escores, pontuações mais baixas indicam atitudes melhores para o trabalho em equipe. A média e desvio padrão e a mediana (P25-P75) da soma dos escores foi de, respectivamente, $27,92 \pm 9,28$ e 24,00 (20,00-36,00). A soma dos escores variou entre 20 e 54.

A escala foi dividida em três dimensões: 1) “Aprendizagem compartilhada na residência”; 2) “Formação para o trabalho em equipe”; 3) “Desenvolvimento de competências para práticas colaborativas”. Na Tabela 10 são utilizados os seguintes fatores de escala: Concordo Totalmente (CT), Concordo (C), Discordo (D) e Discordo Totalmente (DT), sendo as classificações somadas, a título de melhor visualização dos resultados concordantes e discordantes.

Tabela 10 – Escala Atitudinal para a Formação do Trabalho em Equipe na Residência

Multiprofissional – EAFTE

Dimensão 1 – Aprendizagem compartilhada (Itens 6, 8, 11, 12, 13, 16 e 20)		Escala	N	%
6	As aprendizagens compartilhadas na residência multiprofissional permitem que profissionais de diferentes áreas da saúde reconheçam seus espaços e limites no cuidado a ser prestado em saúde	CT +C D + DT	36 4	90,00 10,00
8	A residência multiprofissional em saúde permite a integração das ações e dos saberes das diferentes categorias profissionais, de forma compartilhada	CT +C D + DT	36 4	90,00 10,00
11	A aprendizagem compartilhada na residência multiprofissional possibilita o desenvolvimento de competências para uma atuação interdisciplinar, necessária para a integridade no cuidado em saúde	CT D + DT	39 1	97,50 2,50
12	As aprendizagens compartilhadas na residência multiprofissional permitem que profissionais de diferentes áreas de saúde compreendam e reconheçam melhor o seu papel e o do outro na atuação em saúde	CT + C	40	100,00
13	A aprendizagem compartilhada propicia uma visão ampliada e integrada do processo saúde-doença, considerando a integração dos saberes e de cada profissional	CT+C	10	100,00
16	A aprendizagem compartilhada estimula os profissionais de saúde na busca de soluções para os problemas de saúde encontrados na prática	CT+C D + DT	38 2	95,00 5,00
20	As aprendizagens compartilhadas na residência multiprofissional colocam os residentes em uma relação de interdependência, complementaridade e corresponsabilidade frente ao cuidado	CT +C D + DT	36 4	90,00 10,00
Dimensão 2 – Formação para o trabalho em equipe (Itens 2, 4, 5, 15, 17 e 18)		Escala	N	%
2	A residência multiprofissional prepara os profissionais para o respeito pelas diferenças das categorias profissionais, o planejamento participativo e a prática da tolerância e negociação, habilidades essenciais para a atuação em equipe	CT + C D + DT	36 4 4	90,00 10,00 10,00
4	A formação para o trabalho em equipe diminui as resistências encontradas nos profissionais e serviços quando a prática em saúde é compartilhada, favorecendo a interprofissionalidade	CT + C	40	100,00
5	A formação de equipe é um processo complexo que exige dos profissionais uma comunicação horizontalizada e o reconhecimento das expectativas pessoais e profissionais	CT + C	40	100,00
15	O trabalho em equipe que integra os diversos saberes exercidos na residência multiprofissional enriquece e produz a transformação do conhecimento e da prática das diversas categorias profissionais envolvidas	CT + C	40	100,00
17	O trabalho em equipe na Residência Multiprofissional tem como objetivo principal alcançar a integridade do cuidado, superando o modelo biomédico e hospitalocêntrico vigente	CT +C D + DT	37 3	92,50 7,50
18	A contribuição e integração das categorias profissionais constituem o eixo estruturante da residência multiprofissional, possibilitando ao residente reconhecer melhor seu papel dentro da equipe	CT +C D + DT	38 2	95,00 5,00

Dimensão 3 – Desenvolvimento de competências para práticas colaborativas (Itens 1, 3, 7, 9, 10, 14 e 19)		Escala	N	%
1	A residência multiprofissional possibilita o desenvolvimento de competências para uma prática colaborativa entre os residentes, potencializando suas habilidades e pontos fortes com uma visão ampliada de saúde	CT +C D + DT	38 2	95,00 5,00
3	Práticas colaborativas não se referem somente a acordo e comunicação, mas a criação de sinergia, pois ocorrem quando há interação entre as diferentes profissões para criar uma compreensão compartilhada	CT +C D + DT	39 1	97,50 2,50
7	A integração dos profissionais de saúde na residência multiprofissional possibilita uma postura de compartilhamento na prática em serviço	CT +C D + DT	38 2	95,00 5,00
9	A prática colaborativa no trabalho em equipe possibilita uma atuação integrada entre os profissionais de saúde, produzindo melhores resultados em saúde	CT +C D + DT	38 2	95,00 5,00
10	Para uma prática colaborativa eficaz na residência multiprofissional são necessários mecanismos como força de trabalho colaborativa, apoios institucionais e cultura de trabalho ambiente	CT +C	40	100,00
14	A residência multiprofissional prepara os residentes para um processo de trabalho colaborativo, ampliando a visão do processo saúde e doença.	CT +C	40	100,00
19	Maior grau de satisfação dos pacientes, melhor aceitação da assistência e melhores resultados de saúde são encontrados após o cuidado prestado por uma equipe de saúde colaborativa	CT +C	40	100,00

Fonte: a autora (2022).

Os dados apresentados na Tabela 10 demonstram a significância de cada domínio, conforme disposto a seguir. No domínio 1, “Aprendizagem compartilhada na residência”, (pontuação entre 7-28), quanto menor a pontuação da soma dos escores, melhores as atitudes para a aprendizagem compartilhada na residência. A média dos escores $\pm$ desvio padrão foi de $9,79 \pm 3,46$, e a mediana, (P25-P75): 8,50 (7,00-13,00). A soma dos escores variou entre 7 e 19. Assim, os dados demonstram que os participantes percebem a influência positiva da residência na aprendizagem compartilhada entre as categorias profissionais, tendo como princípio orientador a educação interprofissional.

Para o Domínio 2, “Formação para o trabalho em equipe” (pontuação 6-24), quanto menor a pontuação da soma dos escores, maior a percepção do papel da residência na formação para o trabalho em equipe. Obteve-se média dos escores $\pm$ desvio padrão: $8,39 \pm 2,74$ e mediana (P25-P75): 7,00 (6,00-11,00). A soma dos escores variou entre 6 e 14. Neste aspecto, os dados apresentados indicam que as residências fortalecem a formação dos profissionais para o trabalho em equipe, pois difundem os conceitos de integralidade do cuidado e dos aspectos de promoção, prevenção e reabilitação em saúde.

No Domínio 3, “Desenvolvimento de competências para práticas colaborativas” (pontuação 6-24), quanto menor a pontuação da soma dos escores, maior a percepção de desenvolvimento de práticas colaborativas para a obtenção de melhores resultados clínicos na residência. A média dos escores $\pm$ desvio padrão foi de $9,68 \pm 3,30$, e a mediana, (P25-P75): 8,00 (7,00-12,00). A soma dos escores variou entre 7 e 21. Desse modo, os dados demonstram que os participantes percebem a contribuição da residência no desenvolvimento de competências para o exercício de atividades de serviço colaborativas entre os profissionais.

Foi calculada a Correlação de Spearman entre os domínios da escala. Os três domínios do instrumento apresentaram correlação positiva entre si, com coeficientes de correlação maiores que 0,9 e inferiores a 1 e $p < 0,001$. Isso revela que a residência configura uma importante estratégia de formação em EIP, exercendo o papel de difusão e fortalecimento das aprendizagens conjuntas e das práticas colaborativas. Foi realizado também o teste de Kruskal-Wallis, que demonstrou não haver diferenças significativas quanto à EAFTE no tempo de residência e no curso de graduação ($p > 0,05$). Em função do tamanho limitado da amostra, não foi possível realizar comparações quanto ao tipo de programa de residência. Os dados são sintetizados nas Tabelas 11, 12 e 13.

Tabela 11 – Média dos escores da escala EAFTE conforme curso de graduação

Curso	Nº de participantes	Média
Farmácia	10	1,47
Enfermagem	8	1,48
Nutrição	5	1,33
Fisioterapia	5	1,29
Educação Física	3	1,32
Medicina	3	1,37
Serviço Social	3	1,35
Psicologia	3	1,35

Fonte: a autora (2022).

Tabela 12 – Média dos escores da escala EAFTE conforme tempo de residência

Tempo	Nº de participantes	Média
1 a 6 meses	11	1,18
7 a 12 meses	13	1,46
13 meses ou mais	16	1,49

Fonte: a autora (2022).

Tabela 13 – Média dos escores da escala EAFTE conforme programa de residência

Tipo	Nº de participantes	Média
Saúde do adulto	24	1,26
Atenção Hospitalar	11	1,45
Saúde da Família	2	1,80
Residência Médica	3	1,37

Fonte: a autora (2022).

8.3 PERCEPÇÃO DA EXPERIÊNCIA INTERPROFISSIONAL

A terceira variável analisada foi a percepção dos residentes acerca de suas experiências interprofissionais, através da escala IEPS, composta por 18 itens, com variação de pontuação de 18 a 108. Pontuações mais elevadas da soma dos escores significam melhor percepção das experiências interprofissionais. Como foi constatada distribuição normal, utilizou-se média e desvio padrão. A média e desvio padrão e a mediana (P25-P75) da soma dos escores desta escala foram, respectivamente, $73,098 \pm 10,57$ e 73,50 (66,00-80,00). A soma dos escores variou entre 48 e 93.

A escala IEPS também é subdividida em domínios, a saber: 1) “Competência profissional e autonomia”; 2) “Cooperação profissional”; 3) “Real cooperação e partilha de recursos dentro e entre profissões”; 4) “Contribuições e valor de outros profissionais/profissões”. A Tabela 14 apresenta a descrição dos escores da escala, organizada sob a seguinte classificação: Discordo Fortemente (DF); Discordo (D); Discordo Parcialmente (DP); Concordo Parcialmente (CP); Concordo (C); Concordo Fortemente (CF). As classificações DF e D, DP e CP, C e CF foram somadas, a título de melhor visualização dos resultados concordantes e discordantes.

Tabela 14 – Escala de Percepção da Experiência Interprofissional (IEPS)

Dimensão 1 – Competência profissional e autonomia (Itens 1, 3-7, 9, 10 e 13)	Escala	N	%
1 Indivíduos da minha profissão são bem treinados	D + DF	2	5,00
	DP + CP	28	70,00
	C + CF	10	25,00
3 Indivíduos da minha profissão demonstram uma grande autonomia	D + DF	9	22,5
	DP + CP	17	42,5
	C + CF	14	35,00
4 Indivíduos de outras profissões respeitam o trabalho realizado pela minha profissão	D + DF	14	35,00
	DP + CP	22	55,00
	C + CF	4	10,00

5	Indivíduos da minha profissão são muito positivos sobre suas metas e objetivos	D + DF DP + CP C + CF	8 19 13	20,00 47,5 32,5
6	Indivíduos da minha profissão precisam cooperar com outras profissões	DP + CP C + CF	4 36	10 90
7	Indivíduos da minha profissão são muito positivos sobre suas contribuições e realizações	D + DF DP + CP C + CF	5 15 20	12,50 27,50 50,00
10	Indivíduos da minha profissão confiam no julgamento de outros profissionais	D + DF DP + CP C + CF	3 22 15	7,50 55,00 37,50
13	Indivíduos da minha profissão são extremamente competentes	D + DF DP + CP C + CF	2 15 23	5,00 37,5 57,5
Dimensão 2– Cooperação profissional (Itens 2 e 8)		Escala	N	%
2	Indivíduos da minha profissão são capazes de trabalhar de forma próxima com indivíduos de outras profissões	D + DF DP + CP C + CF	2 16 22	5,00 40,00 55,00
8	Indivíduos da minha profissão devem depender do trabalho de pessoas de outra profissão	D + DF DP + CP C + CF	22 9 9	55,00 22,50 22,50
Dimensão 3 - Cooperação e partilha entre as profissões (Itens 2, 14, 15, 16 e 17)		Escala	N	%
2	Indivíduos da minha profissão são capazes de trabalhar de forma próxima com indivíduos de outras profissões	D + DF DP + CP C + CF	2 16 22	5,00 40,00 55,00
14	Indivíduos da minha profissão estão dispostos a compartilhar informações e recursos com outros profissionais	D + DF DP + CP C + CF	1 8 29	2,50 25,00 72,50
15	Indivíduos da minha profissão têm bom relacionamento com pessoas de outras profissões	D + DF DP + CP C + CF	3 13 24	7,50 32,50 60,00
16	Indivíduos da minha profissão têm muita consideração com outras profissões relacionadas	D + DF DP + CP C + CF	3 15 22	7,50 37,50 55,00
17	Indivíduos da minha profissão trabalham bem uns com os outros	D + DF DP + CP C + CF	4 16 21	10,00 40,00 50,00
Dimensão 4 – Contribuição e valor de outras profissões (Itens 11, 12 e 18)		Escala	N	%
11	Indivíduos da minha profissão têm status mais alto do que indivíduos de outras profissões	D + DF DP + CP C + CF	33 4 3	82,50 10,00 7,50
12	Indivíduos da minha profissão se esforçam para compreender	D + DF	3	7,50

as capacidades e contribuições de outras profissões	DP + CP	21	52,50
	C + CF	16	35,00
18 Indivíduos de outras profissões frequentemente buscam o conselho de pessoas da minha profissão	D + DF	6	15,00
	DP + CP	17	42,50
	C + CF	17	42,50

Fonte: a autora (2022).

Os dados apresentados na Tabela 14 mostram a significância de cada domínio conforme disposto a seguir. No domínio 1, “Competência profissional e autonomia”, (pontuação entre 9-54), quanto maior a pontuação da soma dos escores, maior a competência e a autonomia profissional. A média dos escores $\pm$ desvio padrão foi de $36,87 \pm 6,17$, e a mediana, (P25-P75): 37,00 (33,00-42,00). A soma dos escores no domínio 1 variou entre 21 e 48. Neste aspecto, pode-se compreender que os participantes concordaram parcialmente quanto a indivíduos de suas áreas profissionais apresentarem autonomia, receberem treinamento adequado e/ou se sentirem extremamente competentes na sua própria profissão – ou seja, não se veem com um grau de autonomia e preparo profissional tão alto quanto gostariam para o exercício seguro da profissão.

No domínio 2, “Cooperação profissional” (pontuação entre 2-12), quanto maior a pontuação da soma dos escores, maior a percepção da cooperação profissional. A média dos escores $\pm$ desvio padrão foi de $7,63 \pm 1,99$, e a mediana, (P25-P75): 8,00 (6,00-9,00). A soma dos escores variou entre 3 e 12. Desse modo, pode-se entender que os participantes concordam parcialmente que são capazes de desenvolver um trabalho próximo e/ou articulado com as demais áreas profissionais – ou seja, eles observam uma certa dificuldade de os profissionais de diferentes áreas trabalharem próximos e/ou dependerem da articulação profissional entre si.

No domínio 3, “Cooperação e partilha entre as profissões” (pontuação entre 5-30), quanto maior a pontuação da soma dos escores, maior a percepção da partilha entre os profissionais. A média dos escores $\pm$ desvio padrão foi de $22,95 \pm 4,30$, e a mediana, (P25-P75): 23,00 (21,00-25,00). A soma dos escores variou entre 13 e 30. Dessa maneira, os resultados demonstram que os participantes concordam parcialmente quanto à capacidade de os profissionais da sua área profissional trabalharem bem com outras áreas profissionais, estabelecerem um bom relacionamento entre as áreas e se mostrarem dispostos a compartilhar informações e recursos com outros profissionais. Considerando-se estes resultados no contexto dos obtidos no domínio 2, aparentemente os participantes evidenciam também a dificuldade de cooperação e partilha entre as áreas profissionais.

No domínio 4, “Contribuição e valor de outras profissões” (pontuação entre 3-18), quanto maior a pontuação da soma dos escores, maior a percepção da contribuição e do valor de outras profissões. A média dos escores $\pm$ desvio padrão foi de $10,26 \pm 2,47$, e a mediana, (P25-P75): 10,00 (8,00-12,00). A soma dos escores variou entre 4 e 16. Assim, os participantes demonstram discordar parcialmente da necessidade de os profissionais buscarem apoio de outras categorias. Eles também não percebem que os profissionais se esforçam para buscar apoio e para compreender as contribuições de outras profissões.

Na Correlação de Pearson entre os domínios da escala, foi encontrada correlação moderada entre domínio 1 (competência profissional e autonomia) e os demais domínios da mesma escala ($p < 0,05$), o que sugere que, quanto maior a autonomia e competência profissional, maior a cooperação e partilha entre os profissionais e a valorização e contribuição deles. Foram realizadas, ainda, comparações entre o escore total da escala com as seguintes variáveis: a) tempo de residência, buscando-se analisar interferências de residentes conforme o tempo de programa (isto é, se os residentes ingressantes têm percepção menor da interdisciplinaridade); b) tipo de programa, para averiguar se os vinculados aos programas de atenção primária, secundária e terciária e vinculados a programas médicos e profissionais apresentavam diferenças nos escores com relação à interdisciplinaridade; c) curso de graduação, com o intuito de determinar se os cursos mais tecnicistas, como medicina, enfermagem e farmácia, apresentam escores menores para a interdisciplinaridade. Ao se realizar ANOVA de uma via, não foi percebida diferença significativa ($p > 0,05$) entre as categorias tempo de formado e tempo de residência. Em função do tamanho amostral limitado, não foi possível realizar comparações quanto ao tipo de programa de residência e ao curso de graduação. Os dados estão nas Tabelas 15, 16 e 17.

Tabela 15 – Média dos escores da escala IEPS conforme curso de graduação

Curso	Nº de participantes	Média
Farmácia	10	4,03
Enfermagem	8	3,80
Nutrição	5	4,08
Fisioterapia	5	7,10
Educação Física	3	3,77
Medicina	3	4,53
Serviço Social	3	4,20
Psicologia	3	4,10

Fonte: a autora (2022).

Tabela 16 – Média dos escores da escala IEPS conforme tempo de residência

Tempo	Nº de participantes	Média
1 a 6 meses	11	4,21
7 a 12 meses	13	4,05
13 meses ou mais	16	3,90

Fonte: a autora (2022).

Tabela 17 – Média dos escores da escala IEPS conforme programa de residência

Tipo	Nº de participantes	Média
Saúde do adulto	24	4,10
Atenção Hospitalar	11	3,85
Saúde da Família	2	3,90
Residência Médica	3	4,53

Fonte: a autora (2022).

8.4 HABILIDADE PARA O TRABALHO EM EQUIPE INTERPROFISSIONAL

A quarta variável avaliada foram as habilidades dos profissionais para trabalhar em equipe interprofissional. Para tanto, foi utilizada a escala TSS, composta por 17 itens. A soma dos escores varia entre 17 e 85, e pontuações mais elevadas indicam que os respondentes percebem possuir maiores habilidades para o trabalho colaborativo. Em função da distribuição assimétrica dos dados, utilizou-se média e desvio padrão e mediana (P25-P75), obtendo-se, respectivamente, $67,92 \pm 13,11$ e 70,00 (64,00-79,00). A soma dos escores variou entre 35 e 85.

Esta escala é dividida em três dimensões, e para este estudo a terceira dimensão foi incorporada à segunda como adaptação do instrumento ao público-alvo, já que não caberia separar essa especificidade. Assim, apresentam-se dois domínios: 1) “Habilidades interpessoais”; 2) “Habilidades específicas e geriátricas”. Para a demonstração da escala TSS, será utilizada a seguinte classificação: Ruim (R), Razoável (Rz), Bom (B), Muito Bom (MB) e Excelente (Ex), conforme a Tabela 18.

Tabela 18 – Escala de Habilidades de Equipe – TSS

Dimensão 1 – Habilidades interpessoais (Itens 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 14, 15, 16 e 17)	Escala	N	%
1 Funcionar efetivamente em uma equipe interprofissional	Rz	2	5,00
	B	6	15,00
	MB	17	42,50
	Ex	15	37,50
2 Tratar os membros da equipe como colegas	B	5	12,50
	MB	12	30,00
	Ex	23	57,50
3 Identificar as contribuições que as diferentes profissões podem oferecer para o cuidado do paciente	Rz	2	5,00
	B	2	5,00
	MB	10	25,00
	Ex	26	65,00
5 Garantir que as preferências/metast do paciente/família sejam consideradas no desenvolvimento do plano de cuidado em equipe	R	1	2,50
	Rz	1	2,50
	B	3	7,50
	MB	19	47,50
	Ex	16	40,00
6 Lidar com as discordâncias efetivamente	R	3	7,50
	Rz	2	5
	B	13	32,50
	MB	12	30,00
	Ex	10	25,00
7 Fortalecer a cooperação entre as profissões	Rz	5	12,50
	B	5	12,50
	MB	9	30,00
	Ex	21	62,50
9 Abordar questões clínicas sucintamente em reuniões interprofissionais	R	3	7,50
	Rz	4	10,00
	B	7	17,50
	MB	17	42,50
10 Participar ativamente das reuniões da equipe	R	1	2,5
	Rz	5	12,50
	B	5	12,50
	MB	12	30,00
	Ex	17	42,50
11 Desenvolver um plano de cuidados interprofissional	R	1	2,5
	Rz	4	10,00
	B	11	27,50
	MB	9	22,50
	Ex	15	37,50
14 Levantar questões pertinentes nas reuniões da equipe	R	2	5,00
	Rz	3	7,50
	B	7	17,50
	MB	15	37,50
	Ex	13	32,50
15 Reconhecer quando a equipe não está funcionando bem	R	1	2,50

	Rz	2	5,00
	B	5	12,50
	MB	21	52,50
	Ex	11	27,50
16 Intervir efetivamente para melhorar o funcionamento da equipe	R	1	2,50
	Rz	5	12,50
	B	10	25,00
	MB	12	30,00
	Ex	12	30,00
17 Encorajar membros da equipe que não estão participando ativamente nas reuniões	R	6	15,00
	Rz	2	5,00
	B	13	32,50
	MB	10	22,00
	Ex	9	22,50
Dimensão 2 – Habilidades específicas para a disciplina			
(Itens 4, 8, 12 e 13)			
4 Aplicar os seus conhecimentos dos princípios geriátricos para o cuidado de idosos em um trabalho em equipe	R	1	2,50
	Rz	3	7,50
	B	7	17,50
	MB	16	40,00
	Ex	13	32,50
8 Cumprir as responsabilidades específicas do papel de sua profissão na equipe	Rz	1	2,50
	B	2	5,00
	MB	12	30,00
	Ex	25	62,50
12 Ajustar o seu cuidado para apoiar os objetivos da equipe	Rz	2	5,00
	B	9	22,50
	MB	12	30,00
	Ex	17	42,50
13 Desenvolver estratégias de intervenção que ajudem os pacientes a atingirem seus objetivos	Rz	1	2,5
	B	6	15,00
	MB	18	45,00
	Ex	15	37,50

Fonte: a autora (2022).

Os dados estatísticos apresentados na Tabela 18 apresentam a significância de cada domínio conforme disposto a seguir. No domínio 1, “Relações interpessoais” (pontuação entre 13-65), quanto maior a pontuação da soma dos escores, melhor a percepção sobre as relações interpessoais. A média dos escores $\pm$ desvio padrão foi de $52,29 \pm 10,53$, e a mediana, (P25-P75): de 52,00 (49,00-60,00). A soma dos escores variou entre 25 e 65. No domínio 2, “Habilidades específicas e geriátricas” (pontuação entre 4-20), quanto maior a pontuação da soma dos escores, melhor a percepção quanto às habilidades específicas de cada profissão. A média dos escores $\pm$ desvio padrão foi de $16,53 \pm 2,91$, e a mediana, (P25-P75) de 16,00 (15,00-19,00). A soma dos escores variou entre 10 e 20.

Com isso, pode-se entender que a maioria dos participantes acreditava possuir boas habilidades interpessoais (1) e específicas (2) para o trabalho em equipe. Contudo, é válido descrever alguns dados que se mostraram discrepantes, nos quais um número razoável de participantes optou pelas respostas “ruim” e “razoável”, indicando que, em alguns aspectos (em específico, nas habilidades de iniciativa e participação ativa nas reuniões e nas atividades de fortalecimento da equipe), percebiam possuir baixa habilidade, como pode ser visto nas questões a seguir:

- a) encorajar membros da equipe que não participam assiduamente das reuniões (8 respondentes – 6 responderam “ruim” e 2 responderam “razoável”);
- b) abordar questões clínicas em reuniões interprofissionais (7 respondentes – 3 responderam “ruim” e 4 responderam “razoável”);
- c) participar ativamente das reuniões em equipe (6 respondentes – 1 respondeu “ruim” e 5 responderam “razoável”);
- d) intervir efetivamente para melhorar o funcionamento da equipe (6 respondentes – 1 respondeu “ruim” e 5 responderam “razoável”).

Como nas demais escalas, foi realizada a comparação entre o escore total da TSS com tempo de residência, tempo de formado, tipo de programa e curso de graduação. Foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis, no qual não foram encontradas diferenças entre a TSS e o tempo de residência, o tempo de formado e o curso de graduação ($p>0,05$). Os dados estatísticos acusaram não haver tamanho amostral suficiente para executar o teste em comparação com o tipo de programa da residência. A partir dos resultados, pode-se refletir sobre o lugar que os residentes ocupam nos serviços/equipes de saúde, que interfere no senso de pertencimento à equipe e consequentemente na baixa percepção de autonomia e engajamento ativo na tomada de decisões e iniciativa. As Tabelas 19, 20 e 21 compilam os dados.

Tabela 19 – Média dos escores da escala TSS conforme curso de graduação

Curso	Nº de participantes	Média
Farmácia	10	3,95
Enfermagem	8	3,80
Nutrição	5	4,14
Fisioterapia	5	4,06
Educação Física	3	4,20
Medicina	3	4,30
Serviço Social	3	4,20
Psicologia	3	3,70

Fonte: a autora (2022).

Tabela 20 – Média dos escores da escala TSS conforme tempo de residência

Tempo	Nº de participantes	Média
1 a 6 meses	11	4,35
7 a 12 meses	13	3,85
13 meses ou mais	16	3,88

Fonte: a autora (2022).

Tabela 21 – Média dos escores da escala TSS conforme tipo de programa de residência

Tipo	Nº de participantes	Média
Saúde do adulto	24	3,97
Atenção Hospitalar	11	4,07
Saúde da Família	2	3,50
Residência Médica	3	4,30

Fonte: a autora (2022).

8.5 CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS RELACIONADAS À INTERPROFISSIONALIDADE

Como etapa final, foram checadas as correlações de Spearman entre as variáveis estudadas a partir das quatro escalas. Obteve-se correlação entre o domínio 1 da RIPLS (Trabalho em equipe e colaboração) com: EAFTE domínio 1 (Aprendizagem compartilhada na residência) - $r_s=0,643$ ($p<0,001$); EAFTE domínio 2 (Formação para o trabalho em equipe) - $r_s=0,537$ ($p=0,001$); EAFTE domínio 3 (Desenvolvimento de competências para práticas colaborativas) - $r_s=0,559$ ($p<0,001$). Todas as correlações foram significativas, diretas

(positivas) e de intensidade moderada. Isso indica que os participantes percebem a relação da aprendizagem compartilhada entre as categorias profissionais com o desenvolvimento do trabalho em equipe e colaborativo.

Foi também encontrada correlação da escala TSS (Habilidades interpessoais) com: EAFTE domínio 1 (Aprendizagem compartilhada na residência) - $r_s = -0,398$ ($p = 0,013$); EAFTE domínio 2 (Formação para o trabalho em equipe) - $r_s = -0,355$ ($p = 0,029$); EAFTE domínio 3 (Desenvolvimento de competências para práticas colaborativas) - $r_s = -0,349$ ($p = 0,032$). Todas essas relações foram significativas, inversas e de intensidade moderada. Apesar desse resultado se apresentar inverso essa é uma correlação considerada boa, devido ao fato de que na escala TSS os escores altos representam algo bom (“excelente”) e na escala EAFTE os escores altos representam algo ruim (“concordo totalmente”). Posto isto, faz-se a seguinte leitura dos resultados, quanto maiores as habilidades interpessoais dos respondentes, maior o papel da residência nas atitudes para a aprendizagem e prática compartilhada.

Ademais, houve também correlação da mesma escala (TSS – Habilidades interpessoais) com o domínio 4 da IEPS (Contribuições e valor de outros profissionais/profissões) - $r_s = 0,421$ ($p = 0,008$). Esta associação foi significativa, direta e de intensidade moderada. Tal correlação sugere que, na percepção dos participantes, o baixo interesse por buscar apoio e compreender a contribuição dos outros profissionais pode ter relação com habilidades interpessoais reduzidas para o trabalho em equipe.

A partir dessas correlações, pode-se concluir que a aprendizagem conjunta (entre diferentes profissões/profissionais) durante a graduação e a residência é vista como positiva, no sentido de que incentiva uma atuação mais articulada e colaborativa da equipe. Os participantes percebem que as habilidades interpessoais dos profissionais interferem no senso de contribuição e de valor da equipe. Porém, no sentido concreto da atuação, da vivência na residência, os respondentes não observam real contribuição; para eles, as experiências praticadas nos espaços de saúde (disponibilizados pelos programas de residência) não condizem com a proposta de aprendizagem conjunta.

8.6. DISCUSSÃO

Os resultados apresentados indicam que os residentes se percebem dispostos a aprender em conjunto com outras categorias profissionais. Além disso, acreditam que a aprendizagem compartilhada possibilitaria melhores condições de diálogo e comunicação

entre eles no campo de trabalho. Também favoreceria a clarificação e valorização da autonomia e dos papéis profissionais e, ainda, maior resolutividade das demandas dos usuários.

Os dados se mostram concordantes com a pesquisa de Porto *et al.* (2022), que utilizou os parâmetros da escala de medida RIPLS para identificar a existência de práticas interprofissionais dentre as equipes de serviços oncológicos no IMIP. O estudo evidenciou que 76% dos profissionais participantes manifestaram não ter experiência em atividades prévias de ensino interprofissional; porém, a maioria deles demonstrou disponibilidade para realizar atividades de aprendizagem compartilhada, pois concordava que elas são necessárias para o exercício em equipe interprofissional. Além dessa pesquisa, a revisão de Sarmento, França e Magnago (2022) corrobora os achados. Nesse estudo, os autores apresentam estudos que reconhecem o papel da comunicação, do compartilhamento, das competências comuns e colaborativas para o fortalecimento da EIP e das práticas colaborativas, sem que isso traga prejuízos para a autonomia e a identidade profissional.

Outro ponto analisado pelos participantes da presente pesquisa foi o papel exercido pela residência. Eles percebem a residência como um terreno fértil para a aprendizagem compartilhada e para o desenvolvimento das competências colaborativas que fundamentam o exercício do trabalho em equipe interprofissional.

Nesse sentido, cabe citar o estudo de Sarmento *et al.* (2022), o qual discorre sobre o papel desempenhado pelas residências em saúde (especificamente multiprofissionais) na transformação do modelo técnico-assistencial, uma vez que elas promovem espaços de compartilhamento de conhecimentos e desenvolvimento de práticas colaborativas entre diversas categorias profissionais. Isso favorece a identificação das demandas de saúde do usuário e a integração do cuidado (SARMENTO *et al.*, 2022). Contudo, as divergências de percepção e as confusões conceituais acerca do trabalho em equipe uni, multi e interprofissional pelos residentes podem atrapalhar o processo de aprendizagem e atuação conjunta (SARMENTO *et al.*, 2022; BAQUIÃO, 2017).

Também foi observado que os respondentes avaliam suas experiências interprofissionais de maneira insatisfatória, pois se veem sem autonomia e preparo suficientes para o exercício profissional. Eles percebem certa dificuldade no trabalho em proximidade e na cooperação entre as áreas e não observam atitudes positivas dos profissionais acerca das contribuições e valores das outras profissões.

Em relação à autonomia e ao preparo, pode-se pensar sobre a posição indefinida dos residentes nos serviços de saúde, já que eles não se percebem nem como estagiários nem

como profissionais preparados para assumir sozinhos algumas funções e responsabilidades. Estes aspectos vão ao encontro dos achados da pesquisadora (BAQUIÃO, 2017) quanto à falta de confiança e ao reconhecimento dos residentes enquanto profissionais graduados por grande parte da equipe dos serviços de saúde; muitas vezes eles são excluídos das tomadas de decisão conjunta da equipe de saúde. A exclusão ocorre, por exemplo, quando parte dos profissionais é colocada em participação passiva (posição de meros ouvintes) nas reuniões de equipe.

Outro ponto refere-se à correlação apresentada entre a dificuldade de cooperação e partilha e a autonomia e competência interprofissional. Essa integração potencializa o questionamento do modelo de formação fragmentado e especialista, denunciando a existência de competição e autoafirmação profissional. Estes são aspectos muito negativos para o desenvolvimento das habilidades profissionais colaborativas; por isso, é urgente a superação desse modelo para o efetivo trabalho em equipe (ALMEIDA, *et al.*, 2021). Além disso, a falta de compreensão e/ou valorização do papel do outro profissional prejudica o fazer colaborativo, uma vez que, para a integração da equipe, é vital que todos os seus integrantes conheçam as atribuições, os papéis, as limitações e as possibilidades de intervenção das diferentes áreas profissionais (NUNES *et al.*, 2014)

Por fim, em relação ao desenvolvimento de habilidades interpessoais para o trabalho em equipe interprofissional, a maioria dos residentes se avalia com boas habilidades. Contudo, os resultados evidenciam algumas dificuldades no que diz respeito às habilidades de proatividade e participação ativa nas atividades que demandam articulação, incentivo e coordenação da equipe.

Concordante com o exposto acima, Ribas (2019) apresenta em sua pesquisa que os residentes possuem poucas oportunidades para expressem suas opiniões, principalmente em reuniões, das quais muitas vezes nem participam. Portanto, é preciso que se estabeleçam medidas de integração entre os residentes, as equipes e os pacientes, no intuito de promover estratégias que contribuam positivamente para o aprendizado e engajamento de todos no serviço. Essa falta de autonomia dos residentes pode gerar, ainda, sofrimento, insatisfação e baixo desempenho. Além desse fator, associam-se à ampla carga horária de trabalho e de estudo o pouco tempo de descanso e o regime de dedicação exclusiva, o que interfere na qualidade de vida dos residentes (MÜLLER *et al.*, 2022).

Nota-se que ainda existem obstáculos presentes no ambiente de trabalho que precisam ser superados, como a cultura de sobreposição das profissões, que gera uma falta de diálogo entre os membros de uma equipe. Tal fator pode ser resultado da competitividade entre os

profissionais e dos obstáculos enfrentados com a interprofissionalidade ainda durante a formação acadêmica. Esperava-se encontrar diferenças significativas entre às categorias profissionais e tipos de programas de residência, porém o pequeno tamanho amostral pode ter inviabilizado tal achado, contrariando a hipótese do presente estudo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa apontou aspectos importantes acerca do potencial de transformação dos conhecimentos e das práticas em saúde propiciados pelos programas de residência. Entretanto, a maneira como os programas são configurados, com suas particularidades, horários e cronogramas específicos – principalmente os programas médicos e multiprofissionais –, evidencia uma carência e, até mesmo, uma possível inexistência de espaços de aprendizagem conjunta e de compartilhamento das práticas profissionais.

O estudo-intervenção (Estudo I) gerou contribuições para o aprimoramento da educação e da colaboração interprofissional para com os participantes. Foi capaz de suscitar debates que conduziram à abrangência tanto de problemas enfrentados quanto de soluções no tocante ao trabalho em equipe no campo da saúde.

Dentre os desafios para a implementação das práticas de ensino conjuntas e das estratégias de atuação em equipes interprofissionais, foram elencados: o modelo de formação em saúde fragmentado, biomédico e tecnicista; a escassez de ferramentas e espaços formais/institucionalizados para a integração dentro dos e entre os programas médicos e multiprofissionais (e, no interior deles, os profissionais dos serviços de saúde); o modelo de cuidado focado na doença e no poder profissional, que desqualifica a posição ativa e autônoma do paciente no seu próprio cuidado; e o desconhecimento acerca do papel das demais áreas profissionais e de seus próprios limites profissionais, o que compromete a atuação dialógica, articulada e colaborativa.

A pesquisa-intervenção se mostrou de extrema relevância, ao passo que oportunizou um espaço de articulação e integração entre os residentes de diferentes áreas profissionais, no qual puderam problematizar e refletir sobre as estratégias e obstáculos para implementação da EIP em saúde. Propiciou, ainda, uma experiência efetiva de desenvolvimento de competências interprofissionais para o trabalho em equipe interprofissional. Ficou evidenciado que as estratégias de ensino ativas e as práticas dialógicas e compartilhadas são valiosas ferramentas de educação interprofissional.

Além disso, o estudo sinalizou a necessidade de institucionalização de estratégias que visem a solucionar possíveis entraves para a aprendizagem colaborativa e o desenvolvimento das competências interprofissionais. Pontos levantados importantes incluem: reuniões (com estudos de caso) de frequência pré-determinada; espaços comuns de aprendizagem e capacitação entre os profissionais de diferentes áreas e programas em saúde, com foco em contornar a baixa adesão dos residentes médicos à atividade; e a adoção de metodologias

ativas no cotidiano das residências, uma vez que os participantes se viram mais engajados e participativos nas tarefas propostas.

Em relação ao Estudo II, pode-se concluir que, apesar de os residentes apresentarem boa disponibilidade para aprendizagem conjunta e boas habilidades para o trabalho em equipe, as experiências interprofissionais efetivas ainda são moderadas. Foram levantadas principalmente questões relativas à falta de autonomia, de apoio e de cooperação profissional. Esses dados corroboram os encontrados no Estudo I, que já apontavam para o fato de que as residências desempenham um grande papel de encorajamento das estratégias de aprendizagem e atuação interprofissionais, mas têm esse papel limitado pelo modelo de formação acadêmica especialista.

Tendo os dois Estudos se mostrado eficazes em suas propostas, consideramos que foi possível alcançar nosso objetivo geral. Não apenas foram identificadas características importantes dos programas de residência interprofissional no que se refere aos conhecimentos e práticas dos participantes, mas também, ao analisá-las, observou-se uma tendência de alinhamento com a literatura. Dessa maneira, o trabalho fortalece o campo de pesquisa e pode servir de ponto de partida para outras intervenções, permitindo que sejam desenvolvidas estratégias de ensino conjuntas com ferramentas que favoreçam o desenvolvimento das competências interprofissionais para a atuação colaborativa dos residentes.

Por fim, espera-se que esta pesquisa incentive o desenvolvimento de novos estudos que busquem divulgar, fortalecer e valorizar estratégias de EIP e de práticas/competências colaborativas nos espaços de formação e atenção em saúde brasileira. Trabalhos dessa natureza têm papel fundamental para a consolidação dos princípios do SUS e o estabelecimento de um novo perfil profissional, de modo a potencializar as ações de mudança do cenário atual de formação profissional em saúde e, ainda, contribuir para a produção do cuidado centrado no paciente/família/comunidade.

LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Durante o processo de desenvolvimento da presente pesquisa, foram observadas algumas limitações. A primeira delas foi a dificuldade de obter participantes para a pesquisa, o que impediu que a amostra final fosse mais ampla. Todavia, conseguimos identificar as razões para isso. Quanto ao Estudo I, foi percebida uma dificuldade de estabelecer horários comuns entre os programas médicos e multiprofissionais. Além disso, mesmo a aplicação da

intervenção tendo sido definida junto às coordenações dos programas, houve baixo incentivo e, conseqüentemente, adesão dos residentes médicos à intervenção. Já para o Estudo II, criado devido à pandemia com caráter quantitativo e de aplicação remota, foi realizada ampla divulgação e parceria com os tutores das residências multiprofissionais. Todavia, ainda assim, a adesão por parte dos residentes foi baixa. Assim, é necessário trabalhar melhor esse ponto em aplicações futuras.

Um segundo ponto limitador se refere à própria aplicação das atividades, dificultada devido a fatores externos. Por exemplo, houve certa restrição de acesso aos residentes de medicina. Notou-se pouca disponibilidade e abertura da coordenação médica para disponibilizar o contato dos residentes e/ou o acesso aos espaços comuns para a divulgação da pesquisa. Logo, é preciso desenvolver maior conscientização entre as diferentes partes para que pesquisas desta natureza possam obter os melhores resultados possíveis.

VIÉS DA PESQUISA

Cabe refletir se os residentes que se mostraram disponíveis para participar de ambos os estudos não apresentavam mais disponibilidade (uma predisposição) para o trabalho colaborativo dos que aqueles que não tiveram interesse de participar e/ou contribuir com alguma das etapas da pesquisa.

REFERÊNCIAS

AGRELI H.F, *et al.* Effects of interprofessional education on teamwork on knowledge chronic conditions management. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2019;27:e3203. DOI: 10.1590/1518-8345.3095.3203 www.eerp.usp.br/rlae. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/x38MRGkmVNDrNwt4R5xdfLF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 16 jun 2020.

AGRELI H.F; PEDUZZI M; SILVA M.C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface**, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/sXhwQWKsZGzrQqT4tDryCXC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 26 jun 2021

AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N.A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Revista Da Avaliação Da Educação Superior**, vol. 16, no. 1, Mar. 2011, <http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php/avaliacao/article/view/887>.-Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aval/a/SBnS4PFM6w8bPsbzXdRXppb/?lang=pt>. Acesso em: 23 jan. 2021

ALMEIDA, G.N; *et al.* .Aprender juntos para trabalhar juntos: competências colaborativas desenvolvidas por membros de um grupo tutorial interprofissionalidade pet-saúde. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 10, n. 1, pág. 1-9, e35510111783, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i1.11783. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/11783/10605/156630>. Acesso em: 27 set. 2022.

AMARAL, H. K. do. Desenvolvimento de competências de servidores na administração pública brasileira. **Revista do Serviço Público**, v. 57, n. 4, p.549-563, 2006 . Disponível em: <https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/211>. Acesso em: 17 jun. 2020

ARAÚJO NETO, J.D, *et al.* Aspectos restritivos à integralidade nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família: o olhar dos *stakeholders*. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, n. 4, p. 2-25, e280417, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312018280417>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/Zqrh5fwtcXt54PZZv448jsq/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 mar. 2020

ARAÚJO, T. A. M., *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017. Doi: 10.1590/1807-57622016.0295. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XNR9GMyVnXx6v85LVPk3kLy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2021.

ARRUDA, G. M.M. S. *et al.* O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. **Interface. Comunicação Saúde Educação**, v. 21, n. 2, p.5-8. 2017. DOI: 10.1590/1807-57622016.0859. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/321635805_O_desenvolvimento_da_colaboracao_i_nterprofissional_em_diferentes_contextos_de_residencia_multiprofissional_em_Saude_da_Familia. Acesso em: 21 mar. 2020.

ARRUDA, L. S., MOREIRA, C. O. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 64, p. 199-210. 2018. Doi: 10.1590/1807-57622016.0613. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ksjHYN9wYWnnWLS3QKd34mD/abstract/?lang=pt#>. Acesso em 24 maio. 2020.

BALDWIN, A. **Exploring the interactional determinants of collaboration on interprofessional practice in community-based geriatric care**. Winnipeg: Faculty of Education, University of Manitoba: 2012.

BAQUIÃO, A. P. S. S., *et al.* Configurações das equipes de Residências Multiprofissionais e atuação interdisciplinar: Uma Revisão Sistemática. In: **IX Congresso de Psicologia da Zona da Mata e Vertentes e XIII Encontro Juizforano de Psicologia**, 2016, Juiz de Fora. Produção científica, formação acadêmica e capacitação profissional: estará o psicólogo preparado para atender às demandas da sociedade?, 2016.

BAQUIÃO, A. P. S. S., *et al.* **Percepção de residentes multiprofissionais acerca da interdisciplinaridade**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG. 2017.

BAQUIÃO, A. P. S. S.; *et al.* Percepções de residentes multiprofissionais de saúde sobre a interdisciplinaridade. *Rev. Saúde e Pesquisa*, Maringá-PR. v. 12, n. 1, p. 187-196, 2019. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/6919/3391>. Acesso em 16 ago. 2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BARROS, N. **O voo dos gansos**. Vídeo disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=BJYm9760fR0>. Brasil: RB Studio. Acesso em 16 set. 2021.

BATISTA, F. F. **Modelo de Gestão do Conhecimento para a Administração Pública Brasileira**: como Implementar a Gestão do Conhecimento para Produzir Resultados em Benefício do Cidadão. Brasília: Ipea, 2012.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Editora Vozes Limitada, 2017.

BISPO JÚNIOR, J. P.; MOREIRA, D. C. Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 28, n. 3, p.1-20, e280310, 2018 . doi: 10.1590/s0103-73312018280310-. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/jLxYcGqnXP4x3Fb5FC3DxGf/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 16 fev. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de maio 2019. Seção 1, n. 98, p. 44-46.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde nº2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2012. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192. Acesso em: 24 mai. 2019.

CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais**. São Paulo: Santos. 2003

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. **A national interprofessional competency framework**. Vancouver: CIHC. Disponível em https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies, 2010.

CANEPPELE, A. H., *et al.* Colaboração interprofissional em equipes da rede de urgência e emergência na pandemia da Covid-19. **Esc. Anna Nery**, v. 24, n. 1, p. 1-7, 2020. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0312>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/qwb3vpq9FkWRkskRQSkZRGf/?lang=pt#>. Acesso em: 19 set 2021

CARBOGIM, F. C. *et al.* Residência em enfermagem: a experiência de Juiz de Fora do ponto de vista dos residentes. **Revista de APS**, v. 13, n. 2, p. 245-249, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14422/7783>. Acesso em; 19 abr. 2020

CARRILLO-GARCÍA, C. *et al.* Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 6, p. 1314-1320, 2013. DOI: 10.1590/0104-1169.3224.2369. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Influ%C3%Aancia-do-g%C3%AAnero-e-da-idade%3A-satisfa%C3%A7%C3%A3o-no-de-Carrillo-Garc%C3%ADa-Solano-Ru%C3%ADz/63660eff059d1a4fc6d8a89304365898e975c2a1>. Acesso em 16 mar. 2020

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; RUIZ-MORENO L. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interfac**, v. 22, n. 1, p. 1325-1337. 2018. DOI: 10.1590/1807-57622017.0186. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/cPBjVyTv9xfrP7NndsRG8pB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 mar. 2020

CLARK, P. G. **Narrative in interprofessional education and practice**: implications for professional identity, providing patient communication and teamwork. *J. Interprofessional Care*, v. 28, n. 1, p. 34e39, 2014. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2013853652>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/13561820.2013.853652>. Acesso em: 16 set. 2022

CORRÊA, C. P. S.; EZEQUIEL, O. D. S.; LUCCHETTI, G. Análise do impacto do ensino das competências interprofissionais através de diferentes estratégias educacionais em graduandos da área de saúde. **JMPHC, Journal of Management & Primary Health Care**, ISSN 2179-6750, v. 8, n. 3, p.55-56, 19 set. 2018. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v8i3.621>. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/621>. Acesso em: 21 mar. 2019

COSTA, M. V. D. *et al.* **Educação interprofissional em saúde**. Secretaria de Educação a Distância, UFRN, Natal, 2018. Disponível em: <https://neipc.ufes.br/sites/neipc.ufes.br/files/field/anexo/educacao-interprofissional-em-saude.pdf>. Acesso em:

COSTA, M. V. *et al.* Educação interprofissional no Brasil: desafios e agenda para o futuro. In: Maria Socorro de Araújo Dias; Maristela Inês Osawa Vasconcelos. (Org.). Interprofissionalidade e colaboratividade na formação e no cuidado no campo da atenção primária a saúde. 1ed. Sobral: **Edições UVA**, 2021, v. , p. 35-422. Disponível em: http://www.uvanet.br/edicoes_uva/gera_xml.php?arquivo=educacao_interprofissional_27112020. Acesso em: 24 set. 2022.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. B. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, p. 759-776, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/RjwCNrYRkFYnpqXLZd69XMP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 maio. 2020

DE SILVA D. Helping people help themselves. Londres: **The Health Foundation**, maio de 2011, p6. www.health.org.uk/publications/evidence-helping-people-help-themselves

DIAS, I. M. Á. V. *et al.* A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. **Saúde debate** [online]. v. 40, n. 111, p. 257-267, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611120>. Acesso em: 10 jun. 2020.

DINIZ, A. L. T. M.; MELO, R. H. V. de; VILAR, R. L. A. de. Análise de uma prática interprofissional colaborativa na Estratégia Saúde da Família. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 3, p. 137–157, 2021. DOI: 10.21680/2446-7286.2021v7n3ID23953. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/23953>. Acesso em: 24 jan. 2022.

DURANS, K. C. N., *et al.* Atitudes relacionadas a colaboração interprofissional entre os profissionais da Atenção Primária em Saúde. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, p. 1-13, e57110413392, 2021. ISSN 2525-3409. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13392>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/13392/13022/190050>. Acesso em 19 mar. 2022

ELLERY, A. E. L., PONTES, R. J. S., LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 2, p. 415-437, 2013. Doi: 10.1590/S0103-73312013000200006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/57XDrqqYzsHKXNHBkmjYJ5D/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 ago. 2020

FERLA, A. A. TOASSI, R. F. C.. Formação interprofissional em saúde: um caminho a experimentar e pesquisar. In- TOASSI, R. F. C (Org). **Interprofissionalidade e formação na saúde**: onde estamos? 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 7-13. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>. Acesso em: 16 ago. 2020

FERNANDES, D.M.S, *et al.* Metodologias ativas utilizadas por preceptores nas residências multiprofissionais em saúde: scoping review. **Revista Brasileira De Inovação Tecnológica Em Saúde**, v. 10, n. 3, p, 19-31, 2021. ISSN: 2236-1103, <https://doi.org/10.18816/r-bits.v10i3.22182>. Disponível em <https://periodicos.ufrn.br/reb/article/view/22182/14075>. Acesso em 24 fev. 2022

FEUERWERKER, L. C. M., CAPOZZOLO, A. A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo trabalho em saúde. In: CAPOZZOLO, A. A., CASETTO, S. J. & HENS, A. O. (Orgs.), **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**, 2013. São Paulo: Hucitec, 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/264811558_Mudancas_na_formacao_dos_profissionais_de_saude_alguns_referenciais_de_partida_do_eixo_Trabalho_em_Saude. Acesso em: 16 mar. 2020

FRABETTI, K. C. *et al.* F. Práticas narrativas e orientação profissional: a possibilidade de desconstrução de estereótipos ligados às profissões. **Nova Perspectiva Sistêmica**, v.53, n. 53, p.41-55, dez. 2015. Disponível em: <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/145>. Acesso em 19 abr. 2020.

FREIRE FILHO, J. R., *et al.* Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 26, e3018, 2018. Doi: 10.1590/1518-8345.2731.3018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/yRyQcJHmw3sfKJTP8HtLMBD/?lang=pt>. Acesso em: 24 set. 2020

GOULART, B. F., *et al.* Trabalho em equipe em Unidade Coronariana: facilidades e dificuldades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, n. 3, p. 482-489, 2016. Doi: 10.1590/S0080-623420160000400015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/WxhB9hx6YBy8wX9NkWjH8MF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 set. 2020.

GOULART, C. T. *et al.* Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 1, p. 178-186, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/12870>. Acesso em: 23 mar. 2020

HAMMICK, M, *et al.* **Being Interprofessional** Cambridge: Polity, 2009

HEALTH FOUNDATION. **Simplificando o cuidado centrado na pessoa**: o que todos devem saber sobre o cuidado centrado na pessoa. Guia Rápido. ProQualiz, 2014. Disponível em: <https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/Simplificando-o-cuidado.pdf>. Acesso em 17 set. 202.

HEPBURN; TSUKUDA; FASSER. Team Skills Scale. Developed for the John A Hartford Foundation GITT Initiative. Source: National GITT Resource Center, NYU. **Siegler, EL, Hyer, K., Fulmer, T., & Mezey, M**, 1998

LUECHT, R. M., et al. Assessing professional perceptions: Design and validation of an interdisciplinary education perception scale. **J Allied Health**, v. 19, n. 2, p. 181-191, 1990. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2365636/>. Acesso em: 21 mar. 2019.

MALTA, M.; CARMO, E. D.. A escuta ativa como condição de emergência da empatia no contexto em cuidado em saúde. **Atas de Ciências da Saúde**, v. 9, n. 3, p. 41-51, 2020. Disponível em: <https://revistaseletronicas.fmu.br/index.php/ACIS/article/view/2371/1611>. Acesso em: 17 mar. 2021

MARIN, M. J. S. *et al.*. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das metodologias ativas de aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 34, n 1. P. , 2010. **Rev. bras. educ. med.**, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/PgYxhjqpFYqvYK8HvQkDtP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 abr. 2020.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. D. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea digital: revista de pensamento y investigación social**, Barcelona, v. 13, n. 2, p. 239-244, 2013. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/118035/000894801.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2020.

MATTOS, H. C. X. S; FERNANDES, M. C. S. G. Estudantes universitários: estratégias e procedimentos para a permanência universitária. **Revista Contemporânea de Educação**, v. 14, n. 29, p. 156-174, jan./abr. 2019. Disponível em: https://revistas.ufrj.br/index.php/rce/article/view/20361/pdf_1 Acesso em: set. 2020.

MATUDA, C. G., *et al.* Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n 8, p. 2511-2521, 2015. Doi: 10.1590/1413-81232015208.11652014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JmKzRwJ4gpgxPP9YnMTQtS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 16 ago. 2020.

MAYO, A. T. Teamwork in a pandemic: insights from management research. **BMJ Leader**, v., 4, n., 2, p. 53-56, 2020. <http://dx.doi.org/10.1136/leader-2020-000246>. Disponível em: https://bmjleader.bmj.com/content/4/2/53?utm_source=google&utm_medium=cpc&utm_campaign=usage&utm_content=dynamic-search&utm_term=&gclid=Cj0KCQiAgOefBhDgARIsAMhqXA5-7g8-bRjHsTesS3_o8Rw0iN-OeGatetg5X_zAeT4LjTJCvvcQZcMaApjTEALw_wcB. Acesso em: 16 set. 2021

MIRANDA NETO M.V, LEONELLO V.M, OLIVEIRA M.A.C. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. **Rev Bras Enferm**, v.68, n. 4, p.:586-93.2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/nBsGbgRP3DX4Z37pKpjy7xc/?format=pdf&lang=pt> DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680403i>. Acesso em 14 fev. 2019.

NASCIMENTO, A. C. B.; OMENA, K. V. M. de. Interprofessional Education in Multiprofessional Residency Programs in Health in Brazil: An integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 4, p. e8010413655, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i4.13655. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13655>. Acesso em: 22 fev. 2023.

OLSON R, BIALOCERKOWSKI A. Interprofessional education in allied health: a systematic review. **Med Educ**, v. 48, n.3, p. 236-246, 2014. doi: 10.1111/medu.12290. PMID: 24528458. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24528458/>. Acesso em 16 jun 2019

PARSELL, G.; BLIGH, J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). **Medical education**, v. 33, n. 2, p. 95-100, 1999. Doi: 10.1046/j.1365-2923.1999.00298.x. PMID: 10211258. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10211258/>. Acesso em 20 fev. 2019

PEDUZZI M, *et al.* Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: MARTINS MA, *et al.* **Clínica médica**. 2ª ed. Barueri: Manole; 2016. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020

PEDUZZI, M. *et al.* Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 49, n. spe2, p. 7-15, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800002>. Acesso em 16 fev. 2019.

PEDUZZI, M. **et al.** Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011. Doi: 10.1590/S0103-73312011000200015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/VbQ5675K7Vr4dr7LCBYL4ZC/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 26 mar. 2020.

PEDUZZI, M., *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. doi: 10.1590/S0080-623420130000400029. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/JwHsjBzBgrs9BCLXr856tzD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 24 mar 2019.

PEIXOTO, T. C.; BRITO, M. J. M. Protocolo clínico como dispositivo analítico das relações de poder de profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, p. 1053-1064. 2015. Doi: 10.1590/0103-110420151070219. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JGLbjXd393fPnTMrWvx6BNN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 maio. 2020

PEREGO, M. G. **Aprendizagens compartilhadas na residência multiprofissional em saúde**. 2015. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Santos, 2015.

PEREGO, M. G.; BATISTA, N. A. Aprendizagens compartilhadas na Residência Multiprofissional em Saúde. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 39-51, 2016. Disponível em <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2239/1708>- Acesso em 16 set. 2020.

PREVIATO, G. F; BALDISSERA, V. D. A. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, e2017-0132. P. 1-9 2018 doi: 10.1590/1983-1447.2018.2017-0132. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/YDQZsCw6nLGf7p6Jn7WKb4M/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 jan.2020

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, v., 20, n. 56, p. 185-197, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/VrvpZyszPQ6hrVp7SFhj6XF/?lang=pt&format=pdf>. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>. Acesso em: 16 fev. 2019.

ROCHA, N. B., *et al.* Percepções de aprendizagem sobre disciplina interprofissional em Odontologia. *Revista da ABENO*, v. 17, n. 3, p. 41–54, 2017. DOI: 10.30979/rev.abeno.v17i3.383. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/383>. Acesso em: 24 jan. 2021

ROSA, A. L.; SILVA, I. L. O.; SILVA, M. V. P. **A construção do imaginário coletivo sobre o profissional da psicologia**: interfaces com o pensamento histórico-político-social (Monografia de conclusão de curso) Universidade São Judas Tadeu, Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Curso de Psicologia, São Paulo, 2021.

SÁ DIAS, M. D. J. **Feminização do trabalho no contexto da reestruturação produtiva**: rebatimentos na saúde pública. EDUFMA, 2010.

SHIKASHO, L. **Os programas de residência e a integralidade da atenção**: um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde. (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG. 2013.

SOUSA, C. S. *et al.* Perfil do ingressante na residência multiprofissional e em área de saúde de um hospital privado brasileiro. *Rev. Iberoam. Educ. Invest. Enferm.*, v. 6, n. 4, p. 26-32, 2016. Disponível em: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/219/perfil-do-ingressante-na-residencia-multiprofissional-e-em-area-de-saude-de-um-hospital-privado-brasileiro/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

VARI, P.M, *et al.* Educação prática colaborativa: o efeito de um curso de trabalho em equipe interprofissional sobre o conhecimento e as habilidades dos alunos. *Med.Sci.Educ*, v 23, n. 3, p. 494–501, 2013. <https://doi.org/10.1007/BF03341672>. Acesso em 16 jun 2019.

VÍDEO 3. AVASUS. On-line (Rio Grande do Norte): AVASUS, 2018.

VILLIERS, R. HESS, A. C. Mesclando a andragogia tradicional e progressiva na educação em marketing, usando a estratégia de desenvolvimento de competências hermenêuticas. *Revista De Marketing Australasian Elsevier*, v.26, n.2, p.140-156, 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1441358218300430#section-cited-by>. Acesso em 16 out. 2020.

WHO - World Health Organization. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. Geneva: WHO, 2010. 62 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=C595EB1CB8C875E2759D55FFD05CAC95?sequence=1. Acesso em: 21 ago. 2020.

ZANONI, C. S. *et al.* Contribuições da residência em enfermagem na atuação profissional de egressos. Semina: **Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 36, n. 1 Supl, p. 215-224, 2015. DOI: 10.5433/1679-0367. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/9f76/1f65c306b5fb4768eea6946aaa64adba6bf9.pdf>. Acesso em: 23 maio, 2020.

APÊNDICE I – Artigo: Educação Interprofissional em Saúde: Revisão Integrativa da Literatura Brasileira (2008-2018)

Educação Interprofissional em Saúde: Revisão Integrativa da Literatura Brasileira (2008-2018)

Interprofessional Education in Healthcare: Integrative Review of Brazilian Literature (2008-2018)

Educación Interprofesional en Salud: Revisión Integradora de la Literatura Brasileña (2008-2018)

Ana Paula de Sousa Silva Baquião¹

Bruna Costa de Almeida

Leila Garcia Ribeiro Silva

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Rodrigo Sanches Peres

Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Fabiane Rossi dos Santos Grincenkova

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Resumo

Este estudo teve como objetivo estabelecer um panorama da produção científica nacional relativa à Educação Interprofissional em Saúde (EIP), com ênfase nas pesquisas desenvolvidas junto a pós-graduandos ou profissionais de saúde ao longo de uma década (2008-2018). Trata-se de uma revisão integrativa realizada mediante consultas às bases de dados MEDLINE, LILACS, SciELO-Brasil e Scopus. Compuseram o corpus de análise 31 referências, as quais foram examinadas segundo um conjunto de dimensões analíticas. Evidenciou-se que as referências se concentram nos últimos cinco anos e, predominantemente, foram assinadas por pesquisadores vinculados a universidades públicas, derivam de pesquisas qualitativas voltadas à prática interprofissional e tiveram como participantes profissionais de saúde inseridos em serviços de atenção primária. Conclui-se que o fortalecimento da EIP no país se afigura como um importante caminho a ser percorrido no sentido da integralidade das ações e dos serviços de saúde, e que novas pesquisas são necessárias para tanto.

Palavras-chave: profissionais de saúde, formação dos profissionais de saúde, revisão de literatura

Abstract

This study aimed to establish an overview of the Brazilian scientific production related to Interprofessional Education in Healthcare (IPE), emphasizing researches developed with graduate students or healthcare personnel participation along a decade (2008-2018). This is an integrative review carried out in MEDLINE, LILACS, SciELO-Brasil and Scopus databases. The corpus of analysis consisted of 31 references, which were examined according to a set of analytical dimensions. It was evidenced that the references are concentrated in the last five years, and, predominantly, were signed by researchers from public universities, derive from qualitative research focused on interprofessional practice, and had as participants professionals inserted in primary healthcare services. It can be concluded that the strengthening of IPE in Brazil is an important way towards the integrality of health actions and services, and that new research is needed for this purpose.

Keywords: postgraduate training, health professionals, health professionals' education, literature review

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo establecer una visión general de la producción científica brasileña relacionada con la Educación Interprofesional en Salud (EIP), con énfasis en investigaciones realizadas con la participación de estudiantes de posgrado o profesionales de salud a lo largo de una década. Esta es una revisión integradora realizada a través de consultas a las bases de datos MEDLINE, LILACS, SciELO-Brasil y Scopus. El corpus de análisis comprendió 31 referencias, que fueron examinadas de acuerdo con un conjunto de dimensiones analíticas. Se evidenció que las referencias se concentraron

¹ Endereço para contato: Rua José Lourenço Kelmer, s/n, São Pedro, Juiz de Fora, MG, Brasil, CEP 36036-900. E-mail: anapaulasousa.psico@gmail.com

en los últimos cinco años, y, predominantemente, fueron firmadas por investigadores vinculados a universidades públicas, son derivadas de investigaciones cualitativas centradas en la práctica interprofesional y tuvieron como participantes profesionales de salud de servicios de atención primaria. Se puede concluir que el fortalecimiento de la IPE en Brasil es una forma importante de avanzar hacia la integralidad de las acciones y servicios de salud, y que se necesita más investigaciones para este fin.

Palabras clave: posgrado, profesionales de la salud, formación de los profesionales de la salud, revisión de literatura

Introdução

A Educação Interprofissional em Saúde (EIP) tem ocupado um lugar de crescente destaque nas propostas de aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde em diversos países (Reeves, 2016). Porém, os primeiros debates acerca da relevância do trabalho em equipe para a reorientação da formação e da prática em saúde surgiram há décadas, já que movimentos pioneiros nesse sentido se sucederam em serviços de saúde do Reino Unido nos anos 1960 (Barr, 2015). Na América, segundo Blue, Brandt e Schmitt (2010), a colaboração entre diferentes profissões do campo da saúde começou a se intensificar a partir da década de 1970, sobretudo em centros de saúde vinculados a universidades estadunidenses. A despeito disso, comumente atribui-se a origem do conceito de EIP a um grupo de especialistas que, em 1986, se reuniu em um evento promovido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Kantrowitz, Kaufman, Mennin, Fülöp, & Guilbert, 1987).

Na atualidade, algumas entidades têm exercido um importante papel na difusão da EIP no mundo. O *Centre for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE) é uma delas, na medida em que, em 2013, publicou um guia, intitulado *Introducing Interprofessional Education* (Barr & Low, 2013), com diversas orientações para a operacionalização da EIP, inclusive com indicações sobre a abordagem do tema na graduação e na pós-graduação. Já o *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) disponibiliza, em seu *website*, uma biblioteca virtual composta por publicações voltadas ao compartilhamento de experiências exitosas e à ampliação de discussões relativas à EIP (Reeves, Abramovich & Goldman, 2009). Como reflexo do trabalho desenvolvido por autores associados às referidas entidades ou a outras que têm se ocupado da EIP, mostrou-se inegável seu valor como estratégia capaz de elevar a qualidade da atenção em saúde. Afinal, compreende-se que a EIP ocorre quando, por meio de práticas colaborativas, membros de duas ou mais profissões do campo da saúde – estudantes ou profissionais – aprendem e trabalham em conjunto, visando à melhoria do cuidado oferecido aos pacientes (Barr & Low, 2013; Canadian Interprofessional Health Collaborative [CIHC], 2010; OMS, 2010).

No que diz respeito especificamente à realidade nacional, Feuerwerker e Capozzolo (2013) apontam que as primeiras críticas ao caráter uniprofissional e tecnicista dos modelos de formação e atuação dos profissionais de saúde no Brasil – consideradas um ponto de partida da EIP – surgiram timidamente nas décadas de 1960 e 1970, sobretudo com iniciativas isoladas no âmbito acadêmico. Todavia, foi em 1988, com o advento da Constituição da República Federativa do Brasil e a consequente implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que a saúde pública no país passou a ser norteada por uma concepção ampliada de saúde, a qual pressupõe a integração de saberes e práticas. Já o alinhamento da formação em saúde aos princípios do SUS, para além de iniciativas isoladas, passou a se materializar

com a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação do campo da saúde, por meio do Parecer nº 1.133, emitido em 7 de agosto de 2001 (Brasil, 2001).

Sendo assim, a EIP no Brasil vai ao encontro dos princípios do SUS, especialmente por fomentar a integralidade das ações e dos serviços de saúde, em consonância com a complexidade das necessidades da população em nosso contexto sócio-histórico (Costa, 2016; Peduzzi, 2016). Logo, a EIP tem proporcionado relevantes contribuições em duas vertentes básicas: (1) a melhoria da qualidade da atenção à saúde e (2) a reorganização curricular da formação profissional em saúde, inclusive na pós-graduação. Tais contribuições, a propósito, foram potencializadas pelo plano de cooperação técnica da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que lançou, em 2017, a Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas (REIP), a qual tem fomentado a interlocução entre organizações governamentais, educacionais e profissionais de 19 países (Gontijo, Freire Filho, & Forster, 2019).

Deve-se sublinhar que o governo brasileiro, especialmente nas duas últimas décadas, tem investido em iniciativas de EIP, entre as quais a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), de 2004, que instituiu os Programas de Residência em Saúde Uni e Multiprofissional, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), de 2005, e o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde), de 2008 (Dias, Pereira, Batista, & Casanova, 2016). E cabe mencionar ainda a criação do Plano Nacional para Implementação da Educação Interprofissional, capitaneado pelo Ministério da Educação (MEC) para o biênio 2017-2018 (Costa, Peduzzi, Freire Filho, & Silva, 2018).

Diante do exposto, é possível afirmar que a EIP vem tendo sua importância reconhecida progressivamente no plano concreto da saúde pública (Freire Filho, Silva, Costa, & Forster, 2019; Barr, 2015). Contudo, há certas resistências quanto aos seus desdobramentos no país, até mesmo porque a execução de práticas colaborativas encontra uma série de obstáculos em razão da tendência à divisão do trabalho que atravessa modelos de formação e atuação dos profissionais de saúde (Costa, 2016). Alguns caminhos para a superação desses obstáculos foram demarcados por pesquisas sobre EIP realizadas nos últimos anos no Brasil (Peduzzi, Norman, Germani, Silva, & Souza, 2013). Justifica-se, portanto, um mapeamento do conhecimento disponível a respeito. O presente estudo foi concebido precisamente para tanto, pois teve como objetivo estabelecer um panorama da produção científica nacional relativa à EIP, com ênfase nas pesquisas desenvolvidas com a participação de pós-graduandos ou profissionais de saúde ao longo de uma década (2008-2018).

Método

Os procedimentos metodológicos típicos das revisões integrativas foram empregados no presente estudo. Tais procedimentos se referem, basicamente: (1) à definição do tema da revisão; (2) à busca e à seleção de referências em bases de dados; (3) à demarcação das informações a serem extraídas das referências; (4) à análise das referências; (5) à síntese dos resultados; e (6) à agregação das evidências científicas disponíveis (Mendes, Silveira, & Galvão, 2008; Souza, Silva, & Carvalho, 2010). Vale destacar que as revisões integrativas se afiguram como uma modalidade de revisão da literatura particularmente inclusiva, pois permitem a admissão, no *corpus* de análise, de publicações derivadas de pesquisas desenvolvidas a partir de diversos delineamentos (Soares et al., 2014).

No presente estudo, a busca de referências se deu no período compreendido entre 10 de outubro de 2018 e 5 de dezembro de 2018, sendo realizada nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), *Scientific Electronic Library Online-Brasil* (SciELO-Brasil) e *Scopus*. Optou-se pelos descritores “educação em pós-graduação”, “educação de pós-graduação em saúde”, “equipe de assistência em saúde”, “aprendizagem interprofissional”, “aprendizagem compartilhada”, “aprendizagem colaborativa”, “educação interprofissional” e “interprofissional”. Tais descritores foram selecionados porque vêm sendo amplamente utilizados em publicações nacionais sobre EIP e se revelaram mais produtivos do que outros semelhantes em buscas prévias, embora alguns deles não constem dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário técnico criado pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e adotado por muitos periódicos científicos brasileiros².

Mais especificamente, os descritores foram cruzados como demonstra a Figura 1. No entanto, cabe mencionar que o descritor “educação de pós-graduação em saúde” foi utilizado nas bases de dados SciELO-Brasil e *Scopus*, devido à natureza generalista delas, sendo substituído por um descritor correspondente, “educação de pós-graduação”, nas bases de dados LILACS e MEDLINE, específicas do campo da saúde. Essa estratégia também foi adotada por ter se mostrado mais proveitosa do que outras possíveis em buscas prévias. Com o intuito de viabilizar a localização do maior número de referências possível, os campos de busca utilizados foram os mais abrangentes dentre aqueles existentes em cada uma das bases de dados consultadas: “todos os campos” na SciELO-Brasil e na *Scopus*, “todos os índices” na LILACS e “título/resumo/assunto” na MEDLINE. Ademais, não foram utilizados quaisquer limites oferecidos pelas bases de dados.

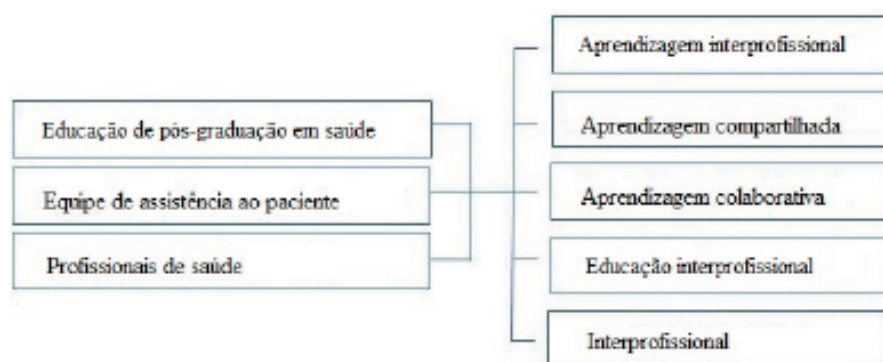


Figura 1 – Cruzamentos dos descritores utilizados

As referências localizadas foram arquivadas no *software* EndNote Web e passaram por um processo de rastreamento visando ao descarte de eventuais duplicidades. Procedeu-se, então, à leitura dos resumos das referências restantes para determinar o material que viria

² É interessante mencionar que, a despeito de serem frequentemente utilizados como sinônimos, os sufixos “disciplinar” e “profissional” não são equivalentes, pois, em síntese, o primeiro alude ao plano teórico e o segundo ao plano prático (Baquiao, 2017). Por essa razão, descritores associados ao sufixo “disciplinar” não foram selecionados para os fins do presente estudo.

a constituir o *corpus* de análise, levando-se em conta um conjunto de critérios de inclusão. Foram selecionadas as referências: (1) que abordavam temática concernente à EIP junto a pós-graduandos ou profissionais de saúde; (2) que foram publicadas entre 2008 e 2018; (3) decorrentes de pesquisas desenvolvidas no contexto nacional, estando ou não redigidas em português; (4) veiculadas no formato de artigo empírico disponibilizado *on-line*. Consequentemente, foram excluídas as referências que não se ocupavam diretamente do assunto em pauta, não foram publicadas no período de 10 anos especificado, eram resultantes de pesquisas executadas em outros países ou que se enquadravam em outros formatos de publicação.

A seleção das referências foi empreendida independentemente por dois avaliadores. Discordâncias pontuais foram solucionadas a partir da leitura dos textos completos das referências localizadas e da consulta a um terceiro avaliador. As referências selecionadas foram, então, examinadas, também de modo independente por dois avaliadores, a partir de sete dimensões analíticas estabelecidas, a fim de ordenar o processo de extração de informações, a saber: (1) ano de publicação; (2) autoria e filiação institucional; (3) fonte de publicação; (4) local/região de realização da pesquisa; (5) método; (6) nível de atenção em saúde da pesquisa e (7) principais resultados. Tal exame, cumpre assinalar, foi baseado na leitura dos textos completos das referências selecionadas.

Resultados e Discussão

As consultas às bases de dados subsidiaram, no total, a localização de 421 referências, sendo 50 na MEDLINE, 90 na LILACS, 143 na SciELO-Brasil e 138 na Scopus. Após a eliminação das duplicidades, restaram 271 referências, às quais foram aplicados os critérios de inclusão. Como consequência, um número expressivo de referências foi excluído, de modo que o *corpus* de análise foi constituído por apenas 31 referências. Ressalte-se que, em certo aspecto, já era esperada a exclusão de uma quantidade elevada de referências, em função da abrangência da estratégia de busca empregada. Não obstante, causou certa surpresa o fato de que, em muitas referências localizadas, o termo “interprofissional” foi utilizado de forma pouco criteriosa, sem o estabelecimento de uma articulação mais consistente com a EIP. Logo, o primeiro critério de inclusão foi decisivo para a constituição do *corpus* de análise.

Em relação à primeira dimensão analítica, verificou-se a seguinte distribuição das referências por ano de publicação: uma em 2010, duas em 2011 e 2013, três em 2014, sete em 2015, seis em 2016, três em 2017 e sete em 2018. Ou seja, é possível observar uma importante concentração de referências (74,19%) entre 2015 e 2018, o que demonstra que a exploração da EIP na literatura nacional é um fenômeno recente, sobretudo no tocante a pesquisas desenvolvidas junto a pós-graduandos ou profissionais de saúde. E parece razoável reforçar que, acompanhando Michel, Olsson e Toassi (2019) e Peduzzi (2016), o incremento da produção científica consagrada à temática demanda maiores investimentos para impulsionar o estreitamento das relações entre as universidades e os serviços de saúde.

A segunda dimensão analítica revelou que a maioria das referências (61,29%) – como aquelas de autoria de Arruda, Barreto, Ribeiro e Frota (2018), Barreto et al. (2018) e Casanova, Batista e Ruiz-Moreno (2015) – foi assinada por membros de diferentes profissões do campo da saúde, o que pode ser considerado positivo, levando-se em conta que a EIP diz respeito à

formação e à atuação dos profissionais de saúde como um todo. Com relação à filiação institucional, notou-se que todas as referências foram produzidas por pelo menos um pesquisador vinculado a universidades públicas, com destaque para a Universidade de São Paulo (USP) e a Universidade Federal do Ceará (UFC), responsáveis, respectivamente, por 35,48% e 12,90% das referências. Tal achado é consistente com aqueles oriundos das análises bibliométricas realizadas por Michel et al. (2019) e Mallmann (2018) sobre a produção científica nacional consagrada à EIP, assim como reflete a tendência histórica à maior produtividade das universidades públicas no Brasil constatada por Sidone, Haddad e Mena-Chalco (2016).

A propósito da terceira dimensão analítica, cabe salientar que as referências selecionadas foram publicadas em 17 periódicos científicos distintos, sendo que a revista *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* concentrou a maior parte delas (29,03%). A ocorrência de certa diversidade quanto à fonte das referências selecionadas pode ser considerada favorável à difusão da EIP entre membros de diferentes profissões do campo da saúde. Porém, não houve diversidade equivalente no tocante à quarta dimensão analítica. Afinal, verificou-se que a maioria das referências (54,84%) deriva de pesquisas realizadas na região Sudeste, predominantemente no Estado de São Paulo (32,26%). Em contrapartida, nenhuma se desenvolveu na região Norte. Tal achado possivelmente está relacionado à notória concentração de cursos de pós-graduação no Sudeste brasileiro, observada por Sidone et al. (2016) e Michel et al. (2019), bem como à existência, nessa região, de grupos de pesquisa que têm se dedicado à EIP, a exemplo daquele intitulado “Gestão e Educação em Saúde e Enfermagem na Perspectiva Colaborativa Interprofissional”, abrigado na Escola de Enfermagem da USP.

Os achados referentes à quinta dimensão analítica dão conta de que a maioria das referências (80,65%) decorre de pesquisas qualitativas, a exemplo daquelas assinadas por Domingos, Nunes e Carvalho (2015), Ellery, Pontes e Loliola (2013), e Previato e Baldissera (2018). Isso pode ser explicado considerando-se o interesse dos autores em explorar a visão de profissionais de saúde inseridos em instituições de ensino superior ou serviços de saúde quanto a questões relativas à EIP, em especial a execução de práticas colaborativas. É preciso salientar que a definição do método de uma pesquisa se encontra diretamente relacionada ao seu objetivo, de maneira que, como adverte Augusto (2014), não deve ser determinada meramente pela preferência do pesquisador. A autora acrescenta que, por esse motivo, cabe a todo pesquisador renunciar a qualquer tentativa de hierarquização entre os métodos qualitativos e quantitativos.

O nível de atenção em saúde contemplado nas referências selecionadas – sexta dimensão analítica do presente estudo – indica que a atenção primária tem sido privilegiada. Afinal, boa parte delas teve como participantes profissionais de saúde vinculados à Estratégia Saúde da Família (ESF) (22,58%) ou aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) (12,9%), ou então residentes de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMSs) cuja área de concentração concerne à atenção primária (16,13%), como se vê nas referências assinadas por Arruda et al. (2018), Faquim e Frazão (2016) e Reis, Medeiros, Pacheco e Caixeta (2016). Tais achados possivelmente espelham o movimento de reorientação do fluxo assistencial do SUS a partir da atenção primária, o qual foi intensificado pela criação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994 (Brasil, 1994). Além disso, os serviços de saúde correspondentes à atenção primária podem ser considerados especialmente compatíveis com as premissas da

EIP, pois se afiguram como um *locus* no qual tendem a ser estimulados o trabalho em equipe e o empreendimento de práticas colaborativas (Mallmann, 2018).

A sétima e última dimensão analítica compreende os principais resultados reportados pelas referências selecionadas. Optou-se por organizá-los em eixos temáticos, delimitados de acordo com o foco das referências. Identificou-se que 21 referências (67,74%) priorizaram a atuação interprofissional, oito referências (25,81%) contemplaram a integração de estratégias de atuação e aprendizagem interprofissional e apenas duas referências (6,45%) foram dedicadas preponderantemente ao desenvolvimento de estratégias de aprendizagem interprofissional. Ou seja, a maioria das referências tratou de questões relativas ao trabalho desenvolvido em serviços de saúde na perspectiva da articulação entre as atividades interprofissionais e as atividades específicas de determinadas profissões do campo da saúde, o que reforça a constatação de Peduzzi (2016), de acordo com a qual, no Brasil, observam-se mais iniciativas direcionadas à atuação do que à aprendizagem interprofissional, situação que, ainda para a autora, somente poderá ser revertida com uma inserção mais efetiva da EIP nas grades curriculares dos cursos de graduação em saúde.

Publicações recentes sinalizam que essa inserção vem ocorrendo, por exemplo, na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), no *campus* da Baixada Santista. A primeira dessas universidades desenvolve ações de EIP na atenção primária por meio de uma disciplina compartilhada na grade curricular de 15 cursos de graduação em saúde, a qual, a partir de diferentes estratégias de ensino-aprendizagem, prioriza a análise do território e o trabalho em equipe, bem como a aprendizagem interprofissional (Toassi, Olsson, Lewgoy, Bueno, & Peduzzi, 2020). Já a segunda universidade conta com um projeto pedagógico voltado à interação entre diferentes profissões da saúde, sendo que todos os seus seis cursos são direcionados por três eixos de formação comuns e um eixo específico e, assim, rompem com os modelos tradicionais de ensino centrados nas disciplinas e na formação uniprofissional (Batista et al., 2018).

As referências enquadradas no primeiro eixo temático sublinham a importância, na visão de diferentes profissionais de saúde, das práticas colaborativas para a melhoria da atenção em saúde, mas apontam a existência de obstáculos devido a questões organizacionais e relacionais (Araújo & Galimberti, 2013; Barros & Ellery, 2016; Caram, Rezende, & Brito, 2017; Souza, Peduzzi, Silva, & Carvalho, 2016; Faquim & Frazão, 2016; Goulart, Camelo, Simões, & Chaves, 2016; Previato & Baldissera, 2018). A lógica hierárquica e verticalizada ainda presente em muitos serviços de saúde foi apontada como o obstáculo organizacional que mais dificulta a atuação interprofissional, uma vez que, contrariando as premissas da EIP, confere maior relevância a certos saberes em detrimento de outros (Arruda & Moreira, 2018; Bispo Júnior & Moreira, 2018; Freire Filho, Costa, Magnago, & Forster, 2018; Oliveira, Lemes, Machado, Silva, & Miranda, 2010; Valadão, Lins, & Carvalho, 2017). Por outro lado, o compartilhamento de responsabilidades foi considerado fundamental para a qualidade do cuidado oferecido aos pacientes (Domingos et al., 2015; Padula & Aguiar-da-Silva, 2014).

Outro importante obstáculo organizacional à implementação da EIP, segundo os participantes das referências de Arruda e Moreira (2018), Bispo Júnior e Moreira (2018), Caram et al. (2017), Pirollo, Ferraz e Gomes (2011) e Peixoto e Brito (2015), diz respeito à inexistência de dispositivos formais capazes de fomentar a comunicação em muitos serviços de saúde, uma vez que a troca de informações foi reconhecida como fator imprescindível para

a operacionalização de práticas colaborativas. Constatou-se que, comumente, profissionais de saúde se queixam da falta de horários e espaços físicos regulares para reuniões de equipe (Barros & Ellery, 2016; Peduzzi, Brígida, Mandú, Souza, & Silva, 2011; Reis et al., 2016; Rocha, Barreto, & Moreira, 2016). E, como exposto na referência de autoria de Previato e Baldissera (2018), tal situação pode ser enquadrada de fato como problemática, levando-se em conta que as reuniões de equipe se afiguram como um dispositivo formal potencialmente benéfico à organização dos serviços de saúde.

No que concerne às dificuldades relacionais, as referências assinadas por Arruda e Moreira (2018) e Matuda, Pinto, Martins e Frazão (2015) evidenciam que a forma como se desenvolve a comunicação entre os membros de diferentes profissões do campo da saúde é capaz de comprometer o estabelecimento de relacionamentos mútuos e recíprocos, eventualmente inviabilizando o sentimento de pertencimento à equipe. Como consequência, problemas de convivência podem se mostrar mais frequentes, sendo a fragmentação dos processos de trabalho um de seus possíveis reflexos. Nesse sentido, torna-se patente que as relações interpessoais perpassam o desenvolvimento de práticas colaborativas e, por essa razão, devem ser objeto de reflexão constante em prol da consolidação da EIP (Bispo Júnior & Moreira, 2018; Ellery et al., 2013; Goulart et al., 2016).

As referências enquadradas no segundo eixo temático lançam luz sobre diferentes questões acerca da integração de estratégias de atuação e aprendizagem interprofissional. Parte dessas referências aponta que, em serviços de saúde nos quais residentes desenvolvem atividades práticas, o trabalho em equipe tende a potencializar o aprendizado mútuo, dialógico e interativo, sobretudo em certas condições: quando são utilizadas metodologias ativas para articular os processos pedagógicos diretamente à resolução de problemas (Araújo, Vasconcelos, Pessoa, & Forte, 2017), quando os preceptores se encarregam da interlocução junto aos gestores (Arruda et al., 2018), quando é priorizada a construção compartilhada de Projetos Terapêuticos Singulares (PTSs) (Casanova et al., 2015) e quando o cuidado oferecido aos pacientes se beneficia de recursos e equipamentos da comunidade (Gadelha & Barreto, 2018).

As referências assinadas por Barreto et al. (2018) e Faquim, Buiatti e Frazão (2018), também concernentes ao segundo eixo temático, reportam resultados que dialogam diretamente entre si. Ocorre que a primeira delas, tendo contemplado a ótica de participantes oriundos tanto do campo da saúde quanto do campo da educação, indica que a gestão participativa amplia as possibilidades de aprendizagem no âmbito das parcerias firmadas entre instituições de ensino superior e sistemas municipais de saúde. E, por meio da segunda referência, concluiu-se que o emprego de um método participativo – denominado Método de Planejamento de Projeto Orientado por Objetivos – foi capaz de intensificar a disposição para a colaboração interprofissional em dois serviços de atenção primária, na medida em que o envolvimento dos pacientes no planejamento das intervenções que seriam desenvolvidas junto a eles reforçou compromissos éticos dos profissionais de saúde.

Já Silva, Peduzzi, Orchard e Leonello (2015) constataram que, segundo professores universitários do campo da saúde, a aprendizagem interprofissional passa necessariamente pela valorização de saberes e práticas que se concretiza desde a discussão de casos clínicos até a realização de consultas conjuntas. E, de forma semelhante, Vasconcelos, Stedefeldt e Frutuoso (2016) defenderam que a associação ensino-serviço – conforme membros de

diferentes profissões do campo da saúde – pode ser equiparada a uma simbiose, por proporcionar importantes vantagens para ambas as partes, contanto que os envolvidos estejam abertos para tanto. Sendo assim, as referências enquadradas no segundo eixo temático reforçam que a inserção acadêmica em serviços de saúde pode culminar na operacionalização de um novo modo de produzir saúde e, para além disso, corroboram as premissas de Reeves (2016), de acordo com as quais métodos de aprendizagem que permitem maior interatividade – e, como consequência, ensejam a superação de modelos de formação tradicionais – são os mais propícios à EIP.

Por fim, os resultados reportados por Perego e Batista (2016) e Figueiredo e Campos (2014) nas duas referências enquadradas no terceiro eixo temático – ou seja, aquelas que se debruçaram especificamente sobre o desenvolvimento de estratégias de aprendizagem interprofissional – sublinham que a pós-graduação pode, de diferentes maneiras, viabilizar a aprendizagem interprofissional. A primeira dessas referências investigou a percepção de residentes, preceptores e tutores sobre a formação para o trabalho em equipe. O PRMS ao qual tais participantes se encontravam vinculados foi reconhecido como um espaço favorável à interprofissionalidade, por priorizar a integração das ações e dos saberes dos diferentes profissionais de saúde e, assim, fomentar a interdependência profissional. Tais achados ilustram que, como observaram Lewgoy, Kuplich, Machado, Faber e Fagundes (2019), as proposições dos PRMSs – como modalidade de pós-graduação *lato sensu* norteada pela formação em serviço – estão alinhadas às premissas da EIP.

Na segunda e última referência concernente ao terceiro eixo temático, Figueiredo e Campos (2014) avaliaram a utilização do apoio Paideia como referencial pedagógico em um curso de especialização. Trata-se de um recurso conceitual e metodológico que parte de uma crítica à racionalidade gerencial hegemônica e visa a favorecer a gestão democrática em contextos institucionais e a ampliar as capacidades de análise e tomada de decisões por parte de gestores, trabalhadores e também usuários (Campos, 2000). Os autores da referência em pauta verificaram que os participantes – membros de diferentes profissões do campo da saúde – encontraram no curso um espaço coletivo em que, especialmente a partir da discussão de casos clínicos, puderam aprimorar competências técnicas, éticas e relacionais (Figueiredo & Campos, 2014). Portanto, evidenciou-se que em cursos de especialização, também, diferentes profissionais de saúde podem aprender juntos para que venham a trabalhar, em conjunto, de maneira mais qualificada. Essa é uma constatação importante, tendo em vista que, no âmbito de cursos de especialização no país, tende ainda a prevalecer a perspectiva uniprofissional.

Considerações Finais

O presente estudo, por meio de uma revisão integrativa da literatura, buscou mapear o conhecimento estabelecido sobre a EIP no Brasil, especificamente no tocante às pesquisas que contaram com a participação de pós-graduandos e profissionais de saúde ao longo de uma década (2008-2018). A síntese dos resultados concernentes às dimensões analíticas empregadas demonstra que o interesse pelo tema na produção científica nacional é recente, mas tem aumentado consideravelmente, sobretudo devido ao trabalho de membros de diferentes profissões do campo da saúde, predominantemente vinculados a universidades públicas.

Constatou-se também que as fontes de publicação são diversificadas, sendo que a maioria das referências selecionadas decorre de pesquisas cujo cenário foi a região Sudeste e nas quais foram privilegiados métodos qualitativos e serviços de saúde concernentes à atenção primária.

Ressalte-se que as evidências científicas proporcionadas pelas referências selecionadas salientam que o fortalecimento da EIP no país se afigura como um importante caminho a ser percorrido no sentido da integralidade das ações e dos serviços de saúde, condição necessária em face das necessidades da população, cada vez mais complexas e dinâmicas no campo da saúde. As referências selecionadas forneceram ainda informações importantes acerca do movimento de reorientação da prática em saúde mediante a valorização do trabalho em equipe no país, e, mais pontualmente, apresentaram indicações para o fomento da aprendizagem interprofissional no âmbito da pós-graduação. Por outro lado, observou-se que uma série de questões segue em aberto. Talvez a principal delas seja a seguinte: como operacionalizar as mudanças culturais – de modo a equacionar as relações de poder no campo da saúde, por exemplo – que se fazem necessárias para que o empreendimento de práticas colaborativas seja sustentável em longo prazo no país?

Novas pesquisas certamente auxiliarão a construir respostas para essa questão, particularmente se, de acordo com o panorama delineado no presente estudo, conferirem maior ênfase à exploração de estratégias de aprendizagem interprofissional. Não obstante, é preciso mencionar que o presente estudo tem um alcance determinado pelo fato de ter se ocupado exclusivamente de referências veiculadas no formato de artigo. Com isso, não foram contempladas teses e dissertações, por exemplo. Referências veiculadas nos formatos em questão poderiam ampliar o *corpus* de análise. Contudo, revisões integrativas comumente privilegiam artigos, por se tratar de literatura revisada e publicada de acordo com as práticas mais valorizadas pela comunidade científica.

Referências

- Araújo, E. M. D., & Galimberti, P. A. (2013). A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. *Psicologia & Sociedade*, 25(2), 461-468. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000200023&lng=en&tlng=pt
- Araújo, T. A. M., Vasconcelos, A. C. C. P., Pessoa, T. R. R. F., & Forte, F. D. S. (2017). Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: O olhar de residentes e preceptores. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 21(62), 601-613. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>
- Arruda, G. M. M. S., Barreto, I. C. H. C., Ribeiro, K. G., & Frota, A. C. (2018). O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl. 1), 1309-23. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0859>
- Arruda, L. S., & Moreira, C. O. F. (2018). Colaboração interprofissional: Um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(64), 199-210. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0613>
- Augusto, A. (2014). Metodologias quantitativas/metodologias qualitativas: Mais do que uma questão de preferência. *Fórum Sociológico*, 24, 73-77. Recuperado de <https://journals.openedition.org/sociologico/1073>

- Baquião, A. P. S. S. (2017). Percepções de residentes multiprofissionais acerca da interdisciplinaridade (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Humanas Universidade Federal de Juiz de Fora). Recuperado de <http://repositorio.ufjf.br:8080/jspui/handle/ufjf/6489>
- Barr, H. (2015). Interprofessional education: The genesis of a global movement. Farnham: Centre for the Advancement of Interprofessional Education. Recuperado de <https://www.caipe.org/resources/publications/barr-h-2015-interprofessional-education-genesis-global-movement>
- Barr, H., & Low, H. (2013). Introducing Interprofessional Education. Farnham: Centre for the Advancement of Interprofessional Education. Recuperado de <https://www.caipe.org/resources/publications/caipe-publications/barr-h-low-h-2013-introducing-interprofessional-education-13th-november-2016>
- Barreto, I. C. H. C., Ribeiro, K. G., Moreira, A. E. M. M., Goya, N., Dias, M. S. A., & Andrade, L. O. M. (2018). Integração de instituições de ensino superior com sistemas municipais de saúde à luz de uma tipologia da colaboração interprofissional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(1), 1365-1376. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0860>
- Barros, E. R. S., & Ellery, A. E. L. (2016). Colaboração interprofissional em uma Unidade de Terapia Intensiva: Desafios e possibilidades. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 17(1), 10-19. doi:<http://dx.doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100003>
- Batista, N. A., Rossit, R. A. S., Batista, S. H. S. D. S., Silva, C. C. B. D., Uchôa-Figueiredo, L. D. R., & Poletto, P. R. (2018). Educação interprofissional na formação em Saúde: A experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(Supl. 2), 1705-1715. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0693>
- Bispo Júnior, J. P., & Moreira, D. C. (2018). Cuidado colaborativo entre os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes apoiadas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28(3), e280310. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312018280310>
- Blue, A., Brandt, B. F., & Schmitt, M. H. (2010). American Interprofessional Health Collaborative: Historical roots and organizational beginnings. *Journal of Allied Health*, 39(suppl. 1), 204-209. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21174041?dopt=Abstract>
- Brasil. (2001, 3 de outubro). Ministério da Educação e Cultura. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES n. 1133/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. *Diário Oficial da União*, Seção 1E, p. 131. Brasília-DF: Ministério da Educação e Cultura. Recuperado de <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>
- Brasil. (1994). Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família*. Brasília. Brasília-DF: COSAC.
- Campos, G. W. S. (2000). Um método para análise e gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). A national interprofessional competency framework. Vancouver: CIHC. Recuperado de https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
- Caram, C. D. S., Rezende, L. C., & Brito, M. J. M. (2017). Prática colaborativa: Potencialidades e desafios para o enfermeiro no contexto hospitalar. *Revista Mineira de Enfermagem*, 21, e1070. doi:<http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170080>
- Casanova, I. A., Batista, N. A., & Ruiz-Moreno L. (2015). Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sciences*, 40(3), 229-233. doi:<http://dx.doi.org/10.7322/abcshs.v40i3.800>

- Costa, M. V. D. (2016). A educação interprofissional no contexto brasileiro: Algumas reflexões. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), 197-198. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>
- Costa, M. V. D., Peduzzi, M., Freire Filho, J. R., & Silva, C. B. G. (2018). *Educação interprofissional em saúde*. Natal: Secretaria de Educação a Distância/Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Recuperado de <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/12/Educacao-Interprofissional-em-Saude.pdf>
- Dias, I. M. A. V., Pereira, A. K., Batista, S. H. S. S., & Casanova, I. A. (2016). A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. *Saúde em Debate*, 40(111), 257-267. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611120>
- Domingos, C. M., Nunes, E. F. P. A., & Carvalho, B. G. (2015). Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 19(55), 1221-1232. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0653>
- Ellery, A. E. L., Pontes, R. J. S., & Loiola, F. A. (2013). Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: Um cenário em construção. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(2), 415-437. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000200006>
- Faquim, J. P. S., & Frazão, P. (2016). Percepções e atitudes sobre relações interprofissionais na assistência odontológica durante o pré-natal. *Saúde em Debate*, 40(109), 59-69. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610905>
- Faquim, J. P. S., Buiatti, N. B. P., & Frazão, P. (2018). O método ZOPP e a organização do trabalho interprofissional voltado à atenção ao pré-natal em duas unidades de atenção básica. *Saúde em Debate*, 42(117), 392-407. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811704>
- Feuerwerker, L. C. M., & Capozzolo, A. A. (2013). Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo trabalho em saúde. In A. A. Capozzolo, S. J., Casetto, & A. O. Hens (Org.), *Clínica comum: Itinerários de uma formação em saúde* (pp. 35-68). São Paulo: Hucitec.
- Figueiredo, M. D., & Campos, G. W. S. (2014). O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 18(1), 931-943. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0323>
- Freire Filho, J. R., Costa, M. V., Magnago, C., & Forster, A. C. (2018). Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3018. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2731.3018>
- Freire Filho, J. R., Silva, C. B. G., Costa, M. V., & Forster, A. C. (2019). Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 43(supl. 1), 86-96.
- Gadelha, A. K. S., & Barreto, I. C. H. C. (2018). Residência integrada em Saúde: Percepção dos atores da ênfase em Saúde da Família e Comunidade. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(1), 1339-1351. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0183>
- Gontijo, E. D., Freire Filho, J. R., & Forster, A. C. (2019). Educação Interprofissional em Saúde: abordagem na perspectiva de recomendações internacionais. *Cadernos do Cuidado*, 3(2), 20-38. doi:<http://dx.doi.org/10.29397/cc.v3n2.186>

- Goulart, B. F., Camelo, S. H. H., Simões, A. L. A., & Chaves, L. D. P. (2016). Trabalho em equipe em Unidade Coronariana: Facilidades e dificuldades. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(3), 482-489. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400015>
- Kantrowitz, M., Kaufman, A., Mennin, S., Fülöp, T. A., & Guilbert, J. J. (1987). Innovative tracks at established institutions for the education of health personnel: An experimental approach to change relevant to health needs. Geneva: World Health Organization. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38557/WHO_OFFSET_101_PartII.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lewgoy, A. M. B., Kuplich, N. M., Machado, R. N., Faber, T., & Fagundes, M. L. (2019). A perspectiva interprofissional na residência integrada multiprofissional em saúde hospitalar. *Clinical & Biomedical Research*, 39(1), 58-68. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/87747/pdf>
- Mallmann, F. H. (2018). Educação e trabalho interprofissional em saúde no contexto da atenção primária no Brasil: Análise bibliométrica da produção científica de 2010 a 2017 (Trabalho de Conclusão de Curso, Especialização em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Recuperado de <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/184287/001077855.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Matuda, C. G., Pinto, N. R. S., Martins, C. L., & Frazão, P. (2015). Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: Implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(8), 2511-2521. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 17(4), 758-764. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Michel, C., Olsson, T. O., & Toassi, R. F. C. (2019). Educação Interprofissional em Saúde: Análise bibliométrica da produção científica nacional. *Revista da Associação Brasileira de Ensino Odontológico*, 19(4), 78-90. doi:<http://dx.doi.org/10.30979/rev.abeno.v19i4.781>
- Oliveira, A. M. D., Lemes, A. M., Machado, C. R., Silva, F. L., & Miranda, F. S. (2010). Relação entre enfermeiros e médicos em hospital escola: a perspectiva dos médicos. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10, 433-439. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000600023>
- Organização Mundial de Saúde (2010). Marco para ação em Educação Interprofissional e prática colaborativa. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://www.fnepas.org.br/oms_traduzido_2010.pdf
- Padula, M. G. C., & Aguilar-da-Silva, R. H. (2014). Professional profile of dentists who are members of the Family Health Strategy city of Marília, São Paulo: The challenge of interprofessional work. *Revista de Odontologia da UNESP*, 43(1), 52-60. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1807-25772014000100009>
- Peduzzi, M. (2016). O SUS é interprofissional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), 199-201. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>
- Peduzzi, M., Norman, I. J., Germani, A. C. C. G., Silva, J. A. M., & Souza, G. C. (2013). Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(4), 977-983. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>

- Peduzzi, M., Brígida, G. C., Mandú, E. N. T., Souza, G. C., & Silva, J. A. M. (2011). Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: Instrumentos para a construção da prática interprofissional. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 21(2), 629-646. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000200015
- Peixoto, T. C., & Brito, M. J. M. (2015). Protocolo clínico como dispositivo analítico das relações de poder de profissionais de saúde. *Saúde em Debate*, 39(107), 1053-1064. doi:http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151070219
- Perego, M. G., & Batista, N. A. (2016). Aprendizagens compartilhadas na Residência Multiprofissional em Saúde. *Tempus: Actas de Saúde Coletiva*, 10(4), 39-51. Recuperado de <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2239/1708>
- Pirollo, S. M., Ferraz, C. A., & Gomes R. (2011). A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1396-1402. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600017
- Previato, G. F., & Baldissera, V. D. A. (2018). Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 39, e2017-0132. doi:http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2018.2017-0132
- Reeves, S. (2016). Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), 185-197. doi:http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0092
- Reeves, S., Abramovich I., & Goldman J. (2009). *Canadian Interprofessional Health Collaborative activities, outputs and impacts evaluation*. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative. Recuperado de http://www.cihc.ca/files/publications/CIHC_EvalReport0809_May1109.pdf
- Reis, M. L., Medeiros, M., Pacheco, L. R., & Caixeta, C. C. (2016). Avaliação do trabalho multiprofissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Texto & Contexto – Enfermagem*, 25(1), 1-9. doi:http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720160002810014
- Rocha, F. A. A., Barreto, I. C. H. C., & Moreira, A. E. M. M. (2016). Colaboração interprofissional: Estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(57), 415-426. doi:http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0370
- Sidone, O. J. G., Haddad, E. A., & Mena-Chalco, J. P. (2016). A ciência nas regiões brasileiras: Evolução da produção e das redes de colaboração científica. *Transinformação*, 28(1), 15-32. doi:http://dx.doi.org/10.1590/2318-08892016002800002
- Silva, J. A. M., Peduzzi, M., Orchard, C., & Leonello, V. M. (2015). Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(2), 16-24. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003
- Soares, C. B., Hoga, L. A. K., Peduzzi, M., Sangaleti, C., Yonekura, T., & Silva, D. R. A. D. (2014). Revisão integrativa: Conceitos e métodos utilizados na enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(2), 335-345. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020
- Souza, G. C., Peduzzi, M., Silva, J. A. M., & Carvalho, B. G. (2016). Trabalho em equipe de enfermagem: Circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 642-649. doi:http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500015

- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: O que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102-106. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>
- Toassi, R. F. C., Olsson, T. O., Lewgoy, A. M. B., Bueno, D., & Peduzzi, M. (2020). Ensino da graduação em cenários da atenção primária: Espaço para aprendizagem interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(2). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00267>
- Valadão, P. A. S., Lins, L., & Carvalho, F. M. (2017). Problemas bioéticos no cotidiano do trabalho de profissionais de equipes de saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*, 15(3), 725-744. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00080>
- Vasconcelos, A. C. F., Stedefeldt, E., & Frutuoso, M. F. P. (2016). Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: Com a palavra, os profissionais de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), 147-158. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0395>

Recebido em: 25/03/2018

Última revisão: 10/12/2020

Aceite final: 12/01/2021

Sobre os autores:

Ana Paula de Sousa Silva Baquião: Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). E-mail: anapaulasousa.psico@gmail.com, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-5300-9397>

Bruna Costa de Almeida: Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). E-mail: bnacalmeida@gmail.com, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4279-28572957-7554>

Leila Garcia Ribeiro Silva: Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). E-mail: leilariibeiro@gmail.com, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0172-9357>

Rodrigo Sanches Peres: Doutor e mestre em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP). Professor associado do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). E-mail: rodrigossanchesperes@ufu.br, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2957-7554>

Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov: Doutora e mestre em Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Professora adjunta do Departamento de Psicologia da UFJF. E-mail: fabiane.rossi@ufjf.edu.br, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0948-2635>

APÊNDICE II – Capítulo de Livro: Educação Interprofissional para o Trabalho Colaborativo em Saúde



Copyright © da Editora CRV Ltda.
Editor-chefe: Railson Moura
Diagramação e Capa: Designers da Editora CRV
Imagem da Capa: Freepik
Revisão: Os Autores

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
 CATALOGAÇÃO NA FONTE

Bibliotecária responsável: Luzenira Alves dos Santos CRB9/1506

C728

Compêndio de Psicologia da Saúde / Carolina Ribeiro Seabra, Fabiane Rossi dos Santos
 (organizadoras) – Curitiba : CRV, 2022.
 546 p.

Bibliografia
 ISBN Digital 978-65-251-3104-7
 ISBN Físico 978-65-251-3108-5
 DOI 10.24824/978652513108.5

1. Psicologia 2. Psicologia da saúde 3. Psicologia - comportamento I. Seabra, Carolina
 Ribeiro, org. II. Santos, Fabiane Rossi dos, org. III. Título IV. Série.

2022- 27447

CDD 616.89

CDU 159.98

Índice para catálogo sistemático
 1. Psicologia da saúde – 616.89

ESTA OBRA TAMBÉM SE ENCONTRA DISPONÍVEL EM FORMATO DIGITAL.
 CONHEÇA E BAIXE NOSSO APLICATIVO!



2022

Foi feito o depósito legal conf. Lei 10.994 de 14/12/2004.
 Proibida a reprodução parcial ou total desta obra sem autorização da Editora CRV
 Todos os direitos desta edição reservados pela: Editora CRV
 Tel.: (41) 3039-6418 – E-mail: sac@editoracrv.com.br
 Conheça os nossos lançamentos: www.editoracrv.com.br

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL PARA O TRABALHO COLABORATIVO EM SAÚDE

*Ana Paula de Sousa Silva Baquião
Cynthia Pace Schmitz Corrêa*

O presente capítulo pretende contribuir com as discussões contemporâneas do debate da interprofissionalidade, tanto do ponto de vista da formação quanto do trabalho em saúde. Para tanto será dada ênfase na relevância que a perspectiva da Educação Interprofissional (EIP) apresenta na TRANSformação do saber e fazer em saúde, buscando construir novas formas de enfrentamento dos problemas, na certeza de que juntos podemos trabalhar mais e melhor.

Atualmente, pesquisas vêm mostrando mudanças no perfil demográfico da população e, conseqüentemente, alterações no cenário epidemiológico. O aumento da expectativa de vida, apesar de positivo, foi também acompanhando por um aumento da cronicidade de doenças não transmissíveis gerando altos custos em saúde. Além disso, a ampliação da concentração da população em áreas urbanas, na maioria das vezes sem planejamento adequado, suscitou condições sanitárias mais precárias e o surgimento de novos riscos infecciosos, ambientais e comportamentais (Costa *et al.*, 2018; Frenk, Chen, Bhutta, Cohen *et al.*, 2010). A partir disso, é possível observar os desafios enfrentados pelos sistemas de saúde do Brasil e do mundo para assegurar as políticas e atividades de promoção da saúde, bem como propor melhorias na resolutividade de seus agravos com otimização dos recursos (Barr, 2012; Buring, Bhushan, Broeseker, Conway *et al.*, 2009; Frenk, Chen, Bhutta, Cohen *et al.*, 2010; Jamison, Summers, Alleyne, Arrow *et al.*, 2013; WHO, 2010).

Afinal o que é EIP?

A Educação Interprofissional (EIP) surge na década de 1960 como uma forma de crítica ao caráter uniprofissional, biomédico e tecnicista dos modelos de formação em saúde e atuação dos profissionais. Os movimentos pioneiros nesse sentido ocorreram em serviços de saúde do Reino Unido nos anos 1960 e nos centros de saúde vinculados a universidades estado-unidenses (Estados Unidos da América) na década de 1970. À vista disso, atribui-se a origem do

conceito de EIP a um grupo de especialistas que, em 1987, se reuniu em um evento promovido em Genebra pela Organização Mundial de Saúde.

Todos esses debates foram disparados a partir de algumas preocupações originadas no campo da saúde, que seriam:

- a possibilidade de diminuir trabalhos duplicados nos atos profissionais, já que o trabalho integrado se mostra mais eficiente e com menor custo;
- a promoção de uma melhor comunicação entre os membros das equipes visando, principalmente, a diminuição dos erros em saúde;
- o aumento da satisfação dos usuários (pacientes e familiares), uma vez que o trabalho colaborativo diminui a duplicação das ações e os erros;
- otimização do tempo e dos recursos nos serviços de saúde, garantindo uma ampliação e uma melhora do acesso.

Educadores, clínicos e pesquisadores, a partir desses eventos e dessas discussões elaboraram documentos que buscaram conceituar a EIP, na tentativa de ampliar e difundir seu debate.

O primeiro grupo a propor uma definição do conceito foi o *Centre for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE), do Reino Unido. Para eles, a EIP ocorre quando duas ou mais profissões, tanto no âmbito educacional quanto no profissional, aprendem/trabalham sobre, de e com os outros, buscando uma colaboração efetiva para melhorar os resultados em saúde. Essa definição foi criada em 2002 e replicada pela OMS em 2010, sendo até hoje a mais conhecida dentre todas. A CAIPE, em 2013, elabora um guia com intuito de ampliar o conceito de EIP e de aprendizagem interprofissional, bem como apresenta orientações para operacionalização das mesmas nos espaços de graduação e pós-graduação. Neste guia a EIP seria o momento em que “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; já a aprendizagem interprofissional “ocorre durante a educação interprofissional ou, informalmente, em ambientes educacionais ou de prática, e envolve alunos ou membros de duas ou mais profissões no aprimoramento de seus conhecimentos e desenvolvimento de competências” (Goldman, 2011).

Um importante marco conceitual foi o cunhado pelo *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CICH), onde a EIP foi considerada como ocorrendo “quando os profissionais de saúde aprendem colaborativamente dentro e entre as disciplinas, a fim de obter conhecimentos, habilidades, valores necessários para trabalhar com outros profissionais de saúde” (Orchard *et al.*, 2010, p. 8). Nesta definição observa-se uma ampliação do conceito

para além da centralidade da colaboração entre os profissionais, mas também, o incentivo de ações para o desenvolvimento das competências interprofissionais nos espaços de ensino e serviço de saúde. Outra definição relevante foi desenvolvida pelo *Interprofessional Education Consortium* (IPEC), nos EUA, sendo a EIP vista como “um processo de aprendizagem que prepara profissionais através de educação interdisciplinar e das diversas experiências da realidade do trabalho em saúde, em colaboração com as comunidades para atender às necessidades multifacetadas de crianças, jovens e famílias” (IPEC, 2011, p. 7). Esta conceituação enfatiza a relevância da realidade do trabalho como espaço de aprendizagem, bem como a centralidade do usuário e comunidades na produção de saúde, esta vista de maneira complexa, e portanto, evidenciando a necessidade de práticas integrais em equipe. Cabe ainda mencionar a mais recente definição, elaborada por Scott Reeves (2016) a qual busca integrar todas as anteriores sendo a EIP vista como “uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos de modo interativo para melhorar a colaboração e qualidade da atenção à saúde” (p. 185). Esta última, traz a contribuição do desenvolvimento de metodologias de ensino ativas para o fortalecimento das práticas colaborativas.

A partir das conceituações acima, é possível desmembrar quatro importantes características dessa modelo de formação e atenção em saúde, a saber:

- a) as atividades de ensino e práticas são realizadas em conjunto e colaborativamente entre dois ou mais estudantes e/ou profissionais, ou seja, há uma proposta de integração e complementaridade de diferentes áreas do conhecimento e das práticas em saúde;
- b) as atividades são desenvolvidas de maneira interativa, através da utilização de estratégias pedagógicas ativas e dinâmicas que podem favorecer um maior envolvimento dos participantes;
- c) o cuidado é centrado na pessoa, família e comunidade, no qual o usuário do serviço é visto de maneira integral – aspectos biopsicossociais e espirituais – bem como é considerado o protagonista do seu processo de saúde, tal vertente realiza uma crítica ao modelo tradicional de atenção centrado na doença no qual é levado em consideração apenas o aspecto biológico do indivíduo e este é um mero espectador, não participando das decisões junto à equipe de saúde;
- d) o objetivo final é contribuir de modo a aumentar a qualidade da atenção à saúde prestada, bem como torná-la mais humanizada.

É importante destacar que a interprofissionalidade deve ser desenvolvida tanto dentro das salas de aula das universidades quanto deve fazer parte da educação continuada dos profissionais de saúde. Para a efetivação da

interprofissionalidade os alunos e/ou profissionais devem desenvolver ações para além da perspectiva de grupo, devem trabalhar efetivamente em equipe. Neste sentido, é oportuno a reflexão sobre as diferenças entre grupo e equipe de trabalho.

No contexto brasileiro, os termos “educação interprofissional” e “colaboração interprofissional” foram inseridos nas discussões de saúde principalmente nos últimos 10 anos, embora o debate sobre o trabalho em equipe não seja recente. O trabalho em equipe se apresenta como prerrogativa desde o movimento de Reforma Sanitária, em especial no processo de criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição de 1988. Segundo Peduzzi (2016) o SUS é interprofissional, uma vez que parte do princípio da integralidade da saúde e, para tanto, é necessário que as estratégias de ensino e prática em saúde sejam repensadas e reordenadas por um saber compartilhado e um fazer colaborativo, respondendo mais adequadamente às complexas e dinâmicas demandas de saúde da população.

A partir do exposto, cabe mencionar que, no país, as primeiras iniciativas interprofissionais estavam vinculadas aos serviços de saúde, e portanto, contemplaram o campo das práticas profissionais em busca de um trabalho em equipe mais integrativo. No âmbito da Educação as iniciativas concretas de reorientação da formação profissional foram mais tardias, porém ascendentes ano a ano. Vale destacar alguns importantes marcos políticos de reorientação educacional, dentre eles:

- o Programa de Integração Docente Assistencial IDA – talvez um precursor do que hoje chamamos de Integração Ensino Saúde e Comunidade (IESC), esse programa ocorreu, por iniciativa do Ministério da Saúde, no início da década de 1980 e buscava inserir alunos na dinâmica de trabalho dos postos de saúde. Foi um avanço para época, mas mostrou-se uma política limitada que não promoveu muitas repercussões nos currículos.
- o Projeto UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais do Setor de Saúde, década de 1990 – marco inicial da proposta de mudança na formação médica e incorporação dos conceitos de multiprofissionalidade e interdisciplinaridade com vistas a superar a cisão entre serviços e academia;
- o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) – foi uma política importante na discussão da formação dos alunos dos cursos de medicina, em coerência com os princípios do SUS. Este programa visava incentivar reformas curriculares e a formação em hospitais universitários e unidades básicas de saúde.

- Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), de 2001 e de 2014 – grande avanço no âmbito universitário das áreas da saúde em que o documento elaborado busca materializar a reorientação das formações profissionais;
- a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), de 2003 – secretaria criada dentro do Ministério da Saúde e com a responsabilidade de desenvolver as políticas de formação profissional voltadas para a consolidação e fortalecimento do SUS;
- as Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) e o Aprender SUS – ocorreu nos anos de 2003 e 2004 e tinha como objeto o fortalecimento dos territórios do SUS como espaço de formação e aprendizagem.
- O curso de especialização de Ativadores de Mudanças nas Profissões de Saúde – realizado inicialmente em 2004, foi uma proposta articulada pelo Departamento de gestão da Educação na Saúde (DEGES) da SGTES, a Rede Unida e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ) para formar educadores de diversas profissões que conduzissem mudanças na formação orientada na perspectiva de um currículo integrado, baseado no construtivismo, na adoção de metodologias ativas e na educação à distância.
- a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), ano de 2004 – política que incorporou elementos do ensino no cotidiano dos serviços de saúde, apoiando ações e programas de integração entre as instituições de ensino, de serviços, como exemplos os Programas de Residência em Saúde Uni e Multiprofissional, e a participação popular, exercendo papel de controle social sobre SUS;
- o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde I e II, anos de 2005 e 2007 – relevante política que propiciou maior articulação entre as universidades, os serviços de saúde e a comunidade, bem como reorganizou as normas curriculares a partir da aplicação de estratégias metodológicas ativas e visão profissional crítico-reflexiva;
- o Programa de Formação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), de 2008 e o PET-GraduaSUS, de 2015 – programas de reformulação curricular nas Instituições de Ensino Superior com o objetivo de potencializar a articulação do ensino-serviço-comunidade, valorizar a união do ensino, pesquisa e extensão nos espaços de formação profissional, e ainda, estimular e fortalecer os conceitos de interdisciplinaridade e interprofissionalidade.
- o Plano Nacional para Implementação da Educação Interprofissional – este plano, articulado pelo Ministério da Educação, Instituições

de Ensino Superior e a Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS) foi pactuado para o biênio 2017-2018 e organizado em linhas de ação para o fortalecimento da EIP, o levantamento das ações de EIP no Brasil, o desenvolvimento docente, a divulgação da EIP, a produção de conhecimento em EIP e a inserção da EIP nos espaços de Educação Permanente em Saúde.

- o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde PET Saúde/ Interprofissionalidade, de 2018 – relevante programa que teve seu primeiro edital lançado no final de 2018, acontecendo em 2019 e 2020. Como parte das ações do Plano Nacional para Implementação da EIP, tem como objetivo ativar todos os processos para concretizar a contratualização do COAPES (Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde) no território dos preceptores, tutores e estudantes que participam do projeto, além de ser um importante formador de profissionais mais aptos para o trabalho colaborativo em saúde, promover o desenvolvimento docente e articular mudanças curriculares em todos os cursos de graduação da área da saúde e com ela relacionados, com base da interprofissionalidade e nas práticas de Educação Permanente.

Como um grupo se torna uma equipe?

Neste momento, alguns dos leitores podem estar se perguntando se há diferenças entre os termos de grupo e equipe e quais seriam. É comum que esses conceitos sejam tratados como sinônimos, mas eles apresentam importantes diferenças e não necessariamente estar em um grupo de trabalho garante que esteja realizando um trabalho em equipe. A partir disso é oportuno a reflexão dos elementos fundamentais que transformam um grupo e em uma equipe de trabalho.

Tanto o grupo quanto a equipe são definidos por um conjunto de duas ou mais pessoas que partilham o mesmo espaço, com papéis e funções definidas e que buscam atingir um mesmo objetivo, porém na perspectiva de grupo o esforço nas atividades e responsabilidades pelos resultados são individuais (não há colaboração entre os componentes do grupo), ou seja, cada pessoa pode desenvolver suas atividades de modo independente e hierárquica em que os objetivos atingidos será a soma dos resultados individuais (Zanelli, Borges-Andrade & Bastos, 2014). Um exemplo prático de grupo seria o atendimento de um paciente que deu entrada no hospital e os profissionais do serviço foram solicitados individualmente para realizar os procedimentos de cuidado. Assim, apesar dos profissionais compartilharem o mesmo espaço

de trabalho e terem como objetivo comum a oferta de tratamento ao paciente eles tiveram metas, intervenções e resultados individualizados, o fato desses profissionais não colaborarem entre si pode até mesmo suscitar a competição e discordâncias de conduta entre eles.

Por outro lado, na perspectiva de equipe, as atividades e esforços são coletivos e as responsabilidades dos resultados alcançados são compartilhadas, portanto “o todo é maior que a soma das partes”, uma vez que as partes se uniram, planejaram as estratégias e condutas para alcançar o resultado. Como exemplo temos o atendimento de paciente que deu entrada no hospital e os profissionais do serviço elaboraram de forma partilhada e colaborativa um plano de cuidado singular ao paciente. Deste modo, o diálogo entre a equipe de trabalho e tomadas de decisões compartilhadas favorecem melhores resultados e corresponsabilização em todo o processo de cuidado. A partir dessa diferenciação é possível concluir que nem todo grupo se configura enquanto equipe, mas que toda equipe se constitui enquanto grupo.

Quais modelos de educação profissional em saúde estamos inseridos? Será que há um modelo melhor que o outro ou eles se complementam?

O modelo de formação UNIprofissional por muitas décadas deteve a soberania nas estratégias de ensino dos estudantes, bem como nos espaços de atuação dos profissionais de saúde. Na formação UNIprofissional as atividades educacionais acontecem entre os estudantes de suas áreas profissionais específicas, isolados dos demais. Eles aprendem sobre suas profissões, técnicas, políticas, conceitos etc. E se mostra importante destacar que dentro dos próprios eixos formativos UNIprofissionais existem subgrupos de especialidades, que podem perpetuar e, algumas vezes até dificultar o sentido do trabalho em equipe, até entre profissionais de uma mesma profissão. A formação UNIprofissional é fundamental para que o trabalho em equipes seja bem desenvolvido, principalmente no que diz respeito à clarificação dos papéis dos membros da equipe, porém observa-se que sozinho não atende as demandas de saúde em sua complexidade e completude, e mais, pode provocar uma forte competição e disputa de poder entre as categorias profissionais, repercutindo negativamente na qualidade de atenção em saúde prestada.

No prisma da formação MULTIprofissional as atividades acontecem entre estudantes de duas ou mais profissões que aprendem lado a lado, sobre e com as demais profissões, sem que haja a aprendizagem interativa. Os estudantes estão na mesma sala, mas não aprendem colaborativamente, não aprendem sobre, de e para os outros, na perspectiva de melhorarem os cuidados em

saúde. Simplesmente estão no mesmo ambiente físico. Nos ambientes de trabalho observamos diversos profissionais trabalhando no mesmo hospital, no mesmo ambulatório, algumas vezes isolados em seus consultórios, sem qualquer interação com outros colegas da mesma ou de outras profissões. Possuem o hábito de encaminhar os pacientes, sem se preocupar em debater o caso e buscar colaborativamente a melhor conduta. Esse modelo foi pensado como uma possibilidade de aproximação dos conhecimentos e atuações em saúde, porém ainda se mostraram insuficientes para um bom exercício do trabalho em equipe.

E por fim, na visão da formação INTERprofissional os estudantes/profissionais de duas ou mais aprendem sobre os outros, com os outros e entre si, ou seja, modelo com maiores condições de preparar os profissionais para uma atuação integrada em equipe, na qual a colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas predominam frente à competição e a fragmentação.

A partir disso, pode-se dizer que na perspectiva da interprofissionalidade os três modelos de educação em saúde se complementam para que os resultados em saúde sejam garantidos com maior qualidade e agilidade.

Quais competências precisamos desenvolver para o trabalho em equipe?

Quando falamos que uma pessoa é “competente” para desenvolver alguma tarefa, estamos querendo dizer que ela tem as habilidades, os conhecimentos e as atitudes necessárias para tal. Em relação a profissionais de saúde, Englander *et al.* (2013) ainda acrescenta à essa lista os valores que cada profissional possui e que, somados às suas habilidades, conhecimentos e atitudes, o fazem competentes ou não.

No contexto de interprofissionalidade, muitas são as competências que devem ser adquiridas, reforçadas ou trabalhadas para que as equipes trabalhem melhor. Corroborando ainda com os “valores” acrescentados por Englander *et al.*, é necessário que cada membro da equipe reflita sobre tais competências, quais são suas fortalezas e quais são suas fraquezas, sempre em prol de um objetivo comum.

A literatura interprofissional aponta uma quantidade razoável de painéis que definem quais competências são necessárias para aprimorar o trabalho em equipe. Diversos painéis são constantemente discutidos e apresentados por associações e grupos de estudos em EIP. Há aproximadamente 165 declarações de competências interprofissionais publicadas (O’keefe, Henderson & Chick, 2017). Dentre elas, destacamos a publicação da Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), que em 2010 publicou um dos mais conhecidos

painéis de competências na literatura (Orchard *et al.*, 2010). A figura representa o painel com as competências da CIHC.

Figura 1 – Painel de Competências Interprofissionais



Fonte: CIHC – Canadian Interprofessional Health Collaborative – Recuperado de: https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf

O CIHC é um grupo formado por organizações, educadores, profissionais, pesquisadores e estudantes das áreas de saúde de todo o Canadá, que acreditam que a educação interprofissional e a prática do cuidado colaborativo centrado no paciente são as chaves para a construção de um cuidado mais efetivo em saúde, além de uma melhora dos resultados nos pacientes. Nós também acreditamos nisso! Este grupo destaca em seu painel seis (6) competências que devem ser trabalhadas nas equipes interprofissionais: a comunicação Interprofissional, o cuidado centrado no paciente/família/comunidade, a clarificação de papéis, o funcionamento da equipe, a liderança colaborativa e a resolução de conflitos interprofissionais. Vamos detalhar cada uma delas a seguir.

Comunicação Interprofissional

Comunicar vem do latim *comunicare*, que significa partilhar, tornar comum. Mas sabemos que a comunicação é muito maior do que isso! A comunicação envolve uma série de aspectos que vão além da fala – comunicação

verbal. Podemos nos comunicar com gestos, com a nossa expressão corporal, com a nossa escuta atenta e até com nosso silêncio – comunicação não verbal. Neste sentido, a comunicação não se limita a linguagem verbal, sendo essa, inclusive, uma pequena parcela da comunicação estabelecida entre duas ou mais pessoas.

Nas equipes, uma boa comunicação pode direcionar a maneira como essa equipe vai agir. Dependendo do trabalho que será executado, a maneira como os envolvidos se comunicam pode aumentar ou diminuir a eficiência e, principalmente, a segurança do paciente. Equipes de saúde que atuam, por exemplo, em setores de urgência e emergência precisam ter uma comunicação ágil, clara e assertiva. Alguns protocolos são construídos para este fim. Mas em todos os campos do cuidado, essa comunicação assertiva fará a diferença no manejo da interprofissionalidade. Não podemos esquecer que a comunicação é importante tanto entre os membros da equipe quanto destes com os pacientes (incluindo familiares e todos que fazem parte do cuidado).

Na comunicação entre os profissionais podemos destacar alguns pontos fundamentais:

1. A maneira como você se comunica vai interferir diretamente na reação de quem te escuta. Sendo assim, cuide para que sua maneira de falar (ou de ouvir) seja sempre respeitosa, amigável, em um tom de voz adequado, assertivo e sincero.
2. Muitas vezes dizemos algo e o interlocutor “escuta” ou “entende” de maneira completamente diferente. Certifique-se que a outra pessoa entendeu o que você quis dizer. Se for o caso, peça para ela repetir, com suas próprias palavras, o que você disse, e certifique-se se ela entendeu ou não as suas considerações, falas ou até mesmo “ordens”.
3. Escutar também é uma habilidade! Muitas falhas de comunicação ocorrem porque não prestamos atenção no que o outro está nos dizendo. Dedique-se a escutar seus colegas e pacientes.
4. Reconheça se você possui dificuldade de se expressar, como excesso de timidez, por exemplo. Todos temos algo importante e interessante a dizer!
5. Por outro lado, reconheça se você não está dominando as falas e impedindo que outros colegas se expressem e contribuam com a equipe.
6. Evite a todo custo o chamado “telefone sem fio”. Lembrando do respeito e da assertividade, devemos evitar falar mal de colegas na ausência deste, propagando a discórdia e o mal-entendido.

7. Lembre-se que as pessoas possuem características próprias, conceitos e pensamentos que trazem de suas culturas, crenças e formações. Muitas vezes as pessoas discordam umas das outras porque possuem pontos de vista diferentes. Observar essas diferenças, respeitá-las, debater e aprender com elas fará com que a comunicação seja mais amigável e mais próxima de se alcançar os objetivos comuns, além de evitar confrontos desnecessários.

Cuidado Centrado na Pessoa/Paciente/Família/Comunidade

Esta é uma competência muito importante, tanto para a equipe quanto para os pacientes. O Cuidado Centrado na Pessoa (CCP) faz com que a equipe direcione seus objetivos para quem realmente interessa, que é o paciente. Desta forma, evita a hierarquização das profissões, já que o centro das atenções deixa de ser o médico, o enfermeiro, o dentista, enfim, qualquer profissional do cuidado, e passa a ser o paciente (e/ou todos os envolvidos com ele).

Outro ponto de extrema importância neste contexto do CCP é que o paciente passa a fazer parte da equipe, sendo o protagonista do seu processo de cuidado em saúde. Todas as decisões são comunicadas e pactuadas com ele (ou com seus responsáveis/cuidadores). Colocar o paciente como centro das atenções da equipe começa na anamnese, que deve ser estruturada de maneira que o paciente tenha possibilidade de se comunicar, de falar mais sobre suas queixas do que ouvir. Todas as decisões de cuidado (terapêuticas e responsabilidades), de todos os profissionais da equipe, devem ser construídas em conjunto com o paciente e quem mais for necessário para o cuidado.

Este formato de cuidado, centrado na pessoa, também pode ser desenvolvido através do Método Clínico Centrado na Pessoa (MCCP), desenvolvido a partir de estudos de Ian McWhinney e Moira Stewart, do Canadá e Joseph Levenstein, da África do Sul, sobre os atendimentos médicos e os motivos que levavam as pessoas a buscar ajuda (Gusso e Lopes, 2018). O MCCP surgiu a partir de uma necessidade de se repensar os modelos de relação e atendimento entre médicos e pacientes. Inicialmente chamado de Medicina Centrada na Pessoa, hoje em dia se reconhece que o método tem amplo potencial de aplicação pelos profissionais de saúde em geral, independentemente de sua formação. O MCCP possui seis componentes:

1. Explorar não só a doença (história, exame clínico, investigações, etc.), mas também a experiência do indivíduo com a doença (sentimentos, expectativas, ideias);
2. Entender o paciente como um todo, integral, pensando em seu contexto mais próximo e mais distante;

3. Elaborar um projeto comum de manejo, debatendo e entendendo os problemas, traçando objetivos e definindo papéis, sempre com decisões conjuntas;
4. Incorporar ações de prevenção e promoção de saúde, buscando a melhoria da saúde, a diminuição ou até redução de riscos, a identificação precoce de agravos e a redução de complicações;
5. Intensificar a relação profissional (equipe) de saúde ↔ paciente (rede de apoio);
6. E, por fim, ser realista na determinação dos objetivos, tempo e recursos do cuidado.

Clarificação de papéis

Outra competência descrita pela CIHC é a clarificação de papéis. Nela, estudantes e profissionais devem compreender seu próprio papel e os papéis dos outros membros da equipe, utilizando este conhecimento apropriadamente para estabelecer e alcançar os objetivos da equipe (Orchard *et al.*, 2010). É importante esclarecer a importância do conhecimento uniprofissional para o estabelecimento do seu próprio papel em determinado momento do cuidado. Isso traz algumas dificuldades no desenvolvimento desta competência em turmas de estudantes no início de seus cursos.

Esta competência deve ser trabalhada desde a graduação, através de estratégias de ensino que promovam a interação efetiva entre estudantes de diferentes cursos. Desta forma, profissionais poderiam romper barreiras e ter um melhor conhecimento dos colegas.

A clarificação de papéis tem sido apontada como uma das competências mais difíceis de ser trabalhada. Outras competências, como a comunicação e a liderança, por exemplo, podem ser desenvolvidas uniprofissionalmente e até fazer parte do desenvolvimento pessoal dos indivíduos. Mas a clarificação de papéis exige uma interação com os outros profissionais, porque precisamos aprender com eles e sobre eles.

Além disso, historicamente, cada profissão foi se desenvolvendo no seu tempo, de acordo com suas culturas, lutas, crenças e espaços. Desta forma, em cada profissão temos nossos próprios valores, linguagens, culturas e crenças, que, algumas vezes, impõe uma sobreposição social sobre as outras. Isso se figura em uma grande barreira para a necessária aproximação dos diferentes profissionais e dificulta a definição de papéis, principalmente os papéis que deveriam ser colaborativos. Em um sistema de saúde como o nosso, tão complexo e com tantos déficits frente a uma população tão necessitada,

vários cuidados que são direcionados a um grupo profissional poderiam ser trabalhados colaborativamente, em prol de um maior acesso dos usuários.

Algumas categorias profissionais, como médicos e fisioterapeutas possuem uma formação mais tecnicista e biológica, enquanto outras categorias, como psicólogos e assistentes sociais possuem uma característica mais holística e social. Isso constitui um importante exemplo de dificuldades nos espaços onde são propostas atividades interprofissionais, pois o processo de formação pode, com certa frequência, gerar divergências entre os relatos de estudantes e profissionais com visões e formações. E, na verdade, todas as visões são importantíssimas para o cuidado integral do paciente. Desta forma, reforçamos a importância da EIP, onde a visão do indivíduo como um ser biológico, psicológico, social, político e espiritual poderia ser foco na formação interprofissional de todas as profissões da saúde e daquelas com relação direta com a saúde.

As barreiras profissionais entre as áreas biológicas e humanas são mais difíceis de serem transpostas, porém de uma importância ímpar para que seja realizado verdadeiramente um trabalho em equipe, trabalho este horizontalizado em que todos os saberes e fazeres em saúde são necessários, se complementam e inter-relacionam para uma melhor qualidade e efetividade do cuidado à saúde.

Liderança colaborativa

O papel da liderança é fundamental para o bom andamento da equipe. Tem-se uma errônea ideia de que equipes interprofissionais, que são colaborativas por natureza, não precisam de um líder, já que todos devem participar e coordenar os trabalhos. Mas trabalhar colaborativamente não pressupõe que não podemos ter um indivíduo com habilidades para coordenar/organizar os trabalhos, as discussões/debates, os horários, estimular potencialidades, criar acordos e promover a resolução de conflitos.

Um bom líder é aquele que as pessoas admiram e querem seguir. Ele não impõe nenhuma ideia ou dá ordens, mas ele compartilha suas proposições, escuta os pensamentos e argumentos dos outros, aceita alterações em prol de um melhor trabalho e estimula que todos possam participar das decisões. Ele deve mostrar entusiasmo, comprometimento, empatia e conhecimento de gestão de pessoas. E, principalmente, um bom líder age em conjunto com a equipe, apoia seus colegas, participa do trabalho, incentiva, e divide as glórias com todos. Diferente de um chefe. Um chefe dá ordem, impõe decisões (ou serve de veículo para decisões superiores, somente repassando para o grupo), não se envolve com o trabalho e não divide os frutos. Essa conduta deve ser evitada e os indivíduos que conduzem equipes, algumas vezes sendo nomeados

para tal, sem qualquer preparo, devem se esforçar para desenvolver atitudes de liderança, e não de chefia.

Um debate interessante realizado por Smith e colaboradores (2018) traz a ideia de que, para que as equipes trabalhem eficientemente, cada membro deve aceitar a responsabilidade da liderança, que pode ser requisitada de acordo com a especialização profissional, conhecimento particular do paciente ou em alguma situação específica. É importante que todos os membros da equipe exercitem suas capacidades de liderança, mesmo que não sejam efetivamente o líder da equipe. Conhecer os caminhos nos torna pertencentes e colaboradores dele!

O líder colaborativo também deve mostrar entusiasmo, comprometimento, empatia e conhecimento de gestão de pessoas (Smith, Fowler-Davis, Nancarrow, Ariss *et al.*, 2018). Também deve ser capaz de gerenciar conflitos, garantindo que a equipe mantenha um equilíbrio produtivo através do reconhecimento das fraquezas e fortalezas da equipe e de seus membros.

Funcionamento da equipe

Quando se fala em funcionamento da equipe é necessário primeiramente entender a cultura organizacional, a lógica institucional, bem como as questões burocráticas e econômicas envolvidas. A partir disso podemos pensar em estratégias que adequam aos serviços e superam as barreiras para o bom exercício do trabalho em equipe. Exemplo disso é que enquanto a lógica de urgência biológica e fisiológica predominar nos contextos de saúde, especialmente hospitalar, sendo fortalecidas a visão fragmentada de saúde e relações de poder desiguais entre os profissionais, haverá cada vez mais conflitos e distanciamento entre os profissionais e inviabilidade de uma atuação colaborativa.

Devemos também analisar questões de âmbito micro. Entender como a equipe funciona, quem são seus participantes, quais são suas atribuições, como pode ser definida as melhores estratégias de gerenciamento de tempo influenciam diretamente na dinâmica do trabalho. Equipes desorganizadas, sem liderança, sem rumo, tendem a não desenvolver um bom trabalho.

Compreender o funcionamento do tempo individual e em equipe é primordial para o trabalho de sucesso. Também é importante compreender que não temos somente um tempo cronológico. Cada indivíduo possui uma maneira de gerenciar suas demandas, alguns com grande ansiedade e correria, e outros com uma tendência à procrastinação. É importante que as lideranças reconheçam quando essas atitudes extremas estão interferindo no bom andamento do trabalho e utilize estratégias para o aprimoramento deste atributo individual.

O ato de procrastinar pode ser um grande problema para o funcionamento da equipe. Procrastinar significa adiar, deixar para depois e comumente está associado a um sofrimento psicológico significativo (Basco, 2009). Portanto a procrastinação pode ser um grande estressor para o indivíduo que atrasa as atividades – este se percebendo cansado, nervoso, inseguro, “sem tempo”, e mesmo, sofrer alteração de sua autoestima por se sentir incompetente com tarefas inacabadas – como também para a equipe com quem ele trabalha, que não poderá contar com esse colega. Neste sentido, pode-se pensar em estratégias de gestão de tempo que auxiliem a equipe e os indivíduos que a compõe nessas situações. Dentre elas cabe citar três: a) possibilitar espaços que o indivíduo e/ou equipe possam identificar as facilidades e dificuldades na realização de tarefas, entender os sentimentos e emoções envolvidas neste processo, e então buscar desenvolver novos comportamentos e habilidades para facilitar a tarefa; b) fragmentar as tarefas em etapas com processos mais curtos, estabelecendo objetivos e metas parciais, que normalmente são mais fáceis de serem alcançados do que quando se propõe a tarefa como um todo.

Não podemos deixar de falar sobre a importância de espaços compartilhados neste contexto, como exemplo as reuniões de equipe. Em um primeiro momento, é importante que as equipes realizem reuniões que possam ter um caráter organizacional, com questões burocráticas dos serviços etc. Mas as reuniões não podem se resumir somente a questões burocráticas! É também fundamental que, sistematicamente, as equipes possam organizar reuniões de debates interprofissionais, propondo estudos sobre os pacientes do setor, condutas, clarificação de papéis e tudo mais que diz respeito às tarefas do cuidado. Nessas reuniões interprofissionais também podemos encaixar a Educação Permanente em Saúde de todos os profissionais envolvidos. Essas práticas sistemáticas farão com que as equipes se conheçam melhor e aumentarão o engajamento e o sentimento de pertencimento dos envolvidos. Lembre-se que esses momentos são espaços de exercício de todas as competências interprofissionais!

Resolução de conflitos

Primeiramente, é interessante pensarmos no significado de um conflito. Quando trazemos esse pensamento, geralmente acreditamos que o conflito é negativo e desnecessário. Mas se refletirmos sobre a capacidade que um conflito tem de gerar mudanças, veremos que ele pode ser positivo. Segundo Agrelli (2017) o termo “conflito positivo” seria usado quando diferentes opiniões são expostas de maneira a encorajar interações construtivas, algo bem diferente da visão de conflito como competição e/ou disputa de poder.

Conflitos de ideias são interessantes porque eles nos fazem refletir sobre as diferenças e, se soubermos negociar e explorar as opiniões divergentes, poderemos construir novos conhecimentos e ampliar nossas percepções e pontos de vista. Não tem um ditado que diz “o que seria do azul se todos gostassem do amarelo?!”. Desta forma, percebemos que ter pessoas na equipe que nem sempre concordam, pode ser um potencial agente de crescimento.

O segredo está, primeiro, na forma como esses conflitos são percebidos e gerenciados. Trazer para a equipe o pensamento de se aproveitar as diferenças de pensamentos e crenças de maneira positiva pode fazer com que haja um crescimento. Em segundo lugar, usando da competência da comunicação, trabalhar as discordâncias de forma respeitosa, assertiva e produtiva é fundamental para evitarmos os confrontos. Os confrontos são negativos! Quando há um confronto, cada parte envolvida não consegue perceber o potencial do contraponto, e luta, algumas vezes com agressividade, para impor seus pensamentos.

A competência de resolução de conflitos diz respeito à capacidade que estudantes e profissionais devem desenvolver para abordar de maneira positiva e construtiva as discordâncias entre os membros da equipe, incluindo o paciente e sua rede de apoio (Orchard *et al.*, 2010).

O trabalho em equipe, principalmente na área da saúde, é um potencial gerador de conflitos, devido à alta complexidade das estruturas e das demandas. Porém, ele pode gerar consequências positivas e até necessárias; mas, se não bem administradas, pode ter efeitos muito negativos no cuidado do paciente, na satisfação dos membros da equipe e até na produtividade do setor.

Um estudo com 225 estudantes americanos de enfermagem, medicina e serviço social concluiu, a partir da análise qualitativa de entrevistas realizadas com estudantes desses cursos, que algumas situações são potenciais geradores de conflitos com impactos negativos nas equipes, tanto intra quanto interprofissionais. São elas: 1) conflitos de relacionamentos, às vezes externos ao ambiente de trabalho; 2) questões relacionadas com valores, interesses e ética; 3) conflitos gerados por questões externas aos membros da equipe, como políticas e procedimentos estabelecidos por uma organização, gerenciamentos, questões educacionais, cortes orçamentários, mudanças de membros da equipe, estilos de liderança hierarquizado; 4) desconhecimento dos papéis de outros profissionais; 5) situações de hierarquização e poder; 6) personalidades e estilos próprios dos membros da equipe; 7) a maneira como um profissional se comunica com o outro, ou a falta de comunicação (Broukhim, Yuen, Medermott, Miller *et al.*, 2019).

É importante destacar que, quando trabalhamos na equipe todas as outras competências citadas, o risco de transferirmos os conflitos para um resultado

negativo é menor, e as pessoas envolvidas tentem aproveitar bem a diferença de ideias. O estudo e o ensino desta competência pode melhorar a resolução do cuidado interprofissional em saúde, sempre levando em consideração questões éticas, questões culturais e o respeito mútuo.

Considerações finais

Neste capítulo debatemos a importância do trabalho em equipes colaborativas, que devem ser direcionadas pela Educação Interprofissional. A importância da EIP, tanto no nível das graduações quanto na Educação Continuada e nas pós-graduações, se dá pela possibilidade de promover um aprendizado colaborativo, o conhecimento do papel do outro e desenvolvimento de outras competências fundamentais para a boa convivência e o gerenciamento das complexidades do serviço. Quando aprendemos juntos com colaboração e respeito, temos muito mais chances de trabalhar no cuidado mais eficiente e seguro de nossos pacientes.

No campo da Psicologia da Saúde, podemos pensar no importante papel exercido pelos profissionais dessa área como integrante da equipe de saúde. Os psicólogos podem exercer diversas funções no contexto da saúde, dentre as principais está a função assistencial, realizando intervenções diretamente com o paciente e familiares, e o papel de articulador das ações da equipe para uma melhor comunicação e gerenciamento dos conflitos para o efetivo trabalho colaborativo visando a melhor qualidade do cuidado prestado.

REFERÊNCIAS

- Agreli, H. L. F. (2017). *Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde*. São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Barr, H. (2012). Integrated and interprofessional care. *International journal of integrated care*, 12. doi: 10.5334/ijic.987
- Basco, M. R. (2009). *The procrastinator's guide to getting things done*. New York: Guilford Press.
- Broukhim, M., Yuen, F., Mcdermott, H., Miller, K. *et al.* (2019). Interprofessional conflict and conflict management in an educational setting. *Medical teacher*, 41(4), 408-416. doi: 10.1080/0142159X.2018.1480753
- Buring, S. M.; Bhushan, A.; Broeseker, A.; Conway, S. *et al.* (2009). Interprofessional education: definitions, student competencies, and guidelines for implementation. *American journal of pharmaceutical education*, 73(4), 1-8. doi: 10.5688/aj730459
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J. *et al.* (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
- Goldman, J. (2011). Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) website: www.caipe.org.uk. *Journal of Interprofessional Care*, 25(5), 386-387.
- Gusso, G. & Lopes, J. M. C. (2018). *Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática*. Artes Medicas.
- Jamison, D. T., Summers, L. H., Alleyne, G., Arrow, K. J. *et al.* (2013). Global health 2035: a world converging within a generation. *The Lancet*, 382(9908), 1898-1955. Retrieved from [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62105-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62105-4/fulltext)
- O'keefe, M.; Henderson, A.; Chick, R. (2017). Defining a set of common interprofessional learning competencies for health profession students. *Medical Teacher*, 39(5), 463-468.
- Orchard, C. *et al.* (2010). *A national interprofessional competency framework*. Retrieved from <http://ipcontherun.ca/wp-content/uploads/2014/06/National-Framework.pdf>
- Smith, T., Fowler-Davis, S., Nancarrow, S., Ariss, S. M. B. *et al.* (2018). Leadership in interprofessional health and social care teams: a literature review. *Leadership in Health Services*. Zanelli, J. C., Borges-Andrade, J. E. & Bastos, A. V. B. (2014). *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil-2*. AMGH Editora.
- World Health Organization (WHO) (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. World Health Organization.

APÊNDICE III TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HU-UFJF	
---	---	---

PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – DOUTORADO – PPG/UFJF

Pesquisador Responsável: Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Endereço: Rua Jose Lourenço Kelmer, S/Nº, bairro São Pedro

CEP: 36.036-900 -Juiz de Fora – MG

Telefone: (35) 99910-7733

E-mail: Fabiane.rossi@ufjf.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa ***“Estratégias de Educação e Colaboração Interprofissional em Programas de Residências em Atenção Hospitalar”***. Neste estudo pretendemos avaliar os efeitos de um programa de intervenção grupal no aprimoramento da aprendizagem interprofissional de residentes em Atenção Hospitalar. O motivo que nos leva a estudar o tema é a necessidade do desenvolvimento e fortalecimento de pesquisas que demonstrem a importância de se divulgar, executar e valorizar estratégias de Educação Interprofissional e das práticas colaborativas nos espaços de formação e atenção em saúde brasileira, apresentando papel fundamental na consolidação dos princípios do SUS.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos: inicialmente o Sr(a) preencherá um questionário sociodemográfico, acadêmico e profissional e quatro escalas de atitudes, prontidão e habilidades para a aprendizagem interprofissional. Posteriormente, o Sr (a) será participará de um grupo de intervenção interprofissional, o qual terá duração de três meses, com um total de seis encontros realizados quinzenalmente, nas quintas-feiras das 16 horas às 18 horas. Para o desenvolvimento dos encontros interprofissionais serão seguidos os preceitos da Educação Interprofissional e das práticas colaborativas, cujas características essenciais são o desenvolvimento de competências comuns a todas as profissões, competências específicas de cada área e competências colaborativas. Ao final dos encontros será reservado um espaço para o feedback acerca da intervenção realizada, e também, haverá a reaplicação das quatro escalas atitudinais. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos, ou seja, aqueles considerados quando saímos de casa diariamente. Acreditamos que esta pesquisa trará grandes benefícios do ponto de vista educacional e da atenção direta na assistência à saúde, visto que, o aprimoramento do conhecimento sobre os aspectos positivos da educação interprofissional e o desenvolvimento de práticas colaborativas entre as diversas categorias profissionais poderá auxiliar na mudança no cenário atual de formação profissional em saúde, no desenvolvimento de um novo perfil profissional, e ainda, contribuindo para a produção da atenção integral ao usuário, levando em consideração o contexto e a realidade do cotidiano dos serviços de atenção à saúde.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) será

esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, no Núcleo Interdisciplinar de Investigação em Psicossomática, Saúde e Organizações (NUIPSO/UFJF), localizado no Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo ***“Estratégias de Educação e Colaboração Interprofissional em Programas de Residências em Atenção Hospitalar”***, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2019.

Nome e assinatura do(a) participante

Data

Nome e assinatura do(a) pesquisador

Data

Nome e assinatura da testemunha

Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:
CEP HU-UFJF – Comitê de Ética em Pesquisa HU-UFJF
Rua Catulo Breviglieri, s/nº - Bairro Santa Catarina
CEP.: 36036-110 - Juiz de Fora – MG
Telefone: 4009-5217
E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

Apêndice IV - QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO, ACADÊMICO E PROFISSIONAL

APÊNDICE 4

QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO, ACADÊMICO E PROFISSIONAL

Nº de identificação do questionário: _____

Telefone de contato: _____

E-mail: _____

Data de aplicação: ____/____/____

Os dados abaixo são objetivos, serão mantidos em sigilo e não é necessária a identificação. Por favor, responda da melhor forma que puder.

Data de nascimento: ____/____/____ Tempo de residência: _____ meses

Gênero: _____ Cor da Pele: ☐ branca ☐ parda ☐ negra ☐ amarela

Estado civil: ☐ Solteiro(a) ☐ Divorciado(a)/separado(a)
☐ Casado(a) ☐ Viúvo(a)
☐ União Estável ☐ Outro

Mora: ☐ Com familiares ☐ Sozinho ☐ Com amigos ☐ Outro: _____

Religião:

☐ Católica ☐ Espirita ☐ Evangélica
☐ Testemunha de Jeová ☐ Umbanda ☐ Judaísmo
☐ Ateu/ateia ☐ Nenhuma ☐ Outra: _____

Natureza da Instituição de Graduação: ☐ Pública ☐ Privada

Nome da Instituição Formadora: _____

Tempo de Formado: ____

Instituição vinculada à Residência: ☐ UFJF

Nome do Programa de Residência: _____

Especialidade: _____

Você já ouviu falar em Educação Interprofissional (EIP)? _____

O que acredita que seja EIP? _____

Você já teve contato com a EIP? Se sim, em qual contexto ou disciplina? _____

.

APÊNDICE V – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ENTREVISTA COMPLEMENTAR

Identificação: _____

Data de aplicação: ____/____/____

Os dados abaixo serão mantidos em sigilo. Por favor, responda da melhor forma que puder.

AVALIAÇÃO DOS RESIDENTES SOBRE OS ENCONTROS INTERPROFISSIONAIS

Como você avalia os encontros de educação interprofissional e competências colaborativas que participou:

1. O conteúdo apresentado nos encontros foi:

() Ruim () Razoável () Bom () Muito Bom () Ótimo

Qual conteúdo você mais gostou: _____

Qual conteúdo você menos gostou: _____

2. Os objetivos de cada encontro ficaram claros para você:

() Sim () Em partes () Não

Se possível, justifique sua resposta: _____

3. O material didático utilizado foi adequado para que você pudesse aprender o conteúdo:

() Sim () Em partes () Não

Qual atividade você mais gostou: _____

Qual atividade menos gostou: _____

4. A maneira/forma/metodologia adotada na condução dos encontros possibilitou a aprendizagem do conteúdo:

() Sim () Em partes () Não

Qual atividade metodológica que você manteria: _____

Qual atividade metodológica que você retiraria: _____

5. A maneira/forma/metodologia adotada na condução dos encontros possibilitou a comunicação e integração do grupo participante:

() Sim () Em partes () Não

Lembrete: Os encontros foram estruturados em 3 momentos: 1º) atividade dinâmica e interativa; 2º) discussão em grupo; 3º) articulação e apresentação dos conteúdos e conceitos teóricos.

Qual atividade metodológica você considerou mais interessante para a aproximação e integração do grupo: _____

Qual atividade metodológica você considerou que dificultou a integração e participação do grupo: _____

6. Para trabalhar o conteúdo e estabelecer a integração do grupo a quantidade de encontros (total de quatro) foi:

() insuficiente () suficiente/adequado () excessivo/exagerado

Se possível, justifique sua resposta: _____

7. O tempo gasto nas atividades e discussão dos conteúdos foi:

() Ruim () Razoável () Bom () Muito Bom () Ótimo

Comente sobre o tempo dispendido para cada encontro (duração 2h): _____

Comente sobre o dia e o horário dos encontros (16h-18h): _____

8. Você se sentiu satisfeito em participar dos encontros interprofissionais:

() Sim () Em partes () Não

O que mais gostou e/ou marcou positivamente nos encontros: _____

O que menos gostou e/ou marcou negativamente nos encontros: _____

9. Você considera o curso que participou importante para o seu exercício profissional:

() Sim () Em Partes () Não

Se possível, justifique sua resposta:_____

10. Você percebeu mudanças na sua atuação profissional após participar das atividades propostas nos encontros:

() Sim () Em Partes () Não

Se sim.

O que mudou na sua atuação profissional com os pacientes e/ou familiares:

O que mudou na sua atuação com a equipe profissional do serviço:_____

O que mudou no seu trabalho em equipe com os residentes multiprofissionais e médicos (participantes ou não dos encontros):_____

11. Você aprendeu algo com os encontros que gostaria de colocar em prática na sua atuação profissional, mas ainda não foi possível?

() Sim () Não

Se sim. Qual(ais) o(s) motivo(s) que o impediu de colocá-lo(s) em prática:_____

12. Quais os pontos que você achou importante do curso e gostaria de mencionar para continuidade em futuras atividades:_____

13. Quais os pontos que você não gostou e gostaria de sugerir mudanças para atividades futuras?_____

APÊNDICE VI – Ementa, Conteúdo Pragmático E Cronograma Da Intevenção

Intervenção	Rodas Interprofissionais
Áreas de atuação	Residências Médica e Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar
Período	Outubro a Dezembro de 2019 (projeto Piloto) Março a Junho de 2020 (projeto Oficial)
Horário	Quinta-feira: 16:00-18:00
Carga horária	12 horas presenciais e 10 horas estudo não presencial
Facilitadora	Ana Paula de Sousa Silva Baquião

EMENTA

A formação profissional em Saúde: contexto histórico no Brasil e no mundo. Os preceitos da Educação Interprofissional. O cuidado centrado no paciente. O desenvolvimento das competências para o trabalho interprofissional. As competências interprofissionais (clarificação de papéis, comunicação, capacidade de escuta, resolução de conflitos, gestão de tempo, liderança colaborativa, feedback e ética em equipe). A importância do interprofissionalismo e seus principais desafios.

CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

- Introdução aos princípios da Educação Interprofissional (EIP) e Colaboração Interprofissional:
 - Definição, contexto histórico e o trabalho interprofissional no Brasil e no mundo.
 - O cuidado centrado no paciente, cliente, família e comunidade;
 - Como trabalhar em equipe interprofissional.
- Principais competências interprofissionais:
 - Clarificação de papéis profissionais – competências específicas de cada categoria profissional;
 - Liderança colaborativa;
 - Dinâmica de funcionamento da equipe e gestão do tempo;
 - Comunicação interprofissional;
 - Resolução de conflitos;
 - Feedback assertivo.
- A importância do desenvolvimento das competências para o trabalho em equipe interprofissional.
- Os desafios da interprofissionalidade no contexto da atenção em saúde.

BIBLIOGRAFIA BÁSICA

CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION (CAIPE). Interprofessional Education Guidelines. **United Kingdom: CAIPE**, 2017.

HALL, Pippa; WEAVER, Lynda; GRASSAU, Pamela Anne. Theories, relationships and interprofessionalism: learning to weave. **Journal of Interprofessional Care**, v. 27, n. 1, p. 73-80, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. **Ed. Freelance**. Genebra: World Health Organization, 2010.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Interprofessional Education in Health Care: Improving Human Resource Capacity to Achieve Universal Health. **Report of the Meeting**. Bogota, Colombia, 7-9 Dec. 2016. Washington, D.C.: PAHO; 2017.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

AZEVEDO, George Dantas et al. Interprofessional education in Brazil: Building synergic networks of educational and healthcare processes. **Journal of Interprofessional Care**. 30(2): 135-137, 2016.

BAINBRIDGE, Lesley et al. Competências para colaboração interprofissional. **Revista de Educação em Fisioterapia**, v. 24, n. 1, p. 6-11, 2010.

BATISTA, Nildo Alves. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Cad Fnepas**, v. 2, n. 1, p. 25-8, 2012.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC). A national interprofessional competency framework. Vancouver: **College of Health Disciplines, University of British Columbia**; 2010.

D'AMOUR, Danielle; OANDASAN, Ivy. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. **Journal of interprofessional care**, v. 19, n. sup1, p. 8-20, 2005.

GOLDMAN, Joanne. Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE) website: www.caipe.org.uk. **Journal of Interprofessional Care**, v. 25, n. 5, p. 386-387, 2011.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE EXPERT PANEL (IECEP). Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C.: **Interprofessional Education Collaborative**. May 2011.

PEDUZZI, Marina et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

PEDUZZI, Marina. O SUS é interprofissional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 199-201, 2016.

RÄMGÅRD, Margareta; BLOMQVIST, Kerstin; PETERSSON, Pia. Developing health and social care planning in collaboration. **Journal of Interprofessional Care**, v. 29, n. 4, p. 354-358, 2015.

METODOLOGIA

- Utilização de estratégias de aprendizagem ativas, dentre elas:
 - Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL);
 - Aprendizagem Baseada em Grupos (TBL);
 - Técnica do Role Play;
 - Técnica do Jigsaw.
- Discussão de casos clínicos.
- Atividades de dinâmicas de grupo, dentre elas:
 - Dinâmica das Balas;
 - Dinâmica da Travessia do Rio.
- Exposições dialogadas e realização de grupos de discussão.

ENCONTRO	CONTEÚDO	ESTRATÉGIA
01	- Apresentação da proposta de intervenção, da facilitadora e dos participantes da pesquisa;	• Explicação da pesquisa que será realizada e coleta dos TCLE dos que aceitarem participar. Exposição realizada pela facilitadora do grupo;
	- Assinatura do TCLE;	• Dinâmica de apresentação invertida e em dupla (Cada integrante apresenta o colega com quem conversou – apresentar o colega a partir de duas características profissionais – uma qualidade e um estereótipo profissional)
	- Levantamento do conhecimento e percepções dos participantes sobre o interprofissionalismo.	• Adaptação da dinâmica da “batata quente” - Perguntas disparadoras: • Os Programas de Residência Multiprofissional e Médico possibilitam espaços de diálogo e aprendizagem compartilhada? • Vocês residentes multiprofissionais e médicos possuem espaços de integração e desenvolvimento de práticas conjuntas e colaborativas? (proporcionados ou não pelos PRMS) • O que vocês acreditam que trabalharemos nos encontros? • O que vocês gostariam que trabalhássemos nos encontros?
02	- Introdução aos princípios da Educação Interprofissional: • Conceito; • Contexto histórico; • O trabalho interprofissional no Brasil e no mundo.	• Leitura e discussão da Cartilha história da definição da Educação Interprofissional (quadrinho módulo 2) - Dois momentos: 1º) dividir em três grupos menores 2º) discussão geral – todos os participantes • Exposição dialógica (infograma módulo 2)
	- Cuidado centrado no paciente, cliente, família e comunidade.	• Dinâmica da Travessia do Rio - Discussão dos quadros: modelo centrado na doença x modelo centrado na pessoa
	- Competências para o trabalho interprofissional: • clarificação de papéis profissionais.	• Classroom – “profissão secreta” - Descrição: Entregar, às cegas, um papel para cada participante contendo no seu interior o nome de algumas das

		profissões de saúde (Medicina, Psicologia, Fisioterapia, Serviço Social, Farmácia e Enfermagem). Em casa realizarão pesquisas sobre as competências comuns, colaborativas e específicas de cada área profissional sorteada.
03	- Competências para o trabalho interprofissional: • Clarificação dos papéis (continuidade).	• Cada residente manifestará as informações pesquisadas sobre a profissão sorteada. • Discussão dialógica acerca das competências específicas, comuns e colaborativas das profissões (construção de um quadro de competências).
	- Competências para o trabalho interprofissional: • Comunicação interprofissional	• Dinâmica do telefone sem fio - Descrição: Grupo terá que desenvolver uma sequência de movimentos; Terá um observador; Será filmado e logo após verão o resultado; • Vídeo Madagascar – Tema: ruído de comunicação • Questões disparadoras: - Quais são os principais ruídos de comunicação existente no contexto de trabalho? - Como reduzir ou sanar tais ruídos? - Alguém tem uma experiência de ruído de comunicação para compartilhar? - Quais estratégias podemos usar? - Tipos de comunicação: comum x interprofissional
04	- Competências para o trabalho interprofissional: • Liderança colaborativa • Resolução de Conflitos	• Técnica do aquário (Caso C.M.R.) • Filme a Era do Gelo (resolução de conflitos) • Exposição dialógica • Questões disparadoras: - O que é conflito? - Existe conflito positivo? Se sim, o que seria (Conceito – “controvérsia construtiva”) - Alguém tem uma experiência de “conflito positivo” para compartilhar?
	- Feedback	• Técnica “dança da cadeira” – adaptação com jornal e fita crepe. • Fechamento e confraternização.

APÊNDICE VII - Educação e colaboração interprofissional

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HU-UFJF

PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – DOUTORADO – PPG/UFJF

Pesquisador Responsável: Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Endereço: Rua Jose Lourenço Kelmer, S/Nº, bairro São Pedro

CEP: 36.036-900 - Juiz de Fora – MG

Telefone: (35) 99910-7733

E-mail: Fabiane.rossi@ufjf.edu.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Estratégias de Educação e Colaboração Interprofissional em Programas de Residências em Saúde”. Neste estudo pretendemos avaliar os efeitos de um programa de intervenção grupal no aprimoramento da aprendizagem interprofissional de residentes em Atenção Hospitalar. O motivo que nos leva a estudar o tema é a necessidade do desenvolvimento e fortalecimento de pesquisas que demonstrem a importância de se divulgar, executar e valorizar estratégias de Educação Interprofissional e das práticas colaborativas nos espaços de formação e atenção em saúde brasileira, apresentando papel fundamental na consolidação dos princípios do SUS.

Para este estudo adotaremos o seguinte procedimento: o Sr(a) preencherá de maneira on-line um questionário sociodemográfico, acadêmico e profissional e quatro escalas de atitudes, percepção, prontidão e habilidades para a aprendizagem interprofissional. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos, ou seja, aqueles considerados quando saímos de casa diariamente. Acreditamos que esta pesquisa trará grandes benefícios do ponto de vista educacional e da atenção direta na assistência à saúde, visto que, o aprimoramento do conhecimento sobre os aspectos positivos da educação interprofissional e o desenvolvimento de práticas colaborativas entre as diversas categorias profissionais poderá auxiliar na mudança no cenário atual de formação profissional em saúde, no desenvolvimento de um novo perfil profissional, e ainda, contribuindo para a produção da atenção integral ao usuário, levando em consideração o contexto e a realidade do cotidiano dos serviços de atenção à saúde.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, no Núcleo Interdisciplinar de Investigação em Psicossomática,

Saúde e Organizações (NUIPSO/UFJF), localizado no Instituto de Ciências Humanas da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Sr.(a).

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Estratégias de Educação e Colaboração Interprofissional em Programas de Residências em Saúde”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de _____

Nome e assinatura do(a) participante

Data

Nome e assinatura do(a) pesquisador

Data

Nome e assinatura da testemunha

Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o:

CEP HU-UFJF – Comitê de Ética em Pesquisa HU-UFJF

Rua Catulo Breviglieri, s/nº - Bairro Santa Catarina

CEP.: 36036-110 - Juiz de Fora – MG

Telefone: 4009-5217

E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

APÊNDICE VIII – Artigos de Resultado qualitativo



Saúde e Pesquisa

Artigo Original
DOI: 10.17765/2176-9206.2022v15n3.e10923
e-ISSN: 2176-9206



Educação e colaboração interprofissional: resultados qualitativos de uma intervenção com residentes

Interprofessional education and collaboration: qualitative results from an intervention with residents

Ana Paula de Sousa Silva Baquião^{1*}, Bruna Costa de Almeida², Leila Garcia Ribeiro Silva², Leonardo de Melo Guedes³, Rodrigo Sanches Peres⁴, Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov⁵

¹ Departamento de Psicologia, Programa de Pós-graduação Doutorado em Processos Psicossociais em Saúde, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora (MG), Brasil;

² Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora (MG), Brasil;

³ Departamento de Psicologia, Programa de Pós-graduação Mestrado em Processos Psicossociais em Saúde, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora (MG), Brasil;

⁴ Docente do Instituto de Psicologia, Graduação e Pós-graduação, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia (MG), Brasil;

⁵ Docente do departamento de Psicologia, Graduação e Pós-graduação, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora (MG), Brasil.

*Autor correspondente: Ana Paula de Sousa Silva Baquião – E-mail: anapaulasousa.psic@gmail.com

RESUMO

Apresentar resultados qualitativos de uma intervenção grupal voltada ao aprimoramento da educação e da colaboração interprofissional em residentes multiprofissionais e residentes médicos, com ênfase no contexto da atenção hospitalar. Trata-se de um estudo qualitativo, do qual participaram nove residentes. A intervenção desenvolvida com os participantes desmembrou-se em quatro encontros de duas horas de duração cada e promoveu atividades voltadas ao fomento de competências interprofissionais. Os encontros foram gravados em áudio e posteriormente transcritos, sendo que as transcrições foram submetidas à análise de conteúdo temática. Foram configuradas duas categorias básicas, cujos relatos correspondentes indicam que, de acordo com os participantes, a intervenção foi proveitosa já que, dialogicamente, lhes possibilitou tanto reconhecer obstáculos ao trabalho em equipe no campo da saúde quanto delinear expedientes capazes de superá-los. A intervenção gerou contribuições ao aprimoramento da educação e da colaboração interprofissional para com os participantes.

Palavras-chaves: Educação interprofissional. Práticas interdisciplinares. Profissionais de Saúde. Cuidado centrado no paciente. Pesquisa nos serviços de saúde.

ABSTRACT

To present qualitative results from a group intervention aimed at improving education and interprofessional collaboration in multidisciplinary residents and medical residents, with emphasis on the context of hospital care. This is a qualitative study, in which nine residents participated. The intervention developed with the participants was divided into four meetings lasting two hours each and promoting activities aimed at fostering interprofessional competences. The meetings were audio recorded and later transcribed, and the transcripts were subjected to thematic content analysis. Two basic categories were configured, whose corresponding reports indicate that, according to the participants, the intervention was beneficial in the sense that, dialogically, it enabled them both to recognize obstacles to teamwork in the health field and to outline expedients capable of overcoming them. The intervention generated contributions to the improvement of education and interprofessional collaboration with the participants.

Keywords: Interprofessional education. Interdisciplinary placement. Health Personnel. Patient-centered care. Health services research.

Recebido em Maio 20, 2022
Aceito em Julho 17, 2022

Saud Pesq. 2022;15(3):e-10923 - e-ISSN 2176-9206

INTRODUÇÃO

No Brasil, a importância do trabalho em equipe para o atendimento das necessidades de saúde da população tem sido enfatizada desde o advento da Reforma Sanitária, movimento que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a Constituição Federal de 1988. Porém, apenas nas duas últimas décadas os conceitos de “educação interprofissional” e “colaboração interprofissional” alcançaram um nível mais expressivo de difusão no país, sobretudo graças a iniciativas educacionais pontuais, dentre as quais, no âmbito da graduação e da pós-graduação, respectivamente, o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) e as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMSs)¹.

Em nível global, algumas estratégias de aprendizagem compartilhadas em prol da reorientação da formação no campo da saúde foram propostas na década de 1960 e se desdobraram, anos depois, na delimitação do conceito de “educação interprofissional”². De acordo com uma definição reconhecida, por diversos autores, como particularmente informativa, tal conceito se refere às situações em que dois ou mais profissionais de saúde, de diferentes áreas, aprendem juntos de modo interativo para melhorar a qualidade da atenção à saúde³. A educação interprofissional, dessa maneira, é capaz de

contribuir para a superação da fragmentação do ensino e do trabalho no campo da saúde decorrente do modelo tradicional de formação⁴.

Já o conceito de “colaboração interprofissional” abrange uma série de aspectos das interações que se estabelecem entre profissionais de saúde de diferentes áreas e que se refletem em uma participação ativa de todos na tomada de decisões clínicas⁵. Como consequência, a colaboração interprofissional possibilita, por meio do trabalho em equipe, uma atuação sinérgica e articulada, a qual contrasta com aquela resultante das relações hierarquizadas que ainda se mostram habituais no campo da saúde⁶. Logo, é capaz de nortear o desenvolvimento de práticas voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde na perspectiva da integralidade.

Os conceitos de educação interprofissional e colaboração interprofissional, portanto, realçam que, no campo da saúde, a reformulação do modelo de atenção demanda a reorientação do modelo de formação⁴. No Brasil, um papel de grande relevância nesses processos interdependentes tem sido desempenhado nos últimos anos pelas RMSs enquanto modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu orientada para a educação em serviço e direcionada a profissionais de saúde, exceto médicos⁷. Contudo, ainda são escassas as pesquisas associadas a propostas interventivas executadas com a participação tanto de residentes

multiprofissionais quanto de residentes médicos. Este estudo tem como objetivo apresentar resultados qualitativos de uma intervenção grupal voltada ao aprimoramento da educação e da colaboração interprofissional em residentes multiprofissionais e residentes médicos, com ênfase no contexto da atenção hospitalar.

METODOLOGIA

Este estudo se afigura como um recorte de uma pesquisa mais ampla, de abordagem mista, em que foi utilizado um desenho quase experimental, tendo em vista sua indicação para os casos em que não é possível executar o controle experimental completo de uma intervenção, especialmente devido à inviabilidade de randomização⁸. No presente estudo, especificamente, serão contemplados os dados de natureza qualitativa da referida pesquisa. Cumpre assinalar que os estudos qualitativos no campo da saúde podem se ocupar de variados fenômenos humanos de caráter fundamentalmente subjetivo, cujas nuances não se traduzem adequadamente em indicadores numéricos⁹.

Fizeram parte do estudo, pela facilidade de acesso da equipe de pesquisa, residentes vinculados a três Programas de Residência em Saúde de um hospital universitário público, a saber: Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar, Programa de Residência Médica em Pediatria e

Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia. A princípio, foram considerados elegíveis residentes de primeiro ano. Porém, um residente de segundo ano, o qual tomou conhecimento da intervenção por meio de outros residentes, também foi autorizado a participar. A equipe de pesquisa tomou essa decisão levando-se em conta que houve planejamento do setor de trabalho do referido residente para viabilizar sua participação.

Assim, este estudo contou com nove participantes no total, sendo seis vinculados ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar; dois, ao Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia; e um, ao Programa de Residência Médica em Pediatria. É importante esclarecer que, entre os seis residentes multiprofissionais, havia dois fisioterapeutas, um psicólogo, um farmacêutico, um nutricionista e um assistente social. Vale ainda antecipar que, predominantemente, os participantes eram do sexo feminino (77,8%), solteiros (88,9%), católicos (44,4), se autodeclararam brancos (66,7%), residiam sozinhos (66,7%), se situavam na faixa etária de 26 a 30 anos (66,7%) e eram provenientes de universidades públicas (77,8%).

A intervenção desenvolvida com os participantes desmembrou-se em quatro encontros planejados e conduzidos pela primeira autora do presente estudo, com a orientação da última autora; e contou com

a colaboração de dois alunos de graduação que, após receberem treinamento, auxiliaram na preparação das atividades. Os encontros ocorreram entre fevereiro e março de 2020, às quintas-feiras, no período da tarde, e se estenderam por duas horas cada. Logo, a intervenção teve oito horas de duração no total.

No primeiro encontro, foi realizado um levantamento dos conhecimentos dos participantes sobre educação e colaboração interprofissional e das demandas e expectativas a respeito da intervenção. Com base nas informações obtidas, nos demais encontros foram abordadas bases conceituais dos referidos temas, bem como foram realizadas atividades voltadas ao fomento de competências interprofissionais conforme os domínios sistematizados na literatura especializada¹⁰, a saber: (1) cuidado centrado na pessoa, família e comunidade, (2) clarificação de papéis, (3) comunicação interprofissional, (4) resolução de conflitos, (5) dinâmica de funcionamento da equipe e (6) liderança colaborativa.

Para tanto, cada um dos encontros foi dividido em três momentos, em consonância com as diretrizes estabelecidas por Bastos¹¹ para a prática de grupos operativos. Estes são concebidos como recursos de aprendizagem compartilhada que possibilitam a problematização e a modificação de atitudes de determinado conjunto de pessoas e pressupõem o estabelecimento de vínculos entre elas. O primeiro momento ("Aquecimento") se caracteriza pela

utilização de técnicas interativas para estimular a espontaneidade dos participantes, favorecer a integração do grupo e introduzir o tema a ser abordado. As técnicas utilizadas foram, respectivamente, as seguintes: "Apresentação invertida"¹², "Travessia do rio"¹³ e "Aquário"¹⁴.

O segundo momento ("Discussão") tem como intuito fomentar debates livres sobre um tema previamente selecionado; e geralmente envolve o emprego de dinâmicas de grupo. As seguintes foram selecionadas para a intervenção em questão: "Descascando cebola" (adaptação de "Batata quente"¹⁵), no primeiro encontro; e "Telefone sem fio"¹⁶, no quarto encontro. Ademais, no segundo momento de cada encontro, trechos de filmes e vídeos serviram como disparadores dos debates. No terceiro momento dos encontros ("Fechamento e conclusão"), busca-se recapitular os principais pontos abordados e esclarecer eventuais dúvidas. Especificamente no último encontro, também foi executada uma atividade voltada à confraternização e à obtenção de feedbacks dos participantes sobre a intervenção.

Todos os encontros foram gravados em áudio e posteriormente transcritos. As transcrições foram analisadas qualitativamente por meio da análise de conteúdo temática proposta por Bardin¹⁷, a qual tem sido extensamente utilizada em pesquisas qualitativas no campo da saúde e consiste no desvelamento de núcleos de sentido cuja presença ou frequência possui

relevância para a consecução do objetivo de pesquisa. Ressalta-se que tal técnica se organiza em três etapas: (1) Pré-análise, (2) Exploração do material e (3) Tratamento dos resultados. A primeira tem como finalidade precípua tornar operacional o corpus, ao passo que a segunda visa, basicamente, à definição de categorias como sistemas de codificação e à identificação das unidades de registro (relatos) correspondentes; já a terceira busca a elaboração de inferências e interpretações.

Deve-se esclarecer que a pesquisa mais ampla da qual o presente estudo deriva foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de filiação das autoras (Protocolo nº 3.299.976); e foi desenvolvida em consonância com os cuidados éticos legalmente estabelecidos para pesquisas com seres humanos no país. Assim, todos os participantes formalizaram anuência quanto aos procedimentos mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio do qual, inclusive, foi-lhes assegurada a preservação de suas identidades.

RESULTADOS

A análise de conteúdo temática subsidiou a organização do corpus em duas categoriais básicas. A primeira categoria, denominada “Entraves”, reúne relatos sobre dificuldades na efetivação da

educação e da colaboração interprofissional que puderam ser identificadas ou enfatizadas nos debates desenvolvidos durante a intervenção. Uma dessas dificuldades seria, para os participantes, a falta de informações mais detalhadas, entre os próprios profissionais de saúde, sobre as atribuições dos colegas com que trabalham no contexto da atenção hospitalar, como se vê no Relato 1: “[...] não tem, às vezes, o conhecimento do que cada um faz e de como isso pode ajudar o paciente” (Participante 9 – médico).

Essa dificuldade, ainda acompanhando os participantes, daria margem a uma outra, a saber: a disseminação de estereótipos sobre os profissionais de saúde. Foi comentado que o psicólogo muitas vezes é visto, pelas pessoas em geral, como alguém que se dedica a “cuidar de pessoas doidas” (Participante 6 – médico), que o fisioterapeuta tende a ser confundido com “massagista e esteticista” (Participante 8 – farmacêutico) e que o médico comumente se comporta como se fosse “superior em relação aos outros profissionais de saúde” (Participante 4 – psicólogo). Houve unanimidade entre os participantes no que se refere à compreensão de que esses estereótipos podem prejudicar o trabalho em equipe e comprometer o atendimento das necessidades de saúde da população.

Uma terceira dificuldade mencionada pelos participantes foi o suposto engajamento de profissionais de saúde em práticas fragmentadas, as quais

se desdobriam em retrabalho e acabariam por submeter os pacientes a procedimentos duplicados, principalmente aqueles destinados ao levantamento de informações para o acompanhamento da evolução clínica. O Relato 2 realça esse ponto de vista: “Tem hora que a gente chega, o paciente não quer conversar. E eu entendo, porque é muito monótono. Todo mundo perguntando a mesma coisa. É muito ruim” (Participante 3 – nutricionista). Encerrando a primeira categoria, deve-se apontar que o modelo tradicional de formação no campo da saúde foi enquadrado como a origem de barreiras à efetivação da educação e da colaboração interprofissional, pois valorizaria o desenvolvimento de competências altamente especializadas, conforme o Relato 3: “Os saberes são muito específicos, e a gente estuda muito tempo, cada um na sua área” (Participante 4 – psicólogo).

Já a segunda categoria, denominada “Caminhos”, agrega relatos concernentes às medidas que, decorrentes dos debates promovidos pela intervenção, foram vislumbradas pelos participantes como potencialmente benéficas à efetivação da educação e da colaboração interprofissional. O Relato 4 indica uma dessas medidas: “[...] tem que ter reunião. É importante um ambiente comum” (Participante 7 – fisioterapeuta). Portanto, a existência de espaços coletivos, nos quais seja possível, além de discutir casos, exercitar o diálogo em prol do trabalho em equipe, foi considerada essencial para

consolidar a interação entre os profissionais de saúde. Alguns participantes, a propósito, defenderam que seria responsabilidade dos serviços de saúde viabilizar esses espaços, inclusive reservando horários para tanto.

Igualmente foi citada pelos participantes a relevância de aprenderem uns sobre os outros para que possam trabalhar juntos de maneira complementar, sendo que o Relato 5 é emblemático nesse aspecto: “Acho que realmente [é importante] isso de entender o papel do colega dentro da assistência [...] Acho que entender o papel do outro vai ajudar” (Participante 5 – fisioterapia). Em acréscimo a essa medida, um participante sinalizou que seria necessário refinar a comunicação no campo da saúde, mediante, sobretudo, a eliminação de jargões típicos de determinadas categorias profissionais, como ilustra o Relato 6: “Tem uns [profissionais de saúde] que é [sic] difícil de conversar. Esse desencontro de linguajar pode favorecer um conflito, né?” (Participante 8 – farmacêutico).

Uma quarta medida, concebida com certo tom confessional por um participante, diz respeito ao abandono da visão nosocêntrica (centrada na doença) que ainda orientaria a atuação de muitos profissionais de saúde, inclusive daqueles envolvidos com o ensino superior, como se vê no Relato 7: “No início da faculdade, eu e meus amigos via [sic] os professores falando da doença. E aí eu fiz um trato com meus amigos na época: ‘A gente nunca vai falar da doença e não lembrar do

nome do paciente”. Só que agora eu estou aqui [na intervenção] olhando, falando: “Gente, eu acho que eu faço isso” (Participante 2 – médico). Desse relato, se depreende que um compromisso pessoal em direção à humanização poderia qualificar o trabalho em equipe no campo da saúde mediante sua estruturação em torno de uma premissa comum.

DISCUSSÃO

Os resultados reportados indicam que, de acordo com os participantes, a intervenção foi proveitosa já que, dialogicamente, lhes possibilitou tanto reconhecer obstáculos ao trabalho em equipe no campo da saúde quanto delinear expedientes capazes de superá-los. Esses resultados podem ser considerados originais, pela inexistência de outro estudo com características metodológicas equivalentes. De qualquer modo, uma série de aproximações podem ser estabelecidas com pesquisas prévias considerando os achados. Já foi reportado, por exemplo, que muitos residentes multiprofissionais não possuem clareza acerca do papel que compete às diferentes categorias profissionais inseridas no contexto da atenção hospitalar¹⁸.

Alguns dos estereótipos sobre os profissionais de saúde aos quais os participantes aludiram também foram tematizados anteriormente por outros autores, como aqueles em relação aos psicólogos. Graças a essas iniciativas, hoje assume-se que a Psicologia, em seus

primórdios no Brasil, frequentemente se colocava a serviço do controle social dos indivíduos que apresentavam comportamentos “anormais”, sendo que isso foi decisivo para a configuração de uma imagem social negativa dos psicólogos¹⁹. Vale reforçar que, já no início da intervenção, os participantes assumiram, majoritariamente, uma postura crítica diante das práticas fragmentadas, nomeadamente pelos prejuízos que causam aos pacientes. Inclusive esse tipo de postura é condizente com princípios da educação e da colaboração interprofissional de acordo com os quais a divisão técnica do cuidado em saúde não deve ensejar desarticulação^{2,3,5}.

Ainda assim, depreende-se do corpus que, com o transcorrer dos encontros, os participantes se tornaram mais conscientes da importância de se problematizar a formação no campo da saúde, também no âmbito das RMSs, para que as bases de uma atuação sinérgica possam ser estabelecidas firmemente, mediante a operacionalização de uma verdadeira abertura à integração de saberes e fazeres. Em essência, o mesmo ponto de vista foi defendido por muitos dos egressos de cursos de graduação do campo da saúde que participaram de uma experiência de aprendizagem compartilhada. Na pesquisa quanti-qualitativa por meio da qual essa experiência foi avaliada, a educação interprofissional foi reconhecida como potencializadora de atitudes favoráveis ao trabalho em equipe²⁰.

Conforme sublinhado por alguns dos participantes do presente estudo, o valor das reuniões para o fortalecimento da cooperação entre profissionais de saúde que compartilham o mesmo ambiente de trabalho coincide com os resultados de pesquisas prévias desenvolvidas com outros públicos. Em uma delas, cujo objetivo foi a exploração de percepções de profissionais de saúde de um serviço especializado na população idosa, verificou-se que reuniões de final de turno auxiliavam a firmar pactos coletivos no que diz respeito à tomada de decisões clínicas²¹. Já em uma pesquisa da qual participaram profissionais de saúde inseridos na Atenção Primária, foi apontado que as reuniões se afiguravam como os momentos mais oportunos para o diálogo e facilitavam a manutenção de relações horizontalizadas²².

Como mencionado, os participantes do presente estudo, principalmente na etapa final da intervenção, admitiram que se beneficiariam de um entendimento mais aprofundado sobre as atribuições das categorias profissionais além das suas próprias. Tal achado pode ser interpretado como um nítido alinhamento aos pressupostos da educação e da colaboração interprofissional^{2,3,5}, em particular quando se considera que a clarificação de papéis é elencada como um dos domínios das competências interprofissionais¹⁰. Aparentemente, o cuidado centrado na pessoa, família e comunidade igualmente se sobressaiu como uma competência interprofissional bastante estimulada pelos

encontros. Isso se demonstra na observação de que a maioria dos participantes revelou preocupação com a oferta de atendimentos personalizados, orientados pelo respeito e pela compaixão, acompanhando diretrizes estabelecidas para uma visão holística no campo da saúde²³.

Por fim, os resultados reportados sugerem que a intervenção foi benéfica também por ter trabalhado com os participantes a comunicação enquanto competência interprofissional. Cumpre assinalar que se encontra suficientemente estabelecido o fato de que a maneira como um profissional de saúde se dirige ao outro pode tanto favorecer quanto dificultar o estabelecimento da cultura de grupo de que depende a atuação cooperativa²⁴. Mais concretamente, uma pesquisa constatou que, para membros de equipes de referência e equipes de apoio matricial, a transversalidade da comunicação oportuniza a corresponsabilização, inclusive quanto às práticas voltadas à promoção da saúde²⁵.

CONCLUSÃO

O presente estudo sinaliza que a intervenção gerou contribuições ao aprimoramento da educação e da colaboração interprofissional para com os participantes, pois promoveu debates que conduziram à circunscrição tanto de problemas quanto de soluções no tocante ao trabalho em equipe no campo da saúde, nomeadamente no contexto da atenção

hospitalar. Trata-se de um achado relevante, sobretudo considerando-se que a intervenção, por sua brevidade, pode inspirar — inclusive com outros públicos, para além de residentes — outras experiências de aprendizagem compartilhadas. Estas, possivelmente, repercutirão de modo positivo no atendimento das necessidades de saúde da população; nesse sentido, pesquisas futuras poderão se ocupar da verificação dessa hipótese. Por outro lado, o presente estudo possui limitações, em especial por proceder de uma pesquisa mais ampla, baseada em um desenho quase experimental, já que a essa característica está associado um potencial de generalização mais restrito.

REFERÊNCIAS

1. Dias IMAV, Pereira AK, Batista SHSS, Casanova IA. A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2016 Dez [acesso em 2022 Mai 6];40(111): 257-67. doi: 10.1590/0103-1104201611120.
2. Costa MVD, Peduzzi, M, Freire Filho JR, Silva CBG. Educação interprofissional em saúde. Natal: SEDIS-UFRN; 2018.
3. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface (Botucatu)*. [Internet] 2016 Mar [acesso em 2022 Maio 7];20(56):185-97. doi: 10.1590/1807-57622014.0092.
4. Freire Filho, JR, Silva, CBG, Costa, MV, Forster, AC. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde debate* [online]. 2019 [acesso em 2022 Julho 11]; 43(spe1): 86-96. doi: 10.1590/0103-11042019S107.
5. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodrigues L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical framework. *J Interprof Care*. 2005; 19 (Supl 1): 116-31. doi: 10.1080/13561820500082529
6. Oandasan I, D'Amour D, Zwarenstein M, Barker K, Purden M, Beaulieu, MD, Reeves S, Nasmith L, Bosco C, Ginsburg L, Tregunno D. Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice: research and findings report. *Health Canada: Ottawa*; 2004. Disponível em: http://catalogue.iugm.qc.ca/GED_IUG/194662491284/Interdiscipline.PDF
7. Baquião APSS, Guedes LM, Mármora CHC, Peres RS, Grincenkov FRS. Interdisciplinarity and interprofessionality in teamwork: perceptions of multiprofessional residents in Hospital Care. *Acta Sci Health Sci* [Internet]. 2021 Fev [acesso 2022 Julho 11];43(1): e54332. doi: 10.4025/actascihealthsci.v43i1.54332
8. Dutra HS, Reis VN. Desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais: definições e desafios na pesquisa em enfermagem. *Rev Enf UFPE*. 2016; 10(6):2230-41. doi: 10.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201639
9. Bosi MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios.

- Ciênc Saúde Colet. [online]. 2012 Nov [acesso 2022 Julho 14]; 17(3):575-86. doi: 10.1590/S1413-81232012000300002
10. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A national interprofessional competency framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010. Disponível em: <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf>
 11. Bastos ABBI. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicol inf.* [Internet] 2010 Out [acesso 2022 Mai 4] 14(14): 160-169. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/jLxYcGqnXP4x3Fb5FC3DxGf/?format=pdf&lang=pt>.
 12. Dittz CP, Stephan F, Gomes DAG, Badaró AC, Lourenço LM. A terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno de ansiedade social. *Estud Pesq Psicol.* 2015; 15(3):1061-80. doi: 10.12957/epp.2015.19428
 13. Jonathas RT. Dinâmica de atravessar o rio [Internet]. San Francisco: Prezi. 23 de março de 2015 [citado em 2022 Julho 14]. Disponível em: <https://prezi.com/rubzbyeujuhs/dinamica-de-atravesar-o-rio/>
 14. Priyam S, Sankeshwari RM, Vyavahare S, Ankola AV. Comparison of routine teaching with fishbowl and 1-min preceptor for dental undergraduate students: an interventional study. *Indian J Dent Res* 2020 [acesso 2022 Julho 14]; 31(1): 48. doi: 10.4103/ijdr.IJDR_231_18
 15. Pereira FRL, Torres HC, Cândido NA, Alexandre LR. Promovendo o autocuidado em diabetes na educação individual e em grupo. *Ciênc Cuid Saúde.* 2010; 8(4):594-99. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v8i4.9686
 16. Hampf A. 10 exemplos de dinâmicas de grupo para melhorar a comunicação. [Internet] São Paulo: Clima Comunicação. 24 de junho de 2019 [citado em 2022 Julho 14]. Disponível em: <https://climacomunicacao.com.br/blog/exemplos-de-dinamicas-de-grupo/>
 17. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
 18. Baquião APSS, Carvalho SM, Peres RS, Mármora CHC, Silva WMD, Grincenkov FRS. Percepções de residentes multiprofissionais de saúde sobre a interdisciplinaridade. *Saúde Pesq.* [Internet] 2019 Abr [acesso 2022 Mai 8]; 12(1):187-96. doi: 10.17765/2176-9206.2019v12n1p187-196
 19. Dimenstein, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Est Psicol (Natal)* [online]. 2001 Abr [acesso 2022 Julho 14]; 5(1):95-121. doi: 10.1590/S1413-294X2000000100006
 20. Aguiar-da-Silva RH, Scapin LT, Batista NA. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação (Campinas)*. [Internet] 2011 Mar [acesso 2022 Maio 4]; 16(1):165-84. doi: 10.1590/S1414-40772011000100009.

21. Arruda LS, Moreira COF. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do núcleo de atenção ao idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. *Interface* (Botucatu). [Internet] 2018 Mar [acesso em 2022 Maio 9];22(64):199-210. doi: 10.1590/1807-57622016.0613.
22. Previato GF, Baldissera VDA. Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. *Rev Gaucha Enferm*. [Internet] 2018 [acesso em 2022 Mai 7];39:e2017-0132. doi: 10.1590/1983-1447.2018.2017-0132.
23. Health Foundation. Person-centred care made simple. London: Health Foundation; 2014. Disponível em: <https://www.health.org.uk/publications/person-centred-care-made-simple>
24. Clark PG. Narrative in interprofessional education and practice: implications for professional identity, providing patient communication and teamwork. *J. Interprof Care*. [Internet] 2014 Jan [acesso em 2022 Mai 6];28(1):34-9. doi: 10.3109/13561820.2013853652.
25. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Cien Saude Colet*. [Internet] 2015 Ago [acesso em 2022 Mai 7];20(8):2511-21. doi: 10.1590/1413-81232015208.11652014.

ANEXO I Declaração de Infraestrutura e Concordância Residência Multiprofissional

	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA	
---	---	---

DECLARAÇÃO DE INFRAESTRUTURA E CONCORDÂNCIA

Referente ao projeto de pesquisa de título **“Estratégias de Educação e Colaboração Interprofissional em Programas de Residências em Atenção Hospitalar”**, sob a responsabilidade dos pesquisadores **ANA PAULA DE SOUSA SILVA BAQUIÃO, FABIANE ROSSIDOS SANTOS GRINCEKOV e RODRIGO SANCHES PERES**, que tem por objetivo: avaliar os efeitos de um programa de intervenção grupal, sob a lógica da Educação e Colaboração Interprofissional, no aprimoramento da aprendizagem interprofissional de residentes em Atenção Hospitalar. Eu, _____, chefe do serviço/setor _____ do Hospital Universitário da UFJF, declaro:

Ter anuência para realização dos procedimentos da pesquisa, e
Existência da infraestrutura necessária a realização da mesma.

Juiz de Fora, ____ de _____ de 20____

Assinatura com carimbo

ANEXO II Escala De Prontidão Para O Aprendizado Interprofissional

(RIPLS – Readiness for Interprofessional Learning Scale)

Validada para a população brasileira por: PEDUZZI, M et al. Adaptação transcultural e validação da *Readiness for Interprofessional Learning Scale* no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 49 (esp2): 7-15, 2015

Escala de Prontidão para o Aprendizado Interprofissional (RIPLS)						
Por favor, indique o seu grau de concordância com cada uma das afirmações abaixo						
Nº	Item	Concordo fortemente	Concordo	Indeciso	Discordo	Discordo fortemente
1	A aprendizagem junto com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Em última análise os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área de saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área de saúde aumentará minha capacidade de compreender problemas clínicos.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde.	☐	☐	☐	☐	☐
6	A aprendizagem compartilhada me ajudará a compreender minhas próprias limitações.	☐	☐	☐	☐	☐
7	A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde durante a graduação melhoraria os relacionamentos após a graduação.	☐	☐	☐	☐	☐
8	A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros.	☐	☐	☐	☐	☐
10	Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.	☐	☐	☐	☐	☐
11	Não é necessário que estudantes de graduação da área da saúde aprendam juntos.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Habilidades para soluções de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso.	☐	☐	☐	☐	☐
13	A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões da saúde.	☐	☐	☐	☐	☐

15	A aprendizagem compartilhada ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐
16	A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe.	☐	☐	☐	☐	☐
17	A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos.	☐	☐	☐	☐	☐
18	Não estou certo de qual será o meu papel profissional.	☐	☐	☐	☐	☐
19	Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde.	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO III . Escala atitudinal para a formação do trabalho em equipe na residência multiprofissional (EAFTE)

PEREGO, Maira Gabriela. *Aprendizagens Compartilhadas na Residência Multiprofissional em Saúde*. [Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde]. Universidade Federal de São Paulo/Campus Baixada Santista. 2015.

	Concordo Totalmente (CT)	Concordo (C)	Discordo (D)	Discordo Totalmente (DT)
1. A Residência Multiprofissional possibilita o desenvolvimento de competências para uma prática colaborativa entre os residentes, potencializando suas habilidades e pontos fortes com uma visão ampliada de saúde.	(CT)	(C)	(D)	(DT)
2. A Residência Multiprofissional prepara os profissionais para o respeito pelas diferenças das categorias profissionais, o planejamento participativo, a prática da tolerância e negociação, habilidades essenciais para a atuação em equipe.	(CT)	(C)	(D)	(DT)
3. Práticas Colaborativas não se referem somente a acordo e comunicação, mas à criação de sinergia, pois ocorre quando há interação entre as diferentes profissões para criar uma compreensão compartilhada.	(CT)	(C)	(D)	(DT)
4. A formação para o trabalho em equipe diminui as resistências encontradas nos profissionais e serviços quanto a prática em saúde compartilhada, favorecendo a interprofissionalidade.	(CT)	(C)	(D)	(DT)
5. A formação da equipe é um processo complexo que exige dos profissionais uma comunicação horizontalizada e reconhecimento das expectativas pessoais e profissionais.	(CT)	(C)	(D)	(DT)
6. As aprendizagens compartilhadas na Residência Multiprofissional permitem que profissionais de diferentes áreas da saúde reconheçam seus espaços e limites no cuidado a ser prestado em saúde.	(CT)	(C)	(D)	(DT)
7. A integração dos profissionais de saúde na Residência Multiprofissional possibilita uma postura de compartilhamento na prática em serviço.	(CT)	(C)	(D)	(DT)
8. A Residência Multiprofissional em Saúde permite a integração das ações e saberes das diferentes categorias profissionais, de forma compartilhada.	(CT)	(C)	(D)	(DT)
9. A prática colaborativa no trabalho em equipe possibilita uma atuação integrada entre os profissionais de saúde, produzindo melhores resultados em saúde.	(CT)	(C)	(D)	(DT)

10. Para uma prática colaborativa eficaz na Residência Multiprofissional são necessários mecanismos como uma força de trabalho colaborativa, apoios institucionais e cultura de trabalho e ambiente.	(CT) (C) (D) (DT)
11. A aprendizagem compartilhada na Residência Multiprofissional possibilita o desenvolvimento de competências para uma atuação interdisciplinar, necessária para a integralidade no cuidado em saúde.	(CT) (C) (D) (DT)
12. As aprendizagens compartilhadas na Residência Multiprofissional permitem que profissionais de diferentes áreas da saúde compreendam e reconheçam melhor o seu papel e o do outro na atuação em saúde.	(CT) (C) (D) (DT)
13. A aprendizagem compartilhada propicia uma visão mais ampliada e integrada do processo saúde-doença, considerando a integração dos saberes de cada profissional.	(CT) (C) (D) (DT)
14. A Residência Multiprofissional prepara os residentes para um processo de trabalho colaborativo, ampliando a visão do processo saúde e doença.	(CT) (C) (D) (DT)
15. O trabalho em equipe que integra os diversos saberes exercido na Residência Multiprofissional, enriquece e produz a transformação do conhecimento e da prática das diversas categorias profissionais envolvidas.	(CT) (C) (D) (DT)
16. A aprendizagem compartilhada estimula os profissionais de saúde na busca de soluções para os problemas de saúde encontrados na prática.	(CT) (C) (D) (DT)
17. O trabalho em equipe na Residência Multiprofissional têm como objetivo principal alcançar a integralidade do cuidado, superando o modelo biomédico e hospitalocêntrico vigente.	(CT) (C) (D) (DT)
18. A contribuição e integração das categorias profissionais constituem o eixo estruturante da Residência Multiprofissional possibilitando ao residente reconhecer melhor seu papel dentro da equipe.	(CT) (C) (D) (DT)
19. Maior grau de satisfação dos pacientes, melhor aceitação da assistência e melhores resultados de saúde são encontrados após o cuidado prestado por uma equipe de saúde colaborativa.	(CT) (C) (D) (DT)
20. As aprendizagens compartilhadas na Residência Multiprofissional colocam os residentes em uma relação de interdependência, complementaridade e co-responsabilidade frente ao cuidado.	(CT) (C) (D) (DT)

Traduzida para a população brasileira por: CORRÊA, C.; EZEQUIEL, O.; LUCCHETTI, G. Análise do impacto do ensino das competências interprofissionais através de diferentes estratégias educacionais em graduandos da área de saúde. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750*, v. 8, n. 3, p. 55-56, 19 set. 2018

[illegible]

	recursos com outros profissionais.						
15	Indivíduos da minha profissão tem bom relacionamento com pessoas de outras profissões.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16	Indivíduos da minha profissão tem muita consideração com outras profissões relacionadas.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17	Indivíduos da minha profissão trabalham bem uns com os outros.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18	Indivíduos de outras profissões frequentemente e buscam o conselho de pessoas de minha profissão.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Student IEPS - Luecht et al, (1990, Journal of Allied Health, 181-191) with permission.

ANEXO V - Escala De Habilidades Em Equipe

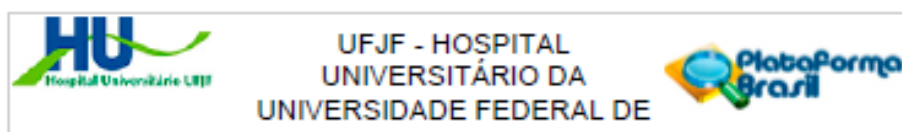
(TSS – Team Skills Scale)

Medida de Auto-avaliação

Traduzida para a população brasileira por: CORRÊA, C.; EZEQUIEL, O.; LUCCHETTI, G. Análise do impacto do ensino das competências interprofissionais através de diferentes estratégias educacionais em graduandos da área de saúde. *JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care* | ISSN 2179-6750, v. 8, n. 3, p. 55-56, 19 set. 2018.

ESCALA DE HABILIDADES EM EQUIPE (TSS)						
Por favor, avalie sua habilidade de realizar cada uma das seguintes tarefas.						
Nº	ITEM	RUIM	RAZOÁVEL	BOM	MUITO BOM	EXCELENTE
1	Funcionar efetivamente em uma equipe interprofissional.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Tratar os membros da equipe como colegas.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Identificar as contribuições que as diferentes profissões podem oferecer para o cuidado do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
4	Aplicar os seus conhecimentos dos princípios geriátricos para o cuidado de idosos em um trabalho em equipe.	☐	☐	☐	☐	☐
5	Garantir que as preferências/metast do paciente/família são consideradas no desenvolvimento do plano de cuidado em equipe.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Lidar com as discordâncias efetivamente.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Fortalecer a cooperação entre as profissões.	☐	☐	☐	☐	☐
8	Cumprir as responsabilidades específicas do papel de sua profissão na equipe.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Abordar questões clínicas sucintamente em reuniões interprofissionais.	☐	☐	☐	☐	☐
10	Participar ativamente das reuniões da equipe.	☐	☐	☐	☐	☐
11	Desenvolver um plano de cuidados interprofissional.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Ajustar o seu cuidado para apoiar os objetivos da equipe.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Desenvolver estratégias de intervenção que ajudem os pacientes atingir seus objetivos	☐	☐	☐	☐	☐
14	Levantar questões pertinentes nas reuniões da equipe.	☐	☐	☐	☐	☐
15	Reconhecer quando a equipe não está funcionando bem.	☐	☐	☐	☐	☐
16	Intervir efetivamente para melhorar o funcionamento da equipe.	☐	☐	☐	☐	☐
17	Encorajar membros da equipe que não estão participando ativamente nas reuniões.	☐	☐	☐	☐	☐

ANEXO VI Parecer de Aprovação CEP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Estratégias de Educação e Colaboração Interprofissional em Programas de Residências em Atenção Hospitalar

Pesquisador: Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 11957419.3.0000.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

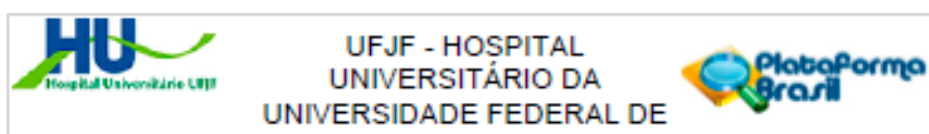
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.299.976

Apresentação do Projeto:

O presente projeto objetiva avaliar os efeitos de um programa de intervenção grupal no aprimoramento da aprendizagem interprofissional de residentes em Atenção Hospitalar. Participará da pesquisa residentes médicos e multiprofissionais vinculados à Programas de Residência em Atenção Hospitalar do Hospital Universitário, da Universidade Federal de Juiz de Fora. Para tanto, utilizará a abordagem metodológica quantitativa e qualitativa, sendo realizadas aplicação de escalas, validadas no país, que buscam medir as atitudes e prontidão frente a Educação e Colaboração Interprofissional, bem como a realização de um grupo de intervenção e, posteriormente, a replicação das mesmas escalas para avaliar o efeito da intervenção sobre o conhecimento, a disponibilidade dos residentes, inseridos na Atenção Hospitalar, para a aprendizagem interprofissional e atuação colaborativa. Como resultados espera-se que seja possível compreender a disponibilidade dos profissionais residentes em atenção hospitalar para a aprendizagem interprofissional. Além disso, acredita-se que, com o desenvolvimento e execução do programa de intervenção fundamentado na Educação Interprofissional e nas práticas colaborativas, seja possível ampliar o conhecimento e a prontidão dos residentes para a aprendizagem interprofissional e para o desenvolvimento de ações colaborativas entre eles.

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
 Bairro: Santa Catarina CEP: 38.038-110
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)4009-5217 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.299.970

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar os efeitos de um programa de Intervenção grupal, sob a lógica da Educação e Colaboração Interprofissional, no aprimoramento da aprendizagem interprofissional de residentes em Atenção Hospitalar.

Objetivo Secundário:

- Avaliar as atitudes e prontidão de residentes de diversas categorias profissionais para a aprendizagem Interprofissional;
- Entender se existe estratégias de aprendizagem compartilhada e desenvolvimento de práticas colaborativas entre os Programas de Residência Multiprofissional e Médico;

Multiprofissional e Médico:

- Compreender os conhecimentos, habilidades e atitudes que qualificam os profissionais da saúde para o desenvolvimento da colaboração interprofissional;
- Avaliar o efeito da Intervenção sobre o conhecimento, a disponibilidade dos residentes, inseridos na Atenção Hospitalar, para a aprendizagem Interprofissional e atuação colaborativa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos, e restringem-se ao sigilo à identificação e às informações referentes ao participante, no entanto todos os cuidados serão tomados para preservar a sua identidade.

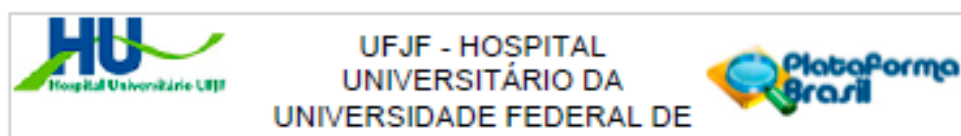
Benefícios:

Os participantes serão informados sobre os benefícios do estudo, que compreende o conhecimento e desenvolvimento de estratégias de educação e colaboração interprofissional nos contextos de residências hospitalares, podendo gerar reflexão acerca de como os modelos de formação em saúde brasileira estão sendo estabelecidos, além de propor melhorias e avanços na aprendizagem e atuação interprofissional nos programas de residência multiprofissional e médico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Endereço: Rua Celso Breviglieri, s/n	CEP: 36.036-110
Bairro: Santa Catarina	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217	E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.296.976

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPEs. Apresenta DECLARAÇÃO de Infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

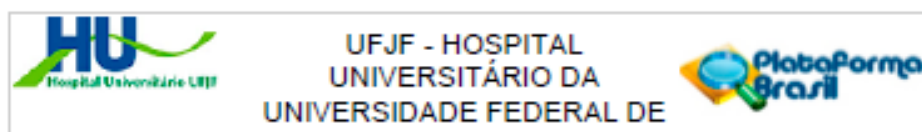
Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional N° 001/2013 CNS, segundo este relator, aguardando a análise do Colegiado. Data prevista para o término da pesquisa: / /

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1307103.pdf	05/04/2019 14:55:43		Aceito
Outros	Comprovante_cadastro.pdf	05/04/2019 13:53:11	Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov	Aceito
Outros	Curriculo_Pesquisadores_Fabiane_An	05/04/2019	Ana Paula de Sousa	Aceito

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
 Bairro: Santa Catalina CEP: 38.036-110
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)4009-5217 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

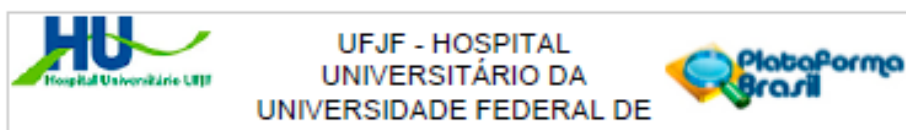


Continuação do Parecer: 3.296.976

Outros	a_Rodrigo.pdf	13:19:25	Silva Baquão	Aceito
Outros	Anexos_V_ao_VIII_Instrumentos_Escala_s_attitudinais.pdf	05/04/2019 13:10:57	Ana Paula de Sousa Silva Baquão	Aceito
Outros	APENDICE_III_Ementa_e_conteudo_programatico_Doutorado.pdf	05/04/2019 13:09:55	Ana Paula de Sousa Silva Baquão	Aceito
Outros	APENDICE_I_Question_sociodemografico_Doutorado.pdf	05/04/2019 13:09:38	Ana Paula de Sousa Silva Baquão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_doutorado_PDF.pdf	05/04/2019 13:06:19	Ana Paula de Sousa Silva Baquão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_II_TCLE_doutorado.pdf	05/04/2019 13:05:00	Ana Paula de Sousa Silva Baquão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_II_TCLE_doutorado.doc	05/04/2019 13:04:51	Ana Paula de Sousa Silva Baquão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_doutorado_word.doc	05/04/2019 13:04:25	Ana Paula de Sousa Silva Baquão	Aceito
Cronograma	Cronograma_pesquisa_doutorado.pdf	05/04/2019 13:03:34	Ana Paula de Sousa Silva Baquão	Aceito
Outros	Declaracao_viabilidade_economica_aprovada.pdf	05/04/2019 12:31:41	Ana Paula de Sousa Silva Baquão	Aceito
Outros	Carta_de_encaminhamento_assinada.pdf	05/04/2019 12:31:03	Ana Paula de Sousa Silva Baquão	Aceito
Orçamento	Orçamento_assinado.pdf	05/04/2019 12:30:06	Ana Paula de Sousa Silva Baquão	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infra_concordancia_anexo_V_assinada.pdf	05/04/2019 12:29:52	Ana Paula de Sousa Silva Baquão	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infra_concordancia_anexo_II_assinada.pdf	05/04/2019 12:29:33	Ana Paula de Sousa Silva Baquão	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infra_concordancia_anexo_I_assinada.pdf	05/04/2019 12:29:28	Ana Paula de Sousa Silva Baquão	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infra_concordancia_anexo_III_assinada.pdf	05/04/2019 12:29:16	Ana Paula de Sousa Silva Baquão	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada_CEP.pdf	05/04/2019 12:23:42	Ana Paula de Sousa Silva Baquão	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina CEP: 38.036-110
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 3.296.978

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

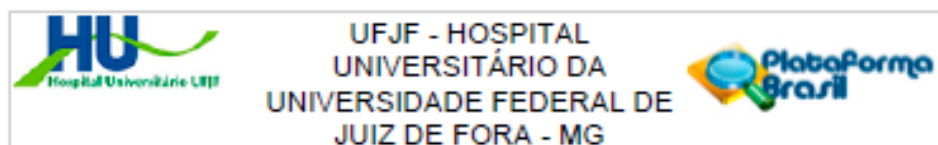
JUIZ DE FORA, 02 de Maio de 2019

Assinado por:

Leticia Coutinho Lopes Moura
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Celso Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina CEP: 36.036-110
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

ANEXO VII Parecer complementar do CEP

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: Estratégias de Educação e Colaboração Interprofissional em Programas de Residências em Saúde

Pesquisador: Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 11957419.3.0000.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.418.381

Apresentação do Projeto:

Atualmente, a Educação Interprofissional (EIP) é vista como uma potente ferramenta no aperfeiçoamento da formação dos profissionais de saúde. Ela fomenta a integração dos conhecimentos e das práticas em saúde para melhor atender as demandas dos indivíduos e da comunidade, sendo que estimula a colaboração entre as áreas profissionais ao invés da competição e da fragmentação. Além disso, nesta perspectiva, o modelo de cuidado é centrado na pessoa, e não na doença. Desta forma, a presente pesquisa objetiva compreender os efeitos de um programa de intervenção em grupo direcionada a residentes de um hospital universitário no aprimoramento da aprendizagem e colaboração interprofissional. A pesquisa será dividida em dois estudos, sendo que o segundo estudo foi pensando como uma alternativa para as mudanças exigidas nas pesquisas presenciais devido à pandemia Covid 19. Participaram do primeiro estudo residentes médicos e multiprofissionais vinculados aos Programas de residência Médica e Multiprofissional, com concentração Atenção Hospitalar. Para tanto, utilizou-se a abordagem metodológica quantitativa e qualitativa, sendo realizada a aplicação de escalas de medidas de atitudes, percepção, habilidades e prontidão desses profissionais para a educação e colaboração interprofissional, pré e pós intervenção, para avaliar o efeito da intervenção sobre o conhecimento, a disponibilidade dos residentes para a aprendizagem interprofissional e atuação colaborativa. A intervenção com os residentes foi

Endereço: Rua Celso Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br



UFJF - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - MG



Continuação do Parecer: 4.418.381

gravada e será transcrita, sendo que seu conteúdo será analisado de maneira qualitativa através da Análise de Conteúdo de Bardin. O segundo estudo consistirá na aplicação das mesmas escalas de medidas interprofissionais em um número mais abrangente de residentes multiprofissionais e médicos, de variados Programas de Residência. Essa etapa será realizada on-line. Como resultados, espera-se que seja possível compreender a prontidão, percepção, atitudes e habilidades dos profissionais residentes no contexto da aprendizagem interprofissional. Além disso, acredita-se que, com o desenvolvimento e a execução do programa de intervenção fundamentado na educação interprofissional e nas práticas colaborativas, seja possível ampliar o conhecimento dos profissionais a respeito da aprendizagem interprofissional e do desenvolvimento de ações mais integradas e colaborativas entre eles.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender os efeitos de um programa de intervenção grupal, sob a lógica da educação e colaboração interprofissional, no aprimoramento da aprendizagem interprofissional e atuação colaborativa em residentes multiprofissionais e médicos em Programas de Residência em Saúde.

Objetivo Secundário:

- Compreender os conhecimentos, habilidades e atitudes que qualificam os profissionais da saúde para o desenvolvimento da colaboração interprofissional;
- Desenvolver um protocolo de intervenção grupal sobre a aprendizagem e trabalho interprofissional;
- Avaliar se há diferenciações nas atitudes, prontidão e habilidades interprofissionais relacionadas a categoria profissional e ao Programa vinculado;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

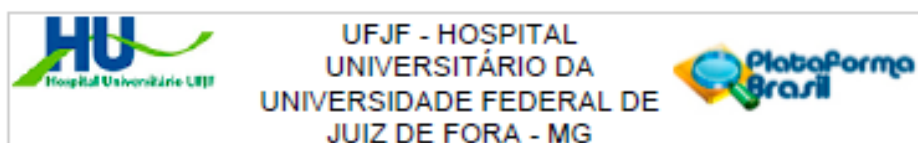
Riscos:

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos, e restringem-se ao sigilo à identificação e às informações referentes ao participante, no entanto todos os cuidados serão tomados para preservar a sua identidade.

Benefícios:

Os participantes serão informados sobre os benefícios do estudo, que compreende o conhecimento e desenvolvimento de estratégias de educação e colaboração interprofissional nos contextos de residências hospitalares, podendo gerar reflexão acerca de como os modelos de formação em saúde brasileira estão sendo estabelecidos, além de propor melhorias e avanços na

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
Bairro: Santa Catarina CEP: 36.038-110
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.410.301

aprendizagem e atuação interprofissional nos programas de residência multiprofissional e médico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

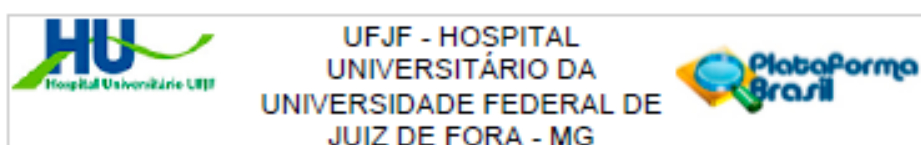
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, ressarcimento com as despesas, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, Itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPES. Apresenta DECLARAÇÃO de Infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS, segundo este relator, aguardando a análise do Colegiado. Data prevista para o término da pesquisa: / /

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n	CEP: 36.036-110
Bairro: Santa Catarina	
UF: MG	Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5217	E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 4.418.381

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_1489501_E1.pdf	04/11/2020 15:58:51		Aceito
Cronograma	Cronograma_pesquisa_doutorado_AnaBaquiao.pdf	04/11/2020 15:40:07	Ana Paula de Sousa Silva Baquiao	Aceito
Outros	Apendice_IV_Entrevista_AnaBaquiao_Doutorado.pdf	04/11/2020 15:37:48	Ana Paula de Sousa Silva Baquiao	Aceito
Outros	Apendice_IV_Entrevista_AnaBaquiao_Doutorado.doc	04/11/2020 15:36:34	Ana Paula de Sousa Silva Baquiao	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_V_TCLE_doutorado_AnaBaquiao_ESTUDO_II.doc	04/11/2020 15:35:40	Ana Paula de Sousa Silva Baquiao	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_V_TCLE_doutorado_AnaBaquiao_ESTUDO_II.pdf	04/11/2020 15:34:10	Ana Paula de Sousa Silva Baquiao	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_doutorado_Estudo_II_alteracao_pandemia.pdf	04/11/2020 15:32:59	Ana Paula de Sousa Silva Baquiao	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_doutorado_Estudo_II_alteracao_pandemia.doc	04/11/2020 15:32:31	Ana Paula de Sousa Silva Baquiao	Aceito
Outros	Comprovante_cadastro.pdf	05/04/2019 13:53:11	Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov	Aceito
Outros	Curriculo_Pesquisadores_Fabiane_Ana_Rodrigo.pdf	05/04/2019 13:19:25	Ana Paula de Sousa Silva Baquiao	Aceito
Outros	Anexos_Vao_VIII_Instrumentos_Escala_s_attudinalis.pdf	05/04/2019 13:10:57	Ana Paula de Sousa Silva Baquiao	Aceito
Outros	APENDICE_III_Ementa_e_conteudo_programatico_Doutorado.pdf	05/04/2019 13:09:55	Ana Paula de Sousa Silva Baquiao	Aceito
Outros	APENDICE_I_Question_sociodemografico_Doutorado.pdf	05/04/2019 13:09:38	Ana Paula de Sousa Silva Baquiao	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_II_TCLE_doutorado.pdf	05/04/2019 13:05:00	Ana Paula de Sousa Silva Baquiao	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Apendice_II_TCLE_doutorado.doc	05/04/2019 13:04:51	Ana Paula de Sousa Silva Baquiao	Aceito

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n
 Bairro: Santa Catarina CEP: 38.036-110
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)4009-5217 E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br



**UFJF - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA - MG**



Continuação do Parecer: 4.418.201

Ausência	Apendice_II_TCLE_doutorado.doc	05/04/2019 13:04:51	Ana Paula de Sousa Silva Baquião	Acelto
Outros	Declaracao_viabilidade_economica_aprovada.pdf	05/04/2019 12:31:41	Ana Paula de Sousa Silva Baquião	Acelto
Outros	Carta_de_encaminhamento_assinada.pdf	05/04/2019 12:31:03	Ana Paula de Sousa Silva Baquião	Acelto
Orçamento	Orcamento_assinado.pdf	05/04/2019 12:30:06	Ana Paula de Sousa Silva Baquião	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Infra_concordancia_anexo_V_assinada.pdf	05/04/2019 12:29:52	Ana Paula de Sousa Silva Baquião	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Infra_concordancia_anexo_II_assinada.pdf	05/04/2019 12:29:33	Ana Paula de Sousa Silva Baquião	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Infra_concordancia_anexo_I_assinada.pdf	05/04/2019 12:29:28	Ana Paula de Sousa Silva Baquião	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_Infra_concordancia_anexo_assinada.pdf	05/04/2019 12:29:16	Ana Paula de Sousa Silva Baquião	Acelto
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada_CEP.pdf	05/04/2019 12:23:42	Ana Paula de Sousa Silva Baquião	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 24 de Novembro de 2020

Assinado por:
Letícia Coutinho Lopes Moura
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n

Bairro: Santa Catarina

CEP: 38.038-110

UF: MG

Município: JUIZ DE FORA

Telefone: (32)4009-5217

E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br