



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO DE
SAÚDE DA FAMÍLIA
NUCLEADORA – UNIVERSIDADE FEDERAL
DA PARAÍBA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Nathália Gregório Da Costa

**A INTERPROFISSIONALIDADE NA FORMAÇÃO EM
RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: PERSPECTIVAS E PRÁTICAS DOS
RESIDENTES**

João Pessoa

2023



Nathália Gregório Da Costa

**A INTERPROFISSIONALIDADE NA FORMAÇÃO EM
RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: PERSPECTIVAS E PRÁTICAS DOS
RESIDENTES**

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca de defesa do
Mestrado Profissional em Saúde da
Família, da Rede Nordeste de
Formação em Saúde da Família,
Universidade Federal da Paraíba

Orientadora:

Profa. Dra. Luana Rodrigues de
Almeida

Área de

Concentração: Saúde
da Família

Linha de Pesquisa:

Educação na Saúde

João Pessoa

2023

ANEXO D

ATA DE SESSÃO DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO

Programa de Pós-Graduação

PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Nucleadora

UFPB

Ata da Sessão de Defesa do(a) Discente

NATHALIA GREGORIO DA COSTA

Realizada no Dia

03/03/2023

Às **08:00** horas, do dia **03** do mês de **março** do ano de **2023**, realizou-se a sessão de defesa do Trabalho de Conclusão do discente

NATHALIA GREGORIO DA COSTA,

intitulado

A INTERPROFISSIONALIDADE NA FORMAÇÃO EM RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: PERSPECTIVAS E PRÁTICAS DOS RESIDENTES

A banca examinadora foi composta pelos professores doutores

LUANA RODRIGUES DE ALMEIDA, orientador(a),

Prof.(a). **FRANKLIN DELANO SOARES FORTE**,

Prof.(a). **YANA BALDUINO DE ARAUJO**.

A sessão foi aberta pelo(a) Orientador(a) do Programa de Pós-Graduação que apresentou a banca examinadora e passou a palavra para o(a) candidato(a). Após a exposição do trabalho, seguiu-se o processo de arguição do(a) discente. O primeiro examinador foi o professor(a) doutor(a) **YANA BALDUINO DE ARAÚJO**. Logo após, procederam a arguição os professores doutores **FRANKLIN DELANO SOARES FORTE**.

Em seguida, a banca examinadora reuniu-se reservadamente, a fim de avaliar o desempenho. A banca examinadora considerou **APROVADA** o trabalho do(a) discente. Nada mais havendo a relatar, a sessão foi encerrada às **10:15** horas, e eu,

LUANA RODRIGUES DE ALMEIDA,

orientador(a) do Programa Pós-Graduação do MPSF, Nucleadora **UFPB**, lavrei a presente ata, que, depois de lida e aprovada, será assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.

Douana R. de Almeida

Orientador(a)

Franklin de Melo Soares Forte

1º Examinador(a)

Yara Balduino de Araújo

2º Examinador(a)

João Pessoa, 03 de março, de 2023.

Nathália Gregório da Costa

A INTERPROFISSIONALIDADE NA FORMAÇÃO EM RESIDÊNCIAS
EM SAÚDE: PERSPECTIVAS E PRÁTICAS DOS RESIDENTES

Trabalho de Conclusão de Mestrado
apresentado à banca de defesa do Mestrado
Profissional em Saúde da Família, da Rede
Nordeste de Formação em Saúde da Família,
Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Luana Rodrigues de Almeida
Presidente/Orientadora
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Profa. Dra. Yana Balduino de Araújo
Membro Externo
Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT)

Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte
Membro Interno
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Prof. Dr. João Euclides Fernandes Braga
Membro Suplente Interno
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Data da aprovação: 03 de março de 2023.

João Pessoa

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C838i Costa, Nathália Gregório da.

A interprofissionalidade na formação em residências em saúde : perspectivas e práticas dos residentes / Nathália Gregório da Costa. - João Pessoa, 2023.
62 f.

Orientação: Luana Rodrigues de Almeida.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Saúde - Educação. 2. Educação interprofissional.
3. Formação profissional em saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Residência - Saúde. I. Almeida, Luana Rodrigues de. II. Título.

UFPB/BC

CDU 616-092.11:37(043)

RESUMO

A interprofissionalidade ocorre quando profissionais de diferentes núcleos de formação atuam mutuamente no sentido de promover cuidado integral ao sujeito ou à comunidade, em uma perspectiva de interação de saberes. Para a formação de uma força e trabalho qualificada para o trabalho interprofissional, todos os atores envolvidos precisam compreender a importância e o impacto de apoiar ações de ensino no serviço visando o desenvolvimento de práticas colaborativas na produção do cuidado em saúde. Nesse contexto, o objetivo desta pesquisa foi compreender os elementos da interprofissionalidade no processo de formação em saúde em duas Residências em Saúde, na perspectiva de residentes. Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva. Participaram nove residentes de dois programas de residência um multiprofissional em saúde coletiva e de Medicina de Família e Comunidade. Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas, que foram gravadas e transcritas. Também foi utilizado o diário de campo como instrumento para produção do material empírico. Os dados foram analisados, segundo a teoria da análise de conteúdo de Bardin, e dispostos em quatro categorias e subcategorias temáticas. De acordo com os participantes da pesquisa, ainda há alguns obstáculos na efetivação da interprofissionalidade no processo formativo nas residências. Foram apontadas fragilidades especialmente na falta de momentos de Educação Permanente em saúde para o trabalho interprofissional promovidos pelos programas de residência. Contudo, os residentes encontraram espaços propícios ao trabalho colaborativo nos serviços onde foram inseridos, fator que viabilizou o trabalho em equipe durante a realização das atividades e colaborou para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências interprofissionais dos residentes. Os resultados também sinalizaram que a consolidação de programas de residência em regiões como o sertão paraibano é um grande avanço na oferta do cuidado qualificado, porém precisa de maior integração entre a instituição ofertante e os gestores municipais no sentido de esclarecer o papel do residente dentro do serviço. O momento pandêmico no qual os residentes executaram suas atividades pode ter influenciado nos resultados desse estudo, visto que foram necessárias mudanças consideráveis no processo de trabalho durante esse período, portanto, mais pesquisas devem ser realizadas buscando aprofundar-se na temática da Educação Interprofissional no processo



formativo das Residências em Saúde, uma vez que atualmente a interprofissionalidade tem sido vista como elemento essencial no cuidado em saúde integral, centrado no paciente.

Palavras-chave: Educação Interprofissional. Formação Profissional em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Residência

ABSTRACT

Interprofessionality occurs when professionals from different areas work mutually in order to promote comprehensive care to a person or a community through knowledge interaction. All the actors involved in qualified workforce for interprofessional work must comprehend the importance and the impact of supporting teaching actions in the service, considering the developing collaborative practices in the production of health care. In this context, this research aimed to understand the elements of interprofessionality in the health education process in two Health Residencies, from the perspective of residents. A qualitative, exploratory and descriptive research was developed. The participants of this research were nine residents from two residency programs, one multiprofessional in public health and in Family and Community Medicine. For data collection, semi-structured interviews were conducted, which were recorded and transcribed later. The field diary was also used as an instrument for the production of empirical material. Data were analyzed according to Bardin's theory of content analysis, then they were arranged in four thematic categories and subcategories. According to the research participants, there are still some obstacles in the implementation of interprofessionality in the training process in residencies. They pointed out weaknesses from the residency programs, especially in the lack of moments of Permanent Education in health for the interprofessional work. However, the residents found a conducive environment to collaborative work in the services where they were inserted. This made teamwork possible during the activities and contributed to the development and improvement of interprofessional skills of the residents. The results also indicated that the consolidation of residency programs in regions such as the Sertão of Paraíba (Northeast Region of Brazil) is a great advance in the provision of qualified care, but it needs greater integration between the offering institution and the municipal managers in order to clarify the role of the resident within the service. The pandemic moment in which the residents developed their activities may have influenced the results of this study, since considerable changes were necessary in the work process during this period. Therefore, more research should be done seeking to deepen the theme of Interprofessional Education in Health Residencies programs, since interprofessionality has currently been seen as an essential element in comprehensive health care, centered on the patient.

Keywords: Interprofessional Education. Professional Training in Health. Primary Health Care. Residence

ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACP	Atenção Centrada do Paciente
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária a Saúde
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
EIP	Educação Interprofissional
EPS	Educação Permanente em Saúde
e-SF	Estratégia de Saúde da Família
ESP/PB	Escola de Saúde Pública da Paraíba
FSM	Faculdade Santa Maria
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PET – Saúde	Educação pelo Trabalho na Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PRMFC	Programa de Residência de Medicina Família e Comunidade
ProfSaúde	Pós-graduação Profissional em Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REIP	Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RS	Residência em Saúde
RS	Residências em Saúde
SES-PB	Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO DA PESQUISADORA.....	8
1	INTRODUÇÃO.....	9
2	OBJETIVOS	12
	Objetivo Geral.....	12
	Objetivos Específicos	12
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	13
	Educação Interprofissional e Interprofissionalidade: considerações conceituais	13
	Formação em saúde na perspectiva do trabalho interprofissional.....	17
	Residências em Saúde para o desenvolvimento da Interprofissionalidade.	19
4	CAMINHO METODOLÓGICO.....	22
	Tipo de Estudo	22
	Cenário de estudo	22
	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva	22
	Programa de Residência de Medicina Família e Comunidade (PRMFC) ..	23
	Participantes	24
	Procedimento de coleta e produção do material empírico.....	24
	Análise dos dados.....	25
	Considerações Éticas.....	26
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
	O Trabalho Interprofissional: da teoria à prática.....	27
	Concepções dos residentes sobre o trabalho interprofissional	28
	Interprofissionalidade na prática.....	30
	A interprofissionalidade no contexto das Residências em saúde.....	33
	Potencialidades da Educação Interprofissional na Residência.....	34
	Fragilidades da Educação Interprofissional na Residência.....	35
	Competências para o trabalho interprofissional.....	39
	As residências no Sertão: potencialidades e fragilidades da interiorização	41
	Acesso à Rede de Saúde e o fortalecimento de vínculos.....	42
	Precarização dos vínculos de trabalho e as interferências políticas.....	44
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
	REFERÊNCIAS.....	49
	APÊNDICE A: ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	55
	APÊNDICE B: MANUAL DE COLETA DA PESQUISA.....	56
	ANEXO A: TCLE.....	57
	ANEXO B: PARECER DO CEP	59

APRESENTAÇÃO DA PESQUISADORA

Com formação em fonoaudiologia pela Universidade Federal da Paraíba e atuante do SUS desde a primeira experiência profissional, eu chego à reta final do Mestrado Profissional em Saúde da Família com o sentimento de que há muito ainda a ser feito em todas as esferas do serviço público de saúde – desde o processo formativo até a execução da prática.

Em relação ao trabalho Interprofissional faço uma alusão aos cursos de Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba, que compartilham da mesma estrutura física na universidade, com aulas em blocos se situam lado a lado, e ainda assim, eu e tantos outros colegas que finalizaram o curso em 2013 saímos da universidade sem ao menos saber quais as atribuições de um Terapeuta Ocupacional. Como podem duas profissões que se interligam em muitas áreas, saberes e processo de trabalho não saber/aprender com e sobre a outra? Hoje percebo o quanto é verdadeiro o conceito de que o compartilhamento do mesmo espaço por diversos profissionais não é suficiente para a efetivação da Educação Interprofissional (EIP).

Saindo da Universidade, logo surgiu a oportunidade de atuar em um pequeno município do interior da Paraíba na equipe do então Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, proposta do Governo Federal que priorizava o trabalho em equipe com foco em prevenção e promoção da saúde. Na prática, todos os profissionais atuavam em ambulatórios prestando atendimento individual aos usuários.

A proposta de estudar a EIP me levou a, além de qualificar meus conhecimentos, refletir sobre minha trajetória profissional até aqui e digo com clareza: ainda é bastante frágil a prática colaborativa que incluía a equipe multiprofissional (antigo NASF), especialmente em cidades pequenas, mas certamente mergulhar na literatura, observar a EIP sob a ótica de outras pessoas me modificou como profissional, tanto que consegui realizar articulações exitosas no âmbito do SUS e também na rede privada, alcançando objetivos muito satisfatórios para os usuários.

O percurso que caminhei até aqui com esse estudo me trouxe a esperança de que a EIP atinja cada vez mais profissionais causando impactos positivos nas mudanças de práticas como causou em mim.

1 INTRODUÇÃO

A consolidação do nosso Sistema Único de Saúde (SUS) requer permanentes reflexões, em especial, no que diz respeito às práticas em saúde e ao modelo de formação dos profissionais. Sendo assim, o debate sobre ambos deve ser realizado em conjunto já que um acaba por se tornar consequência do outro quando a construção de novas práticas em saúde é facilitada por um modelo de formação que as sustente (COSTA, 2017).

Quando nos referimos à formação em saúde e sua potencialidade para promover mudança de práticas e fortalecimento do SUS, destacamos a Educação Interprofissional (EIP) que é definida como a ocasião em que duas ou mais profissões aprendem com, sobre e entre si para aprimorar a colaboração e a qualidade do cuidado (CAIPE, 2002). Considerando essa definição, a interprofissionalidade ocorre quando profissionais atuam mutuamente no sentido de promover um cuidado integral do sujeito ou da comunidade, sendo necessário que várias ações articuladas, em diferentes dimensões, sejam mobilizadas, a partir de mudanças culturais, institucionais e políticas nas dimensões macro, meso e micro (COSTA, 2017).

Embora ainda existam inúmeros desafios a serem superados, importantes ações exitosas na busca da instituição e do fortalecimento da EIP já foram implementadas, como a criação do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET Saúde, em 2008, que tem o objetivo de aperfeiçoar e qualificar a formação em saúde por meio da integração ensino-serviço-comunidade; a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da saúde; mudanças nos componentes curriculares e metodologias de ensino dos cursos no sentido de abordar temáticas referentes à interprofissionalidade, e as próprias relações interpessoais colaborativas entre os profissionais de diferentes núcleos de saberes, que são a base para que todo o processo se desenvolva de modo satisfatório (BRASIL, 2008; TOMPSEN et al, 2018; COSTA, 2017).

Nesse contexto, tem-se a educação em saúde como uma dimensão estratégica para a promoção da EIP, a partir de mudanças pedagógicas e reorientação dos currículos, das metodologias e mobilização de novos saberes alinhados ao cuidado integral em saúde, questões que serão discutidas com maior profundidade neste estudo.

Embora a realidade da formação em saúde no Brasil tenha avançado em muitos aspectos, a educação para o efetivo trabalho em equipe ainda é um ponto de fragilidade e que requer atenção (BRASIL, 2018). Não é incomum se deparar com profissionais com uma visão biomédica, em que ele é o detentor do saber e a troca para a tomada de decisões em conjunto é uma prática escassa.

Muitos profissionais ainda estão sendo formados com perfis individualizados, voltados unicamente ao seu núcleo de saber na perspectiva uniprofissional e com caráter disciplinar, o que vai de encontro com as políticas públicas do SUS e com o modelo de atenção em saúde coletiva. Os princípios e diretrizes do SUS foram instituídos de forma a viabilizar as práticas colaborativas e o trabalho interprofissional, em que o sujeito deve ser visto de forma integral nos seus diferentes níveis de complexidade e necessidades de saúde. Ademais, o trabalho em conjunto com a equipe fornece as respostas mais alinhadas ao contexto de vida e saúde das pessoas (BRASIL, 2018). Nesse contexto, os profissionais precisam estar alinhados às demandas do mundo pós-moderno para que sejam capazes de atender adequadamente as necessidades dos sujeitos e da comunidade onde estarão inseridos (SALOMÃO, et al, 2020).

Diante desse cenário, é urgente a necessidade de formar profissionais que tenham visão mais ampliada do cuidado, envolvendo-se ativamente com o SUS (SALOMÃO et al. 2020). Essa demanda nos leva a repensar o processo de formação nas instituições de ensino superior, mais especificamente nas residências em saúde, e levantar questionamentos acerca das práticas interprofissionais que são motivadas/desenvolvidas nesse *lócus* de produção de conhecimento em saúde. Destarte, discute-se a importância de uma formação nas residências em saúde que contemplem elementos da interprofissionalidade.

As Residências em Saúde (RS) apresentam características dinâmicas, que se desenvolvem em metodologias ativas e o residente alia teoria e prática, podendo entrar em contato com profissionais de diversos saberes, proporcionando momentos de trocas entre eles de modo a ampliar os olhares quanto ao cuidado com os sujeitos (SALOMÃO, et al., 2020). A própria instituição das RS multiprofissionais pode ser considerada uma iniciativa de EIP incorporada em estratégias das políticas públicas, na ocasião da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no ano de 2003 no Ministério da Saúde, que possibilitou a institucionalização da política de educação na saúde (FREIRE FILHO; SILVA, 2017).

De acordo com as DCN dos cursos da área da saúde, os profissionais devem ser formados sob a perspectiva da integralidade da atenção através das práticas colaborativas e da interprofissionalidade (BRASIL, 2001). A criação das residências multiprofissionais foi um marco que proporcionou que diversos cursos da saúde obtivessem o mesmo processo formativo com base na interprofissionalidade priorizando as práticas colaborativas através do ensino dentro dos serviços de saúde, proporcionando assim, a integração do ensino e trabalho aliados às práticas na gestão clínica e política (FREIRE FILHO; SILVA, 2017; CECCIM, 2018).

Refletindo sobre esse objeto de pesquisa – a EIP nas RS –, surgem os questionamentos desse estudo: Como os residentes identificam competências da interprofissionalidade na sua formação e no processo de trabalho? Como esses elementos teóricos são aplicados no cotidiano da sua prática profissional?

Considerando essas perguntas, o objetivo central da pesquisa é compreender os elementos da interprofissionalidade no processo de formação em saúde em duas Residências em Saúde no interior do estado da Paraíba, na perspectiva dos residentes.

Para que as políticas do SUS e as práticas em saúde coletiva sejam fortalecidas, é preciso explorar as iniciativas que existem atualmente, ampliando o debate sobre educação interprofissional na tentativa de identificar experiências exitosas no processo formativo, apresentando resultados positivos no contexto da formação e do trabalho em saúde (BRASIL, 2018). A EIP e as práticas colaborativas configuram-se como marco conceitual com capacidade para mudanças potentes na formação em saúde e no aprimoramento dos serviços (COSTA, 2017).

Ademais, pesquisas dessa natureza contribuem para o fortalecimento do SUS, para o oferecimento do cuidado integral e interprofissional desde o processo de formação dos profissionais, reorientando o modelo de atenção pautado na colaboração e na integralidade da atenção. Esse estudo ainda pode contribuir com a reorientação dos processos de formação em saúde, subsidiando tomada de decisão de gestores e profissionais da saúde e da educação, proporcionando maior qualidade na assistência em saúde.

Essa pesquisa é um recorte do projeto maior com título “A educação permanente e a interprofissionalidade nas Residências em saúde da Paraíba”, que é financiado pelo edital do Programa Pesquisa para o SUS: Gestão Compartilhada em Saúde – PPSUS, da FAPESQ-PB, 2021-2023.

2 OBJETIVO

Compreender os elementos da interprofissionalidade no processo de formação em saúde em duas Residências em Saúde no interior do estado da Paraíba, na perspectiva dos residentes.

Objetivos específicos

- Conhecer, na perspectiva dos residentes, como se desenvolvem as práticas colaborativas interprofissionais durante o processo de formação da residência
- Identificar quais competências da interprofissionalidade estão presentes na atuação dos residentes nos serviços onde estão inseridos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Educação Interprofissional e Interprofissionalidade: considerações conceituais

O SUS foi instituído com o objetivo de priorizar as necessidades de saúde dos usuários e da comunidade, rompendo com a lógica do cuidado biomédico, proporcionando, assim, uma assistência integral ao considerar um conceito ampliado de saúde, não restrito ao tratamento e cura de doenças. Desse modo, um único profissional não seria capaz de suprir todas as demandas de um território ou mesmo de uma única pessoa, sendo necessário uma abordagem de uma equipe com diversos profissionais para proporcionar o cuidado eficaz.

Costa (2017) relata que as novas necessidades em saúde da população requerem o exercício do trabalho em equipe com visão ampliada de saúde sob a ótica das práticas colaborativas. Nesse sentido, a EIP se mostra como estratégia favorável na formação de profissionais que atuem em conjunto, prestando assistência integral e desenvolvendo ações interdisciplinares, reconhecendo que todos os profissionais, em suas diferentes especificidades, têm sua importância e se complementam fornecendo cuidado em saúde mais qualificado e voltado ao usuário e seu território (COSTA, 2017).

Os conceitos de EIP presentes na literatura convergem para o entendimento de que se trata de uma educação com fins para o desenvolvimento de profissionais, de diferentes núcleos de formação, que aprendem em conjunto e atuam de forma colaborativa, visando a garantia da integralidade do cuidado e conseqüentemente melhoria dos serviços (COSTA, 2017).

Para compreensão da conceituação teórica da interprofissionalidade é importante apreendermos os diferentes conceitos relacionados ao trabalho em saúde que, segundo Alvarenga et al (2013) podem se confundir, e que são equivocadamente utilizados como sinônimos. Portanto, se faz necessário sua diferenciação para o uso adequado de cada um deles, especialmente aqueles que usam o sufixo disciplinar e profissional.

Considera-se multiprofissionalidade como uma estratégia de cuidado que conta com profissionais de diversas áreas atuando individualmente em seus núcleos de saberes específicos, gerando a fragmentação do processo terapêutico. Por outro lado, a interdisciplinaridade proporciona o cuidado integral por meio da interação entre

os profissionais, que compartilham os saberes no sentido de produção de novos conhecimentos e juntos direcionam o processo terapêutico de acordo com as necessidades de cada usuário. (PEDUZZI et al., 2020).

O trabalho em equipe interprofissional é entendido como uma forma de trabalho coletivo que se configura na articulação intencional de práticas em uma relação recíproca entre as intervenções técnicas e as interações dos múltiplos agentes envolvidos, propiciando a integração entre as inúmeras áreas do conhecimento (PEDUZZI et al., 2020), diferentemente do que ocorre no trabalho multidisciplinar, em que cada profissional, independentemente de sua especialidade, realiza seu trabalho no mesmo espaço físico que os demais, porém, não há entre eles interação direta com o objetivo de melhorar a qualidade na assistência prestada. Ou seja, cada profissional auxilia os usuários com assuntos pertinentes ao seu campo de conhecimento, sem haver integração entre eles (PEDROTTI; KEMCZINSKI; PEREIRA, 2019).

Outro conceito importante a ser esclarecido é o de colaboração, definido por D'Amour et al (2008) como o processo em que os profissionais se dispõem a trabalhar juntos visando o bem-estar do sujeito, desde que mantenham certa individualidade com autonomia preservada. Já na prática colaborativa os envolvidos buscam mesclar os núcleos de saberes, compartilhando as responsabilidades e desenvolvendo ações de parceria interprofissional. Nas duas últimas décadas o trabalho em equipe tem sido associado à prática colaborativa, uma vez que as equipes do mesmo serviço interajam entre si e com membros de outros setores priorizando o cuidado integral em rede (PEDUZZI; AGRELLI, 2018).

Os termos interprofissionalidade e práticas colaborativas se complementam e convergem para o mesmo objetivo: o cuidado integral ao indivíduo, família e comunidade. Em síntese, pode-se dizer que o “trabalho interprofissional se apresenta como trabalho em equipe, colaboração interprofissional, prática colaborativa e trabalho em rede” (PEDUZZI; AGRELLI, 2018, p.3).

Ceccim (2018) define como dimensões da interprofissionalidade a atuação integral dentro das equipes, a coesão e colaboração entre os trabalhadores com o objetivo de alcançar melhores resultados em equipe na atenção à saúde. Nesse mesmo sentido, Peduzzi, Leonello, Ciampone (2016), defendem que a visão ampliada e combinada dos diversos profissionais proporciona assistência de maior qualidade e equidade, possibilitando o cuidado integral dos indivíduos.

Destarte, a interprofissionalidade ocorre quando se compartilha o saber e o fazer, acumulando os conhecimentos e, de forma coletiva, buscando alternativas e possibilidades de resolutividade e integralidade da Rede de Atenção à saúde do SUS (CHRISTÓFARO, 2020). Reconhecendo-se que o compartilhamento de saberes e o desenvolvimento da interprofissionalidade demandam constantes atualizações e prática contínua, pesquisadores definiram algumas habilidades e competências que são necessárias para a consolidação de ações interprofissionais efetivas (GURAYA; BARR, 2018; CICH, 2010; IPEC, 2016).

Para Saupe et al (2006), competência é o conjunto de capacidades que são adquiridas através dos conhecimentos, habilidades e atitudes do profissional que o permitem executar seu trabalho. Levando em consideração este conceito, percebe-se que a competência para executar algo não depende apenas de conhecimentos teóricos em disciplinas que focam isoladamente em temáticas específicas.

As práticas colaborativas têm se tornado tendência crescente em decorrência das mudanças do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira e mundial, assim como ao reconhecimento da complexidade das necessidades de saúde e da rede de serviços e do sistema de saúde (SUS) (PEDUZZI et al., 2020). Araújo et al (2017) mencionam que o trabalho interprofissional otimiza as práticas e a produtividade, além de melhorar os resultados da equipe e o acesso à saúde.

No âmbito da política nacional de saúde, a atuação interprofissional é mencionada na Lei orgânica do SUS 8.080/90 trazendo a integralidade do cuidado como um dos princípios do sistema de saúde, devendo os serviços atuarem em conjunto em todos os níveis de complexidade observando todas as necessidades do usuário (BRASIL, 1991). Em 2004 foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente no Brasil, consolidando aspectos para o desenvolvimento de ações formativas voltadas ao trabalho em equipe envolvendo trabalhadores, estudantes de saúde de diversas áreas, gestão e usuários dos serviços (PEDUZZI et al., 2013).

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) desenvolveu iniciativas para que a educação interprofissional fosse incorporada nos sistemas de saúde e em 2017 foi realizada a segunda reunião regional sobre educação interprofissional (EIP), sediada no Brasil, contando com a participação de 22 países das Américas com o objetivo de discutir e implementar a EIP como prática dentro dos serviços de saúde (OPAS, 2017; SILVA; CASSIANE; FREIRE, 2018).

A partir dessa reunião foi instituída a Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas (REIP) em que 18 países, entre eles o Brasil, se comprometeram a desenvolver políticas de saúde voltadas à EIP até o ano de 2019. Dentre as políticas propostas, estava prevista a reformulação dos conteúdos curriculares para os cursos da saúde que abrangessem a temática da interprofissionalidade (SILVA; CASSIANE; FREIRE, 2018).

No SUS, são desenvolvidas ações e programas estratégicos para que a interprofissionalidade seja referência em mudanças tanto no processo de trabalho nos serviços como na formação profissional: o trabalho em Equipes de Saúde da Família (ESF), de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e na Atenção Básica (AB), que pressupõe a atuação conjunta e colaborativa dos atores, incluindo a população assistida; formação em programas de pós-graduação profissional em saúde da família (ProfSaúde), de educação pelo trabalho na saúde (PET-Saúde) e vivência e estágios na realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), assim como o projeto de provimento e educação em serviço de profissionais médicos (Programa Mais Médicos para o Brasil) (PEREIRA, 2018).

Nesse mesmo sentido, a instituição das Residências Multiprofissionais foi também importante conquista para a formação qualificada no SUS, reunindo diversos cursos de saúde no mesmo processo de formação, com a oportunidade de aliar ensino e prática nos serviços, proporcionando o desenvolvimento de competências interprofissionais e colaborativas (FREIRE FILHO; SILVA, 2017).

Formação em saúde na perspectiva do trabalho interprofissional

A formação profissional em saúde tem sido discutida com mais intensidade nos últimos anos por ser vista como potencial transformador no cuidado em saúde. São notórios os esforços com objetivo de transformação do modo de cuidado hegemônico, centrado na doença e nos profissionais, para um modelo voltado às necessidades do território (OGATA et al, 2021; ARAÚJO *et al.*, 2021). Ainda que a discussão da formação em saúde articulada à prática tenha ganhado força, esse movimento precisa se tornar concreto e acessível de modo a valorizar as diretrizes do SUS, ao passo em que forma profissionais com visão humanizada e capazes de lidar adequadamente com as demandas que surgem (SOUZA; FERREIRA, 2019).

Costa (2017, p.15) destaca uma problemática do processo de trabalho interprofissional: “profissionais de saúde trabalham necessariamente juntos, mas são formados separadamente”, fator que precisa ser revisto uma vez que o objetivo é formar profissionais capazes de desenvolver ações em conjunto com a equipe e com os demais serviços prestando assistência de melhor qualidade aos usuários, ou seja: investir no aprendizado compartilhado.

De acordo com pesquisadores do *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CICH), existem seis competências essenciais à interprofissionalidade e ações colaborativas: comunicação interprofissional; cuidado centrado no paciente, cliente, família e comunidade; clarificação de papéis profissionais; dinâmica de funcionamento da equipe; resolução de conflitos interprofissionais e liderança colaborativa. Para o *Interprofessional Education Collaborative* (IPEC), as competências são divididas em dois grandes grupos: cuidado centrado na comunidade e cuidado centrado no paciente que envolvem os seguintes domínios: valores/ética para a prática interprofissional; papéis e responsabilidade pela prática colaborativa; comunicação interprofissional e trabalho em equipe interprofissional (CICH, 2010; IPEC, 2016).

Outro desafio na integração ensino-serviço-comunidade ocorre quando os profissionais da rede não acompanham os educandos em suas atividades por acreditarem que tal tarefa é de responsabilidade exclusiva das Instituições de Ensino Superior, não sendo percebida como oportunidade de aprimoramento em educação permanente, que beneficiam o serviço e o profissional (VENDRUSCOLO; SILVA; KLEBA, 2017). Para que sejam formados recursos humanos em quantidade e qualificados para o trabalho interprofissional, todos os atores envolvidos nesse processo precisam compreender a importância e o impacto de apoiar ações de ensino no serviço (LEITE et al, 2021).

Buscando quebrar esses paradigmas, as competências listadas pelo CICH e IPEC têm sido utilizadas como base para a modificação dos componentes curriculares nos cursos da área da saúde buscando formar profissionais com bases sólidas na interprofissionalidade (GURAYA; BARR, 2018). Assim, a formação em saúde deve ser direcionada ao fortalecimento do sistema de saúde, construindo práticas em saúde pautadas na lógica do trabalho em equipe (COSTA, 2017)

Seguindo as recomendações internacionais na busca de uma formação de profissionais de saúde mais humanizados e comprometidos com a qualificação do

cuidado, o Ministério da Educação (MEC) com o Ministério da Saúde (MS) instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para todos os cursos de graduação na saúde (BRASIL, 2001).

Dessa forma, o processo formativo na área da saúde conta com várias etapas para a consolidação de profissionais capacitados a atender com eficácia as demandas da sociedade pós-moderna. A graduação é vista como o primeiro passo desse longo percurso que se encontra em constante transformação. A sociedade demanda por profissionais flexíveis, humanizados que estão sempre disponíveis a aprender com usuários e demais profissionais (COSTA *et al.*, 2018).

Barr (1998) descreve três grupos de competências que devem ser desenvolvidas no processo de trabalho interprofissional: competências específicas, competências comuns e competências colaborativas, definindo como competências específicas aquelas que distinguem as profissões, preservando suas identidades e saberes distintos. As competências comuns são as que unem todas as categorias e devem ser praticadas por todos, independente do núcleo de saber. Por fim, as competências colaborativas são aquelas que dinamizam o processo de trabalho, melhoram a relação da equipe e proporcionam o planejamento e execução de ações que melhoram a qualidade da assistência.

Com base nessa definição, as DCN elencam algumas competências básicas e comuns a todos os profissionais de saúde: 1. Atenção à saúde, onde os educandos devem desenvolver habilidades para ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação à saúde, tanto no âmbito individual quanto no coletivo. Além disso, “cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos”; 2. Tomada de decisões mais adequadas a cada território, como base em evidências científicas; 3. Comunicação com o público e com os demais profissionais, priorizando sempre a confidencialidade das informações; 4. Liderança para trabalhar com equipes multidisciplinares com empatia e responsabilidade; 5. Administração e gerenciamento de recursos; 6. Educação permanente de modo a aprender continuamente desde a formação até a prática (BRASIL, 2001).

Percebe-se, a partir da instituição das DCN, uma tendência maior para o uso de metodologias ativas no processo de formação, estimulando autonomia do discente, que tem a oportunidade de desenvolver suas habilidades práticas enquanto aprende,

tornando-se um profissional mais seguro e independente (MORAES; COSTA, 2016). Para que essa estratégia seja viabilizada, a gestão dos serviços de saúde e as Instituições de Ensino Superior devem trabalhar juntas para proporcionar condições adequadas à formação nos serviços (ARAÚJO et al, 2021).

Souza e Ferreira (2018) destacam a importância da regulamentação do SUS e das DCN para o avanço da integração ensino e serviço para a saúde pública, contudo, reforçam que este é ainda um fator que se mostra deficiente e demanda por qualificação. Os mesmos autores afirmam que durante o processo de ensino no serviço, o preceptor é o profissional responsável por mediar os conhecimentos dos educandos durante o processo, sendo sua função proporcionar ações de trabalho em equipe e práticas colaborativas, pensando sempre sob a ótica da interprofissionalidade, tornando o processo educativo dinâmico e significativo para os educandos.

Residências em saúde para o desenvolvimento da Interprofissionalidade

As Residências Multiprofissionais foram instituídas a partir da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, estando sob a coordenação dos Ministérios da Educação e da Saúde. Os programas de residência multiprofissional abrangem todos os cursos da saúde, com exceção da área médica e se enquadram na modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, onde os educandos atuam em áreas prioritárias do SUS durante o processo formativo (BRASIL, 2005).

As residências multiprofissionais têm por objetivo formar profissionais de diversas áreas da saúde especializados através da atuação no serviço alinhada aos princípios do SUS, privilegiando espaços de troca entre os atores, desenvolvendo, dessa forma, aperfeiçoamento profissional e científico (BERNARDO et al, 2020).

A vinculação da formação educativa com as práticas no território, possibilitam a transformação do cuidado em saúde, da organização de trabalho e das relações interpessoais entre equipe e com o usuário (SILVA; NATAL, 2019). O processo de formação do residente está intimamente ligado às adequadas propostas curriculares de acordo com as necessidades da sociedade contemporânea (SOUZA; FERREIRA, 2018).

A metodologia base das residências está pautada na lógica da

interdisciplinaridade e na integralidade, que “se opõe à lógica da especialidade técnica isolada, posta historicamente no campo da saúde” (SILVA, 2018 p.206), estimulando assim a criação de vínculo com a comunidade, o desenvolvimento de ações coletivas que transcendem as paredes do ambulatório. Utilizar-se do SUS enquanto cenário de aprendizagem para empoderar e ensinar os futuros profissionais afeta diretamente os demais profissionais do ambiente, uma vez que o residente possui as ferramentas para provocar na equipe inovações no território, proporcionando uma formação alinhada aos princípios da saúde coletiva, de forma integral e centrada nas necessidades mais complexas do território (LEITE et al, 2021).

Percebe-se que o trabalho em saúde em toda a rede de atenção necessita de profissionais que compreendam a importância das práticas colaborativas na produção do cuidado em saúde. É neste contexto que se insere o desenvolvimento das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), consideradas alternativas importantes no cenário da formação e para o Sistema Único de Saúde (SUS) (ARAUJO et al., 2017).

Santos, Mishima e Merhy (2018) salientam o dinamismo no processo de trabalho do SUS, uma vez que é capaz de modificar a realidade do território, gerar conexões com usuários, profissionais e demais serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), facilitando as práticas de cuidado integral.

Apesar de ser um contexto favorável às práticas interprofissionais, Silva (2018) salienta que o compartilhamento do mesmo espaço por profissionais de diferentes áreas não garante a execução de práticas interdisciplinares. Esse é justamente um desafio para as RMS: desenvolver competências particulares a cada núcleo de saber ao mesmo tempo que estimula o compartilhamento de saberes e a socialização dos conhecimentos.

Outro desafio na formação das RMS é apontado por Silva e Araújo (2019), ao citarem que muitas vezes os educandos chegam na residência sem qualquer aproximação com a saúde pública, dificultando a adesão às propostas colaborativas do programa. “O trabalho dos profissionais é descrito como desarticulado e fragmentado devido à ausência de espaços de discussão e diálogo” Silva e Araújo (2019, p.1245) e quando ocorrem discussões em entre os profissionais, estes não as consideram como parte do processo de trabalho.

Para que o processo de formação do residente seja eficaz, ele deve aplicar no território aquilo que foi adquirido nas atividades teóricas. Para tanto, as teorias

ofertadas precisam estar em consonância com a realidade de cada localidade, com suas limitações e potencialidades. Bernardo et al (2020) comentam que a formação nas RSM é um processo em que as competências alinhadas aos princípios do SUS deverão ser desenvolvidas.

Para Bernardo et al (2020) as RSM são uma oportunidade de crescimento e aprimoramento profissional ao passo que capacita os educandos a atuarem com segurança nos serviços e proporcionam uma visão integral do processo saúde e doença, buscando formar profissionais humanizados e com olhar ampliado para o sujeito e seu território. Para tanto, a participação efetiva de todos os atores envolvidos, desde os profissionais do serviço, docentes, usuários e educandos é imprescindível, potencializando o intercâmbio de saberes e práticas para melhoria da assistência (SOUZA; FERREIRA, 2019).

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Tipo de estudo

Foi desenvolvida uma pesquisa de abordagem qualitativa, de caráter exploratória descritiva com ênfase na interprofissionalidade em duas RS do Estado da Paraíba.

Cenário do estudo

Os cenários de investigação foram os Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e o Programa de Residência de Medicina Família e Comunidade que desenvolvem suas atividades em Cajazeiras, Sousa e Catolé do Rocha - PB.

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva

A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva é ofertada desde março de 2018 pela Secretaria de Estado de Saúde da Paraíba (SES-PB), com objetivo de formar sanitaristas, graduados em diferentes profissões da área da saúde, para compreender a organização e funcionamento do SUS, com foco nas ações de gestão do Sistema, atuando com maior ênfase no planejamento, nas redes de atenção à saúde e na educação em saúde, contribuindo para promover ações de saúde coletiva nas diferentes esferas do SUS nas regiões de saúde do sertão da Paraíba, abrangendo a III Macrorregião de Saúde, com sede nos municípios de Cajazeiras, Catolé do Rocha e Sousa. Sua atuação está vinculada à estratégia do apoio institucional, potencializando a formação a partir da vivência orgânica na gestão do SUS.

Programa de Residência de Medicina Família e Comunidade (PRMFC)

O Programa de Residência de Medicina Família e Comunidade (PRMFC) da SES-PB surgiu da necessidade de ampliar a formação de médicos de família e

comunidade para atuarem, preferencialmente, na Estratégia de Saúde da Família no alto sertão do estado.

É um programa pioneiro na região, que teve início em 2016 e ocorre por meio da parceria com a Faculdade Santa Maria (FSM) tendo, como unidade- escola as Unidades de Saúde da Família dos municípios parceiros: Bonito de Santa Fé, Cachoeira dos Índios, Cajazeiras, São João do Rio do Peixe, São José de Piranhas, Santa Helena, Sousa e Triunfo.

Com duração de dois anos, o PRMFC objetiva potencializar as práticas na atenção básica dos municípios conveniados por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), qualificando profissionais para trabalhar o “indivíduo, a família e a comunidade, com o envolvimento multidisciplinar para a prevenção, promoção e reabilitação de doenças” (BRAGA, 2020).

Da carga horária do residente, 32 horas são nas unidades de saúde, com atividades ambulatoriais (mínimo de 24 horas), visitas domiciliares, grupos, reuniões de equipe etc. Há ainda um turno de ambulatório de especialidades e um plantão semanal de 6 horas e 2 turnos de atividades teóricas. Reforça-se ainda que além das aulas teóricas, os médicos residentes passam por todos os setores da rede municipal, estadual atendendo nas unidades básicas de saúde, na urgência e emergência e nos principais programas da Saúde, visando a integralidade das ações (BRAGA, 2020).

A opção pela RS justifica-se por ser um cenário de formação em saúde no serviço que pode privilegiar o trabalho em equipe interprofissional e as práticas colaborativas.

Participantes da Pesquisa

Todos os residentes ativos nos programas que concluíram o primeiro ano da RS e os recém-egressos, concluintes da residência em fevereiro de 2022, foram convidados a participar, considerando todos os núcleos profissionais, totalizando uma população de 22 residentes.

A pesquisa contou com uma amostra de nove participantes entre residentes e recém-egressos dos dois programas de RS cenários de estudo.

Procedimento de coleta e produção do material empírico

Para a coleta de dados foram realizadas entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE A) com os residentes, cujo roteiro foi elaborado por toda a equipe que compõe o projeto maior da qual este estudo faz parte. No primeiro momento houve revisão dos aspectos potenciais de investigação das práticas colaborativas, trabalho em equipe, e interprofissionalidade com base no arcabouço teórico metodológico e conceitual.

O segundo momento teve como objetivo testar a força científica da representatividade, assim como clareza das categorias elencadas pelos pesquisadores através da Técnica de Consenso Delphi (Jones; Hunter, 2005), em que foram identificados especialistas, entre profissionais e pesquisadores da área de formação em saúde de várias regiões do Brasil que analisaram uma matriz de categorias constantes no roteiro até que se chegou ao consenso entre as opiniões dos especialistas.

O instrumento elaborado (APÊNDICE B) e validado consiste em um roteiro, com questões norteadoras, que serviu de orientação ao pesquisador na condução da entrevista em torno do objeto de estudo. As perguntas são abertas para proporcionar respostas livres e buscaram compreender, na concepção do R2 e recém-egressos, os elementos da interprofissionalidade no processo de formação na Residência e como isso é percebido na prática profissional.

Com o objetivo de padronizar e qualificar o processo de coleta dos dados, a equipe elaborou um Manual de Coleta de Dados (FORTE et. al. 2021), com todas as orientações pertinentes à realização das entrevistas, como momento e ambientes adequados, apresentação do pesquisador, esclarecimentos com relação à pesquisa e gravação adequada dos áudios.

Antes da realização das entrevistas, aconteceram momentos de qualificação da equipe com discussão de aspectos conceituais e metodológicos, baseadas no manual elaborado e leitura prévia sobre o objeto do estudo. O treinamento contou com simulações do momento da coleta (*Roleplay*) entre os entrevistadores, além de esclarecimentos e discussão da literatura atual para maior qualidade de coleta de dados.

Para execução das entrevistas foi realizado um convite virtual, a partir do acesso aos contatos dos residentes e recém-egressos com a Escola de Saúde Pública

da Paraíba e realizados os agendamentos de data e horário conforme disponibilidade dos participantes e garantia de ambientes seguros e livres de interrupções. As entrevistas foram executadas de forma virtual, através da plataforma do *google meet*. Os depoimentos foram gravados para transcrição e análise. Logo após o término de cada entrevista foram registradas as impressões e observações consideradas importantes no diário de campo.

Análise dos dados

As entrevistas foram gravadas, em um total de 5 horas e 50 minutos de gravação, e o conteúdo em áudio, transcrito por outro pesquisador participante do projeto. A validação da transcrição foi realizada pela pesquisadora responsável por este estudo ao ler o material transcrito ouvindo o áudio. Após essa etapa os registros foram analisados sob a perspectiva da análise de conteúdo de Bardin (2014), na modalidade categorial temática. A sistematização dos dados aconteceu por pré-categorias (roteiro inicial) e pós-categorias (surgidas após o campo), seguindo-se as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

A pré-análise se constituiu na organização do material coletado, com o objetivo de identificar e sistematizar ideias iniciais, leitura flutuante das falas das entrevistas, a fim de se aproximar dos registros coletados para conhecê-los e analisá-los com maior profundidade. Ao término da pré-análise, foi executada a exploração dos registros e por fim o tratamento dos resultados obtidos e interpretados (Bardin 2014).

Os depoimentos obtidos foram agregados em categorias temáticas iniciais e subcategorias conforme a necessidade, de modo que permitissem uma descrição das características pertinentes do conteúdo. As categorias iniciais foram expostas para a equipe do projeto maior para discussão e validação, chegando-se ao consenso de quatro categorias temáticas com suas respectivas subcategorias (Bardin 2014).

Os registros das entrevistas são apresentados sem correções gramaticais e para assegurar o anonimato dos sujeitos da pesquisa foram codificados com a letra E por código alfanumérico segundo a ordem de realização.

Considerações éticas

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética, observando a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde sob o CAAE: 37477420.1.0000.5188 (Anexo B). Todas as coordenações das Residências em Saúde e a Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP - PB), autorizaram a realização do estudo, assim como os participantes foram devidamente esclarecidos quanto aos procedimentos da pesquisa, seus riscos e benefícios e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) manifestando sua livre adesão à pesquisa (Anexo A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A discussão será pautada nas quatro categorias temáticas com suas respectivas subcategorias que emergiram durante o processo de análise dos dados.

Categoria	Subcategoria
O Trabalho Interprofissional: da teoria à prática.	<i>Concepções da interprofissionalidade</i>
	<i>Interprofissionalidade na prática</i>
A interprofissionalidade no contexto das Residências em saúde	<i>Potencialidades da EIP na residência</i>
	<i>Fragilidades da EIP na residência</i>
Competências para o trabalho interprofissional	
As residências no Sertão: potencialidades e fragilidades da interiorização	<i>Acesso à Rede de Saúde</i>
	<i>Precarização dos vínculos de trabalho</i>

O Trabalho Interprofissional: da teoria à prática.

O trabalho em saúde, quando realizado de forma colaborativa, produz resultados de maior qualidade na atenção aos usuários além de proporcionar mais satisfação no trabalho por parte dos profissionais. Uma vez que no ambiente onde há colaboração, diálogo e aprendizagem mútua, os nós críticos e eventuais problemas são dissolvidos com maior agilidade e eficiência (PEDUZZI et al 2018). Contudo, para que o trabalho em equipe se consolide de maneira colaborativa, é imprescindível que os atores envolvidos estejam dispostos a participar ativamente além de identificar os diversos fatores, sejam eles políticos, pessoais e/ou profissionais que interferem

nesse processo (REEVES, XYRICHIS, ZWARENSTEIN, 2018).

Sob a ótica do trabalho interprofissional, a equipe deve ter atitudes participativas seguindo o mesmo propósito, desenvolvendo relações interpessoais que favoreçam a participação não somente dos profissionais, mas incluindo os usuários desde o planejamento até a execução das ações (REEVES, XYRICHIS, ZWARENSTEIN, 2018). Para tanto, é importante que os membros da equipe de saúde reconheçam a importância do trabalho colaborativo e que de fato o executem em sua rotina, identificando em conjuntos os pontos que precisam ser fortalecidos e quais ações serão ofertadas por todos para melhor qualificação do cuidado.

Concepções dos residentes sobre o trabalho interprofissional

Buscando compreender quais as concepções que os residentes apresentam sobre o trabalho interprofissional, foi realizado o questionamento norteador: “Como você compreende a educação interprofissional a partir da Residência?”. Diante desta pergunta foi possível extrair alguns depoimentos que serão discutidos com os achados na literatura.

O entrevistado E1 relata que em sua visão, Interprofissionalidade é a troca de conhecimentos entre profissionais:

Eu acredito que é necessário você se tornar mais amplo, mais multi, mais aberto a tudo e sempre nessa troca, buscar sempre está aberto a troca de conhecimentos com os demais profissionais, porque isso vai agregar muito... no planejamento em saúde. (E1)

Neste relato destaca-se o termo “multi”, associado à multiprofissionalidade, conceito que diversas vezes é visto como sinônimo de interprofissionalidade, embora ambos se diferenciem. Na multiprofissionalidade profissionais de diferentes ciências atuam/aprendem em conjunto, porém não há necessidade de interação entre eles, sendo comum a fragmentação do cuidado na modalidade multi, enquanto que na EIP todos os atores estão implicados no processo de atuação/aprendizagem, aprendendo com e sobre o outro, sendo condição necessária o envolvimento de atores de diferentes áreas aumentando o escopo de ações ofertadas (OMS, 2010; ALVARENGA et al, 2013).

Em decorrência da complexidade dos problemas em saúde da sociedade contemporânea, a compreensão do conceito bem como da importância da EIP nos serviços é de extrema necessidade para que os profissionais se adequem às demandas dos usuários, prestando um serviço de maior qualidade e resolutividade (BRITO et al. 2021). Nota-se que existe um conhecimento prévio sobre os conceitos da EIP, mencionando aspectos imprescindíveis no desenvolvimento da interprofissionalidade como a disposição para colaborar, o compartilhamento de saberes e de responsabilidades e a troca de conhecimentos, aprendendo com e sobre o outro, sem que uma profissão se sobreponha às demais, como verificamos nos depoimentos que seguem.

É um trabalho que nem uma profissão se sobressai sobre as outras, na verdade uma é o complemento da outra, no programa de saúde da família principalmente na qual todas as profissões uma dependa da outra, o agente de saúde depende do médico, que depende do enfermeiro e vice-versa cada uma com sua função. (E6)

O conhecimento de cada um que é compartilhado, e aí chega num todo. (E2)

É você trazer o que você já adquiriu e juntar com aqueles demais (...) trocas de conhecimentos, disponibilidade pra ajudar (...) trocas de conhecimentos, disponibilidade pra ajudar, é suprir onde falta. (E1)

O contexto colaborativo no trabalho requer a predisposição dos profissionais a trabalharem juntos na mesma direção, compartilhando metas e responsabilidades de modo a fortalecer a assistência em saúde. Esse compartilhamento vai se desenvolvendo no cotidiano, através de encontros que promovem o diálogo e articulações entre a equipe (ESCALDA E PEREIRA, 2018; PEDUZZI, 2001).

D'Amour et al (2008) descrevem a colaboração interprofissional em quatro dimensões distintas, envolvendo o relacionamento interpessoal e a estruturação das organizações: 1. Compartilhamento de objetivos e visão; 2. Internalização, que diz respeito ao sentimento de pertencimento do profissional com a equipe e confiança mútua; 3. Formalização – esclarecimento das expectativas e responsabilidades; 4. Governança – fornece direção e suporte aos profissionais na implementação das

práticas colaborativas. O trabalho sob a perspectiva da EIP só é bem fundamentado quando é executado baseado na atenção centrada ao paciente (ACP), sendo necessário, portanto, que a equipe tenha conhecimento do território no qual está inserida, levando em consideração todos os fatores sociais, culturais e familiares que permeiam cada localidade (PEDUZZI, AGRELI, 2018).

De acordo com as respostas que ilustram essa subcategoria temática, os residentes, embora não descrevam os conceitos tal qual estão dispostos na literatura, conseguem destacar com objetividade os principais pontos que compõem o trabalho colaborativo, enfatizando-se a comunicação entre os profissionais, a disponibilidade para colaborar e o compartilhamento de saberes.

Interprofissionalidade na prática

O conhecimento acerca dos conceitos sobre a EIP, como já mencionado anteriormente, é de extrema importância para a efetivação do trabalho colaborativo, e apesar de muitos profissionais reconhecerem a potência das ações compartilhadas em equipe, ainda nos deparamos com serviços que prestam assistência fragmentada, pautada no modelo biomédico, com trabalhadores executando suas funções de forma isolada, o que vai na contramão dos princípios do SUS. Portanto, apenas conhecer conceitos e reconhecer sua importância não é suficiente para que a prática esteja centrada no paciente/cliente/usuário de acordo com os preceitos da EIP.

É importante ressaltar que o trabalho em saúde sofre influência de fatores diversos como a escassez de profissionais, recursos estruturais e materiais em quantidade insuficiente, aumento da complexidade das demandas em saúde, baixa remuneração e a pressão que o cuidar do outro carrega. Tais variáveis acabam por interferir na qualidade da assistência prestada aos usuários, podendo se distanciar do que é visto em teoria e daquilo que é vivido na prática (FERNANDES et al, 2021; RIBEIRO et al, 2022).

Os conhecimentos prévios que cada profissional traz consigo e o modelo de trabalho que foi sendo desenvolvido individualmente pode interferir na implementação da interprofissionalidade, tornando este um processo desafiador, uma vez que depende de fatores internos e externos, envolvendo inclusive a micropolítica, podendo gerar certos desencontros entre as normas institucionais e a prática profissional (RIBEIRO et al, 2022).

Ao inserir-se nos serviços, os residentes puderam observar e participar ativamente da rotina das equipes para além dos muros das universidades, o que lhes permitiu ter uma visão ampla entre o aprendizado que lhes foi passado e aquilo que de fato se materializa em ação colaborativa. Os depoimentos apresentados a seguir dizem respeito à vivência que os residentes tinham dentro dos serviços de gerência e assistência.

Muitas vezes eu não tomo condutas sozinha, muitas vezes eu preciso chamar a equipe de enfermagem, preciso chamar a odontóloga do serviço para pedir uma opinião, pra fazer alguma ação em conjunto, algum procedimento em conjunto, então acaba que é essa interprofissionalidade ela é bem presente no nosso dia a dia. (E7)

A gente tinha reuniões quinzenais da equipe, a cada 15 dias para pensar como era que estava a sala de espera, se tinha alguma queixa, como era que estava distribuição das visitas, alguma demanda de queixas já que a gente tinha a própria caixa de ouvidoria na unidade, então a gente sentava, conseguia dialogar bastante para melhoria dos serviços. (E9)

Araújo *et al* (2013) reforçam a ideia de que o fato dos profissionais se encontrarem no mesmo ambiente e executarem atividades ou ações pontuais juntos, não necessariamente estão desenvolvendo práticas de EIP, sendo necessário que sejam traçadas estratégias e metodologias de trabalho que contemplem os elementos da interprofissionalidade. Nesse sentido, os entrevistados relataram que dentro dos serviços havia uma periodicidade de encontros entre a equipe para que todos os profissionais pudessem juntos analisar as demandas e melhorar o acesso e a qualidade dos serviços prestados.

Nós temos reuniões mensais... a gente se encontra com todos os profissionais, e também vem uma coordenadora da atenção básica, aí no caso a gente debate os principais problemas, os pontos positivos, o que a gente está precisando, e aí a coordenação avalia nesse ponto então é mais ou menos assim (E6)

Nesse depoimento mais uma vez o entrevistado menciona a existência de reuniões programadas para discussão do processo de trabalho. Essa comunicação existente entre os profissionais é uma ferramenta poderosa para que os nós críticos percebidos no dia a dia sejam desfeitos. Ademais, a realização de reuniões é uma das estratégias para que o trabalho interprofissional seja efetivado, contudo, a reunião por si só não é capaz de consolidar a prática colaborativa, sendo necessário a execução de outras estratégias de igual importância.

Nesse sentido, Ribeiro *et al* (2022) destacam a necessidade de atividades programadas para o trabalho interprofissional da equipe com espaços para o diálogo, discussão de casos e reorganização do processo de trabalho. O foco principal da EIP está justamente em envolver profissionais, estudantes e a comunidade do processo de trabalho em saúde de modo que todos os atores envolvidos estejam implicados no cuidado e na qualificação dos serviços oferecidos pela rede.

O desenvolvimento de estratégias de educação interprofissional dentro dos serviços de saúde se mostra como uma maneira resolutiva e eficaz para a implementação do trabalho colaborativo especialmente em equipes que reconhecem sua importância, mas, por diversos fatores, não o colocam em prática. Quando bem incorporada à rotina dos serviços, as práticas interprofissionais favorecem a cooperação solidária, o agir coletivo em território e maior sentimento de pertencimento à equipe. (RIBEIRO *et al*, 2022; CECCIM, 2018).

Todos os entrevistados relataram que existem dentro das agendas das unidades momentos reservados para reuniões de planejamento e discussão de casos complexos, bem como para a constante avaliação do processo de trabalho. Contudo, outras ferramentas importantes do trabalho interprofissional não foram mencionadas, como a execução de Projeto Terapêutico Singular, realização de interconsultas dentro e fora dos muros da unidade de saúde e outras ações em conjunto com os demais profissionais da equipe e da Rede de Atenção à Saúde (RAS), como evidenciado a seguir:

Quando a gente ia fazer o setembro amarelo, minha colega me ajudava, ela me ajudava a escolher uma arte, a fazer uma arte, a trazer assuntos atuais, que ela achava atual. Mas ela não ia fazer, o que compete ao psicólogo fazer. Cada um respeitava a outra área apesar de cada um ouvir atentamente o que todos diziam (E4)

Tudo é um conjunto, às vezes o enfermeiro atende primeiramente uma gestante e ele nota que seria um caso também para o médico, e aí já conversa comigo e passa para minha lista de atendimentos ou às vezes vice-versa, ou é uma mulher que precisa de uma prevenção então eu já falo com enfermeiro para ele atender, então lá tudo é coletivo. (E6)

Em ambos os depoimentos os residentes comentam que existe um diálogo prévio às realizações das ações e aos atendimentos que serão feitos, porém no momento da prática, cada profissional executa suas funções (seja o atendimento individual ou a execução de atividades grupais com os usuários) de forma isolada. Não há o compartilhamento com os demais colegas da equipe, representando resquícios de um modelo de cuidado ainda fragmentado sob uma perspectiva individualizada, quando cada profissional se responsabiliza apenas pela área específica ao seu núcleo de saber. Em suma, o planejamento é feito em conjunto, porém a prática é executada individualmente por profissional.

Em contrapartida, Furtado (2009) reforça a importância da interação entre as profissões, desde a integração entre os saberes disciplinares até o agir na coletividade para a organização do trabalho e a qualificação dos serviços. As parcerias firmadas, a abertura para conhecimento mais a fundo da área profissional do outro e o reconhecimento da necessidade da colaboração tanto no planejamento quando na execução das ações são os pilares de um trabalho interprofissional bem consolidado, e precisam ser estimulados nas rotinas dos serviços de saúde, visto que ainda há lacunas a serem preenchidas nesse sentido (ARRUDA e MOREIRA, 2018).

A interprofissionalidade no contexto das Residências em saúde

As Residências em Saúde são consideradas um modelo propício ao desenvolvimento da EIP, uma vez que se baseiam em metodologias ativas de aprendizagem e proporcionam a integração entre o residente e a equipe de profissionais atuante nos serviços, podendo relacionar a teoria com a prática, sendo impulsionados a desenvolver práticas colaborativas independentes de seu núcleo de saber (BRASIL, 2014). Ainda que se apresentem inúmeros desafios a serem superados, as RS se mostram capazes de promover a mudança de práticas nos serviços, qualificando a assistência e o cuidado em saúde, alinhadas aos princípios

do SUS, em que o usuário e a comunidade são vistos como protagonistas de todo o processo (BRASIL, 2014; ARAUJO et al, 2017; FLOR et al, 2022).

Sabendo que o caminho até a consolidação da interprofissionalidade no SUS não se dá em uma linha reta, mas cientes de que muito já foi alcançado apesar dos inúmeros desafios, reunimos nesta categoria temática as potencialidades e fragilidades que permeiam a relação da EIP e o processo formativo das RS, sob a perspectiva dos residentes.

Potencialidades da Educação Interprofissional na Residência

Questionamos aos participantes da pesquisa como eles percebem, em sua formação ao longo da residência, a aproximação com as diretrizes do SUS – em busca do cuidado em saúde centrado no paciente – e consequentemente o distanciamento do modelo tradicional biomédico:

Os programas de residência, eles já são/já fazem parte, na minha opinião, dessa mudança de paradigma de formas de trabalho (E1)

Um dos entrevistados identifica com clareza que a própria instituição da Residência em Saúde já se configura como uma estratégia de consolidação da Interprofissionalidade no SUS, reforçando, inclusive, o que diz a literatura sobre o tema, quanto à necessidade de disposição dos atores envolvidos em colaborar com a equipe:

Residência é uma das formas de se concretizar essa interprofissionalidade, esse trabalho interprofissional. Mas desde que os atores também estejam dispostos a troca de conhecimentos. (E1)

Ao inserir-se na residência, o profissional tem a oportunidade de se qualificar para atuar na atenção primária, desenvolvendo as competências necessárias para o trabalho colaborativo, superando lacunas que tenham existido na graduação, passando a atuar com visão mais ampliada sobre o cuidado em saúde centrado no paciente, na perspectiva da interprofissionalidade por meio de uma formação que

prioriza as metodologias ativas de aprendizagem. Aliado ao crescimento e aperfeiçoamento profissional, os programas de residência se consolidam como potentes meios de formação que qualificam o acesso e auxiliam na reorganização do processo de trabalho nos serviços (ARRUDA et al, 2028; FLOR et al, 2022).

Durante a graduação, muitos estudantes são formados sob a ótica uniprofissional, desenvolvendo apenas competências específicas à sua área de especialidade. Geralmente não são vistos esforços para atuação colaborativa interprofissional, valorizando-se um ambiente competitivo e individualista. Na contramão dessas ações, as residências multiprofissionais em saúde e a residência de medicina, família e comunidade buscam justamente a união dos diversos saberes em prol da qualificação do cuidado (LAGO et al, 2022).

A experiência que os programas de residência agregam através da promoção da interação entre residentes e profissionais já atuantes nos serviços se mostra potente na dissolução de barreiras que ainda cerceiam a APS no Brasil, como o cuidado em saúde na perspectiva do profissional, especialmente do médico sendo visto como detentor do saber e único responsável pela tomada de decisões (PINTO e CYRINO, 2022). Essa integração entre toda a equipe tem sido percebida como positiva pelos respondentes desta pesquisa, como demonstram os depoimentos obtidos abaixo:

Junto, a gente pensa formas, algumas estratégias pra contribuir na resolução daquele problema. É, dialogando com a equipe, realizando rodas de conversa, trazendo também um suporte teórico, e ali que a gente atuava junto. Dentro de cada problemática, junto com os profissionais, e tentando traçar estratégias pra resolver. (E5)

No PSF a gente precisa das outras profissões, por exemplo a agente saúde às vezes ele localiza o problema na área, o enfermeiro atua junto ajudando a gente também na medicina, às vezes a medicina também ajuda a questionar a enfermagem, o pessoal da recepção tem um papel importantíssimo, então eu acredito que eu desenvolvi durante a residência médica, essa função de trabalhar em coletivo. (E6)

Desde o primeiro momento que eu entrei na residência que eu tive o primeiro contato e eu já precisei da minha equipe, já tem uma boa relação a interprofissionalidade bem bacana. (E8)

A proposta metodológica dos programas de residência ao inserir o profissional/estudante nos serviços de saúde proporciona a formação de profissionais com visão ampliada do cuidado, reduzindo a fragmentação do cuidado e melhorando as relações interpessoais. Prevedello, Góes e Cyrino (2022) investigaram, através de uma revisão de escopo, a EIP nos processos de formação em saúde na graduação e nos programas de residência no Brasil. Para os residentes participantes da pesquisa, a promoção da EIP lhes proporcionou a integração de ações e saberes entre profissionais de diversas áreas assim como o reconhecimento do papel de todos para construção coletiva do cuidado, corroborando com os achados deste estudo.

Através dos relatos obtidos observa-se que os residentes encontraram nos serviços que se inseriram, espaços propícios para o diálogo e a troca de conhecimentos, demonstrando que os profissionais das equipes estavam dispostos a colaborar e exercer o diálogo e a troca de saberes com os residentes, fatores que são primordiais para o efetivo trabalho em equipe, uma vez que são necessários dois ou mais profissionais de diferentes áreas para a integração das práticas. Destarte, a experiência proporcionada pelo programa de residência permite que após a conclusão, os profissionais desenvolvam suas práticas voltadas ao trabalho colaborativo impactando diretamente na qualificação do cuidado e no fortalecimento do sistema de saúde.

Fragilidades da Educação Interprofissional na Residência

Como já mencionado anteriormente, a efetivação da interprofissionalidade nos serviços de saúde depende de uma série de fatores que vão desde a micropolítica e as normas de funcionamento de cada serviço até aspectos intrínsecos a cada profissional, perpassando por sua visão de mundo, formação inicial, crenças e valores. Para que o trabalho em equipe seja realizado de forma satisfatória, todos esses fatores devem estar bem alinhados e convergindo para o mesmo objetivo, portanto, as fragilidades encontradas no processo formativo das residências devem ser pontuadas e analisadas para que em novas experiências as lacunas sejam preenchidas.

A residência eu acho que ela tem um âmbito, pelo menos atualmente o que eu vejo, ela tem um âmbito muito mais assistencial do que acadêmico, então a gente mais é cobrado do que é ensinado vamos dizer assim. (E7)

A gente sente falta desta parte na formação da residência dessas reuniões desses encontros pautados muito nesses relatórios mais atuais (...) foi como eu te disse, nossa busca própria, nossa autonomia de buscar o conhecimento por conta própria mesmo. (E9)

Então essa parte interprofissional, por exemplo, do preceptor juntar todos os residentes não aconteceu. (E3)

As falas extraídas refletem a visão dos residentes do programa de medicina família e comunidade e mostram desalinhamentos (e certa frustração) quanto as expectativas que tinham ao iniciar o programa e o que de fato lhes foi oferecido. Araújo et al (2017) comentam quanto à importância de reconhecer e determinar o real papel dos residentes dentro dos serviços tanto por parte da equipe de saúde, quanto da gestão e da preceptoria, evitando o conflito entre as atribuições do profissional atuante no serviço e o estudante em formação. São observadas também dificuldades para execução de práticas colaborativas em decorrência de limitações dos profissionais inseridos da preceptoria que por muitas vezes priorizam práticas de saúde tradicionais e isoladas (FLOR et al, 2022; FLOR et al, 2023).

A própria metodologia dos programas de residência baseia-se no incentivo ao trabalho colaborativo interprofissional, sendo, portanto, de extrema necessidade que os programas proporcionem e conduzam momentos de qualificação e reflexão teórica acerca dessa temática para que todos os atores envolvidos estejam implicados no cuidado em saúde centrado no paciente trabalhando sob a mesma perspectiva. Do mesmo modo, a Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS) nos leva a repensar a formação em saúde se adequando às necessidades atuais, abandonando práticas obsoletas que hoje se mostram ineficazes no que diz respeito ao cuidado integral dos sujeitos. A PNEPS se mostra como sistema que deve ser incorporado nos ambientes de ensino em saúde formando profissionais de diferentes áreas capazes de trabalhar de forma colaborativa e interprofissional (ARAÚJO et al, 2017; FIGUEIREDO et al, 2022).

Buscando compreender como o incentivo ao trabalho colaborativo se dá dentro dos programas, os participantes da pesquisa foram questionados em qual momento da residência foram oferecidos momentos de capacitações para o efetivo trabalho em equipe, obtendo-se as seguintes respostas:

Não me recordo de terem tido essa preocupação, em nos qualificar para o trabalho em equipe. A equipe foi se conhecendo e foi andando aos trancos e barrancos (E3)

Se disser assim: 'teve uma oficina ou um momento específico pra falar sobre o trabalho em equipe' que eu lembre, não teve (E4)

Nunca teve nenhuma capacitação nesse sentido de trabalho coletivo na unidade de saúde (E6)

Os residentes relataram não haver espaços de Educação Permanente em Saúde (EPS) voltados ao trabalho interprofissional dentro do programa de residência, e que muitas vezes eles buscavam essa troca de informações entre si, por meio de grupos de *WhatsApp*, demonstrando que ainda existem fragilidades importantes no processo de formação das RS. Em contrapartida, nos serviços em que estiveram inseridos, existia a integração entre os demais profissionais, o que facilitou o desenvolvimento do trabalho em equipe.

Não podemos deixar de mencionar o momento atípico em que os residentes desenvolveram seus trabalhos nos serviços, iniciando suas atividades no contexto da pandemia do COVID-19 e sendo impulsionados a realizar atendimentos em situações adversas requerendo de todos os profissionais a capacidade de se adaptar à nova situação garantindo o cuidado de acordo com as novas demandas em saúde, o que pode ter sido uma barreira para a realização de momentos de qualificação para o trabalho interprofissional.

Considerando a Interprofissionalidade como parte importante da Educação Permanente em Saúde (EPS), é imprescindível que existam espaços a esta temática na formação em saúde atual, contudo, promover a EIP não é um trabalho fácil, ao contrário, é um caminho que passa por diversos obstáculos, e identificá-los e buscar estratégias de superá-los faz parte do processo. A efetivação da EIP exige do profissional e do sistema no qual ele está inserido a desconstrução de conceitos e

práticas que foram se estabelecendo ao longo dos anos, ultrapassando a vivência uniprofissional partindo para o trabalho pautado em mecanismos afetivos e colaborativos de trabalho (FIGUEIREDO et al, 2022).

Competências para o trabalho interprofissional

Desenvolver o trabalho em saúde no contexto da integralidade não está relacionado com atos e conhecimentos específicos de cada profissional; o cuidado integral se compõe por uma série de concepções e atitudes que vão sendo incorporadas ao longo do percurso formativo e de atuação profissional. Assim sendo, a EIP não se trata de uma técnica que pode ser ensinada através de métodos tradicionais, mas sim de um conjunto de competências que são adquiridas durante o aprendizado e a vivência com diferentes profissões, com visões de mundo diversas e nas interações interpessoais buscando sanar as demandas em saúde de um território e/ou usuário (VIANA e HOSTINS, 2022).

As competências essenciais ao desenvolvimento do trabalho colaborativo, listadas pelo CICH e já mencionadas anteriormente neste estudo, se dividem em: 1. Comunicação interprofissional; 2. Cuidado centrado no paciente, cliente, família e comunidade; 3. Clarificação de papéis profissionais; 4. Dinâmica de funcionamento da equipe; 5. Resolução de conflitos interprofissionais e 6. Liderança colaborativa (CICH, 2010). Considerando-as como os pilares para efetivação do trabalho colaborativo, se faz necessário que a formação em saúde contemple estratégias de desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências em seus alunos, para que os profissionais consigam lançar mão dessas habilidades em suas práticas.

Para identificarmos tais competências, utilizamos a seguinte questão norteadora: Na sua percepção, quais as competências de um profissional para atuar na Atenção básica ou na gestão do SUS?

Capacidade de gestão, de coordenação, de coordenação do cuidado, e ter autonomia mesmo para executar essas ações (E9)

Conhecer onde a população está inserida, a família daquela população, as crenças que um indivíduo tem sobre certas ações, até mesmo sobre algumas doenças, saber também que às vezes não se resume a doença em si, mas às vezes a psicologia o que é aquele paciente está sentindo, momento tá passando. (E6)

Aqui os residentes mencionam habilidades importantes para o desenvolvimento do trabalho interprofissional como a coordenação do cuidado e capacidade de gestão, que são explicitadas na competência de liderança colaborativa, sendo considerada como a habilidade de tomada de decisão compartilhada proporcionando relações de trabalho interdependentes entre os atores, facilitando o processo de trabalho eficaz e mediando a tomada de decisões na equipe. O entrevistado E6 menciona também a importância de se conhecer o território no qual está inserido levando em consideração suas especificidades, habilidade atribuída à competência do cuidado centrado no paciente, cliente, família e comunidade, em que os profissionais devem buscar o envolvimento dos usuários no planejamento das ações, incentivando a participação ativa da comunidade no desenvolvimento do cuidado e principalmente ouvindo ativamente as demandas trazidas pelos usuários, proporcionando o cuidado de acordo com as necessidades individuais e coletivas.

A comunicação interprofissional é considerada uma competência primordial no desenvolvimento de práticas colaborativas de trabalho, sendo responsável pela troca de conhecimentos entre os profissionais e entre profissionais e comunidade, viabilizando a relação de confiança entre os membros da equipe e os usuários, sem que nenhuma profissão se sobressaia em relação a outras. A capacidade de comunicar-se efetivamente foi mencionada por um dos entrevistados como fator decisivo na adesão do paciente ao cuidado em saúde:

Um dos principais é a habilidade de comunicação, porque dependendo da forma que a gente se comunica, a gente consegue é trazer o paciente para o para mais perto vamos dizer assim, ou a gente também consegue afastar o paciente. (E7)

Outra competência vista como importante para os colaboradores da pesquisa, foi a capacidade de resolução de conflitos interprofissionais, abordando de forma positiva os conflitos que por ventura surgirão no decorrer do processo de trabalho, lidando sempre de maneira construtiva ouvindo todos os sujeitos envolvidos na busca de solucionar os problemas de forma conjunta e colaborativa.

Precisa ser resiliente (...) você precisa querer e querer entender o SUS, como ele funciona (E3)

Tem que ser um profissional polivalente que priorize a interdisciplinaridade, precisa dominar os instrumentos de planejamento, entre outros (E4)

A dinâmica de funcionamento da equipe requer do profissional o conhecimento do funcionamento da equipe, dos seus princípios e refletindo constantemente acerca do processo de trabalho em andamento com o objetivo de desenvolver práticas interprofissionais colaborativas eficazes. Por fim, a clarificação de papéis exige dos profissionais a compreensão de seu próprio papel e das outras profissões integrando as funções de todos os membros da equipe a fim de estabelecer e atingir os objetivos do paciente e da comunidade.

Apesar de os respondentes não explicitarem em suas falas cada uma das competências listadas na literatura, foi possível associar adequadamente os depoimentos com os conceitos de cada competência, demonstrando que o processo de formação está incentivando a mudança de práticas do cuidado em saúde abandonando ações centradas no modelo biomédico e valorizando a interdependência entre as profissões na construção conjunta do cuidado, pensando no paciente/comunidade como o protagonista do cuidado. Dessa forma, os profissionais tendem a finalizar o processo formativo da residência e levar para seu exercício profissional as habilidades e competências necessárias ao bom desenvolvimento do trabalho interprofissional.

As residências no Sertão: potencialidades e fragilidades da interiorização

Os dois programas objetos desta pesquisa executam suas atividades na região do sertão da Paraíba, distando cerca de 400 quilômetros da capital do estado. A distância geográfica dos grandes centros urbanos pode ser considerado um entrave na fixação de profissionais de saúde, especialmente os da área médica, gerando grande rotatividade de profissionais e conseqüentemente o cuidado fragmentado, sem a criação de vínculo adequado para o bom funcionamento da APS (PORTELA et al, 2017).

Com a ida dos programas de residência para regiões onde há limitações de oferta de serviços de saúde e a partir da utilização dos dispositivos da RAS como cenários de prática, viabiliza-se o desenvolvimento de habilidades e competências interprofissionais adequadas à realidade local ao mesmo tempo que facilita o acesso ao cuidado qualificado para os usuários dessas regiões (FLOR et al, 2023; MAGNAGO et al, 2017; PORTELA et al, 2017).

Acesso à Rede de Saúde e o fortalecimento de vínculos

Apesar dos inegáveis benefícios da instalação dos programas em regiões do interior, os residentes e egressos relatam que encontraram desafios inerentes à localização regional dos serviços no que se refere ao acesso à rede de serviços:

A impressão que dá é que a medida em que vai se interiorizando aqui na Paraíba as coisas vão piorando um pouco em relação a algumas áreas, inclusive a saúde (...) muito mais precária, até mesmo em questão de infraestrutura. (E1)

Coisas básicas que a gente poderia resolver no PSF, a gente as vezes não consegue resolver por falta de instrumentos, falta de medicações, entre outros... Em cidades maiores isso possa não ocorrer. (E6)

Por ser no interior a gente tem um pouco de dificuldade em relação a encaminhamentos, especialistas. (E8)

De acordo com as falas dos respondentes, a população do sertão encontra barreiras importantes quando necessitam dos serviços de maior complexidade em decorrência da falta de estrutura e recursos humanos especializados e até mesmo dentro da própria atenção primária, com o impedimento de resolver demandas devido à escassez de insumos. Levando em conta que cada região do país conta com suas individualidades, cultura e demandas específicas, não existem regras que uniformizem o acesso aos serviços da RAS, cabendo aos gestores e atores envolvidos lançar mão das ferramentas existentes para promover o cuidado mais equitativo mesmo nas localidades mais distantes dos centros de referência em saúde (VICARI, LAGO e BULGARELLI, 2022).

Para que os profissionais saiam do processo formativo aptos a prestar assistência qualificada em todos os níveis da atenção, é necessário a oferta de condições estruturais e materiais adequadas à execução das práticas. Ademais, a escassez de insumos e dificuldades de acesso a outros setores da RAS como especialidades médicas e realização de exames mais complexos são fatores que contribuem para a migração de profissionais para localidades com maior infraestrutura e melhores condições de execução do trabalho (MAGNAGO et al 2017; PIERANTONI et al 2019).

Tais fatores devem servir como balizadores para os gestores municipais e estaduais na tomada de decisão quanto à alocação de recursos financeiros e investimentos na rede de saúde, buscando estratégias para melhorias e qualificação do acesso aos serviços evitando a rotatividade de profissionais e o cuidado fragmentado e insuficiente para a população.

Contudo, o fato de o programa se desenvolver no interior é visto como positivo quando se observa pelo olhar da geração de vínculo com a comunidade, como percebido pelo entrevistado E7:

Aqui no Sertão a gente acaba entrando mais na casa das pessoas, acaba vivenciando mais isso, então meio que a gente faz parte da família. (E7)

Essa geração e fortalecimento de vínculo citada pelo entrevistado, o “fazer parte da família”, se traduz na longitudinalidade do cuidado, um dos atributos da APS, que quando bem estabelecido, produz um cuidado mais eficaz, com a redução de encaminhamentos em excesso e a realização de procedimentos que não são necessários para aquele usuário (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013). Uma vez que a equipe conhece bem cada família de seu território, consegue perceber suas reais necessidades e assim planejar estratégias de cuidado integral muito mais eficientes que apenas realizar encaminhamentos que costumeiramente são solicitados.

A construção do vínculo não depende apenas da equipe de saúde, mas também da disponibilidade do usuário em participar ativamente dos serviços oferecidos pela ESF, e nas regiões interiores e de menor porte essa cooperação pode ser facilitada em decorrência da rotina e do perfil da população, que tende a estar mais próxima aos serviços – inclusive geograficamente – a “abraçar” com maior

intensidade as ações promovidas pelos profissionais, viabilizando o acolhimento em via de mão dupla: da equipe com o território e deste com os profissionais.

Para Santos, Romano e Engstrom (2018), a construção do vínculo culmina no empoderamento do usuário para seu autocuidado desde que o serviço lhe dê garantias de acesso e acompanhamento integral para atender suas demandas de maneira satisfatória. Na visão dos respondentes desse estudo, a região do sertão paraibano apresenta ainda um acesso fragmentado causado por barreiras geográficas e políticas, que vão desde a escassez de insumos de trabalho básicos, como medicamentos, até o difícil acesso a serviços mais especializados que por vezes se fazem necessários na complementação diagnóstica e terapêutica dos usuários, fatores que podem impactar na qualidade do cuidado e na adesão do sujeito aos serviços da APS.

Precarização dos vínculos de trabalho e as interferências políticas

A elaboração dessa subcategoria se deu a partir da necessidade de abordar, ainda que brevemente, algumas questões que emergiram nos depoimentos dos residentes em relação aos vínculos de trabalhos pelos quais os demais membros da equipe estavam ligados e a existência de interferências políticas no processo de trabalho das equipes.

A questão política interfere muito na contratação de profissionais eficientes, muita gente ainda funciona por indicação política (E4)

Cerca de 40% dos trabalhadores do SUS no Brasil possuem vínculos laborais instáveis, dependendo de conjunturas e indicações políticas para se manterem nos seus empregos (LIMA e ANDRIOLA, 2018). Os contratos temporários são vistos como pontos de fragilidade para o funcionamento do trabalho em equipe uma vez que gera rotatividade de profissionais a cada período de troca de gestores municipais e muitas vezes são indicados para ocuparem cargos na APS profissionais fora do perfil adequado, sem capacitações e/ou experiências adequadas. Essa instabilidade de vínculo pode contribuir para desestímulo do trabalhador e menor engajamento na realização do trabalho colaborativo com a equipe no qual está inserido (FLOR et al 2021).

A política da saúde como moeda de troca por votos em regiões interiores é um hábito bastante conhecido e até visto como normal de tão enraizado que se encontra especialmente em regiões menos desenvolvidas. O clientelismo – a troca de bens e serviços por votos – muitas vezes é a base de sustentação da manutenção dos cargos de inúmeros políticos.

Santos e Rodrigues (2014) veem a prática do clientelismo como problemática quando se permite a nomeação de parentes e amigos dos gestores para a ocupação dos mais diversos cargos públicos. O mesmo acontece na oferta de serviços em saúde, sendo oferecida a realização de exames de média e alta complexidade e consultas com especialistas em troca de votos no período eleitoral, fatos percebidos na prática pelos respondentes desse estudo:

Aqui no sertão a política predomina, é o maior desafio da gente em relação à política porque os gestores eles não entendem o papel do residente dentro da unidade, eles acham que o médico está lá é igual ao médico como qualquer outro, tem que trabalhar e atender pacientes, e não é dessa forma, a gente sofre bastante com isso todos os dias, pressão (E8)

No Sertão existe muita politicagem, muitos serviços, a saúde por troca de serviços em virtude da política (...) querendo que a gente realizasse um ou outro serviço, por exemplo, com a solicitação de um exame que às vezes a gente nem avaliou o paciente, que às vezes nem critério para ser solicitado porque foi vereador tal que pediu (E9)

Quando observamos a política do SUS e a Constituição Brasileira fica claro que o direito à saúde deve ser ofertado de modo equânime a todos os cidadãos, independente de suas visões políticas, religiosas, sociais e econômicas. Porém, quando partimos para analisar os arranjos políticos locais, especialmente do corpo legislativo, são intensas as interferências desses na intermediação entre usuário e serviços de saúde. A população, por sua vez, fragilizada diante de suas demandas em saúde, se apoia no poder exercido pelos políticos para conseguirem a resolução de seus problemas de forma mais rápida, fazendo girar o ciclo da exploração do clientelismo em decorrência do adoecimento das pessoas (VIEIRA, 2015).

Dessa forma, o que acontece com o acesso aos serviços daqueles usuários que não garantiram seus votos para o político envolvido nessas questões? Condutas

como essa interferem em todo o funcionamento da RAS, inclusive no processo de trabalho das equipes, sendo exigido que profissionais solicitem exames, prescrevam medicações e realizem condutas sem sequer conhecer o usuário e suas reais necessidades, gerando maior tempo de espera e muitas vezes bloqueando o acesso a quem de fato necessita das condutas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que concerne ao desenvolvimento de competências para o trabalho interprofissional, apesar de diversos desafios encontrados no processo de formação, os residentes e egressos relataram ter adquirido e/ou aperfeiçoado habilidades para o efetivo trabalho em equipe a partir da participação nos programas, tendo encontrado nos serviços nos quais se inseriram, espaços propícios ao compartilhamento de saberes, fator determinante no desenvolvimento da EIP. A partir das falas dos colaboradores desta pesquisa, foi possível compreender os elementos da Interprofissionalidade, e mesmo não estando apropriados dos conceitos, eles mencionaram a importância da colaboração entre os profissionais, a clareza de papéis de cada um na equipe, o compartilhamento de objetivos e a atenção centrada no usuário como competências para o desenvolvimento do trabalho interprofissional.

A proposta metodológica de ensino nos serviços, adotada pelos programas de residência em saúde, proporciona a qualificação do cuidado ao mesmo tempo em que forma profissionais alinhados com as novas demandas em saúde, voltados para o trabalho colaborativo na perspectiva interprofissional. Ao inserir-se nos serviços ainda durante o processo formativo, os residentes conseguem associar os conhecimentos teóricos diretamente com a prática, intercambiando as informações e as ações por eles realizadas.

Considerando que atualmente as políticas públicas em saúde convergem para o incentivo ao trabalho em equipe interprofissional, melhoria do acesso e qualificação do cuidado integral ao usuário na APS, ainda há barreiras a serem superadas, como a escassez de recursos estruturais e humanos para complementar a RAS e facilitar o acesso aos serviços de saúde, alguns entraves políticos regionais que levam à confusão de papéis dos residentes inseridos nas unidades de saúde e o próprio processo formativo das RS no sentido de promover qualificação em educação permanente voltado à EIP ofertando as ferramentas necessárias para mudanças de práticas dos profissionais. Portanto, é imprescindível a integração entre os serviços de saúde, as Instituições de Ensino ofertante desses programas e a gestão municipal/estadual na busca de superar os desafios e proporcionar experiências mais satisfatórias a todos os envolvidos no processo: estudantes, equipe de saúde e a comunidade.

A consolidação de programas de residência em regiões como o sertão paraibano é um grande avanço na oferta de cuidado qualificado, podendo contribuir também com a fixação desses profissionais na localidade, evitando a migração para os grandes centros após a conclusão do percurso formativo.

Estudos como esse colocam em evidência iniciativas exitosas de implementação da EIP e podem servir como base para tomada de decisões no processo formativo das RS. É importante ressaltar que essa pesquisa apresenta algumas limitações que devem ser levadas em consideração: o momento de coleta dos dados se deu com residentes e egressos que desenvolveram suas atividades no período da pandemia do COVID-19, o que pode ter implicado em novos arranjos no processo de trabalho.

Por se tratar de uma pesquisa transversal, não foi possível observar como se dava a EIP nas RS antes da instalação da pandemia e avaliar se houve mudanças nos momentos de qualificação em Educação Permanente voltado a esta temática e ofertados pelos programas, ponto considerado pelos respondentes como deficitário no processo formativo. Contudo, durante todo o percurso do estudo

Portanto, mais pesquisas nesse sentido devem ser realizadas, incluindo também a visão da equipe de saúde que recebe os residentes buscando compreender com maior profundidade as questões inerentes à EIP na formação em saúde e o impacto causado nos serviços.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, J. P. O., et al. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v.7, n.10, p.5944 – 5951, 2013.

ARAÚJO, T. A. M., et al. Multiprofessionalism and interprofessionalism in a hospital residence: preceptors and residents' view. *Interface (Botucatu, Online)*. V. 21 n, p. 601 – 613, 2017.

ARAÚJO, H. P. A., et al. Multiprofessional family health residency as a setting for education and interprofessional practices. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.29, e. 3450, 2021.

ARRUDA, L. S., MOREIRA, C. O. F. 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** [online]. v. 22, n. 64, p.199-210, 2018.

ARRUDA, G. M. M. S., et al. O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. V. 22, p. 1309-1323, 2018.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições. v70, 2014.

BARR, H. Competent to collaborate: Towards a competency based model for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**. V. 12, n. 2, p. 181-18, 1998.

BERNARDO, M. S., et al. A formação e o processo de trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia inovadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 73, n. 6, p. e20190635, 2020.

BRAGA, K. L. A Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba. In: Medeiros, GA, Morais RM, Beltrammi DGM, Nóbrega RV, Cintra VM. (Org.) **Residências Médicas do Estado da Paraíba: integrando teorias e práticas**. João Pessoa - PB. Ideia, 2020.

BRASIL. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 jul. 2005.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Ministério da Saúde. **Lei orgânica da saúde**. 2a ed. Ministério da saúde. Assessoria de Comunicação Social. Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008.** Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET- Saúde. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Diário Oficial da União. 27 ago. 2008.

BRASIL. **Construindo caminhos possíveis para a Educação Interprofissional em Saúde nas Instituições de Ensino Superior do Brasil.** Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde. p 26, 2018.

BRASIL. **Parecer nº 1.133 de 7 de outubro de 2001.** Dispõe as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação de Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição e Odontologia. Ministério da Saúde/Educação. Brasília, DF, 7 out. 2001.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 16, de 22 de dezembro de 2014.** Ministério da Educação. Brasília, DF. 16 dez. 2014.

CAIPE. Centre for the Advancement of Inter Professional Education. **United Kingdom, 2002.**

Canadian interprofessional health collaborative. A National competencies for interprofessional collaborative practice, Canada, 2016.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 22, n. Suppl 2. p. 1739-1749. 2018.

CHRISTÓFARO, M. A. C., **Trabalho em equipe.** Belo Horizonte, MG. Nescon/UFMG, 2020.

COSTA, M. V. A potência da Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI, R.F.C. (org.). 1 ed. **Interprofissionalidade e formação em saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Rede Unida. p.14-27. 2017.

COSTA, M. V, et al. A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface.** Botucatu, v. 22, n.Supl 2. p. 1507-1510, 2018.

D'AMOUR D., et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Serv Res.** V.8 8:188. doi: 10.1186/1472-6963-8-188. 2008.

ESCALDA, P., & Parreira, C. M. S. F. Dimensions of interprofessional work and of collaborative practices developed at a primary care unit by a Family Health team. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** v. 22 n 2, p.1717-1727, 2018.

FERNANDES S.F., et al. Interprofessional work in health in the context of the COVID-19 pandemic: a scoping review. **Revista da Escola de Enfermagem da USP.** v. 55. p.1980-2020. 2021.

FIGUEIREDO, E. B. B. DE., et al., Educação Permanente em Saúde: uma política interprofissional e afetiva. **Saúde em Debate**, v.46, n. 135.p.1164-1173, 2022.

FORTE, F. D. S. et al. **Manual de Coleta da pesquisa**: a educação permanente e a Interprofissionalidade nas Residências em Saúde na Paraíba. Projeto Financiado pelo PP SUS – FAPESq – e PIBIC CNPq/UFPB João Pessoa, 2021.

FREIRE FILHO, J.R.; SILVA, C.B.G. Educação e Prática Interprofissional no SUS: o que se tem e o que está previsto na política nacional de saúde. In: TOASSI, R.F.C. (org.) 1 ed. **Interprofissionalidade e formação em saúde: onde estamos?** Porto Alegre: Rede Unida, p.28-40. 2021.

FLOR, T. B. M., et al. Formação na Residência Multiprofissional em Atenção Básica: revisão sistemática da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 03 pp. 921-936. 2022.

FLOR, T. B. et al. Admission of alumni from Multiprofessional Residency Programs into the SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, e.88 2021.

FLOR, T. B. M. et al. Análise da formação em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: perspectiva dos egressos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.28, n.1. p.479-498 2023.

FURTADO, J.P. FLOR, T. B. M. et al. Análise da formação em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: perspectiva dos egressos. **Ciência e Saúde Coletiva. Cad Bras Saude Mental**. V.1-11. p. 281-290 2009

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad Saude Publica**. V. 34 n. 8. p.489-503, 2018.

GURAYA, S.Y., BARR, H. The effectiveness of interprofessional education in health care: A systematic review and meta-analysis. **The Kaohsiung Journal of Medical Sciences**. v.34. p.160-165, 2018.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE (IPEC). **Core Interprofessional Competency Framework**. Vancouver: University of British Columbia, 2010.

JONES, J., HUNTER, D. Usando o Delfos e a técnica do grupo nominal na pesquisa em serviços de saúde. In: Pope C, Mays N (Org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Editora Artmed. p.51-60. 2005.

LAGO, L. P. M. et al. Resistance to interprofessional collaboration in in-service training in primary healthy care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. e20210473 2022.

LEITE, A. P. T. et al. Residência em Medicina de Família e Comunidade para a formação de recursos humanos: o que pensam gestores municipais? **Ciência e Saúde Coletiva**. v.26.n.6. p.2119-2130, 2021.

MAGNAGO, C. et al. Nurse training in health in different regions in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, suppl 1, p. s219- s228, 2017.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo. v.5. n.7. 2017.

MINAYO, M. C. S., COSTA, A. P. Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. **Revista Lusófona de Educação**. Portugal. 2018.

MORAES, B. A; COSTA, N. M. S. Understanding the curriculum the light of training guiding health in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.50. p.09-16, 2016.

OGATA, M. N. et al. Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.55. p. e03733, 2021.

Organização Mundial da Saúde. Redes de profissões de saúde. Enfermagem e obstetrícia. Recursos humanos para a saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra, CH: RPSEORHS; 2010.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V. 66, p.158-164 2013.

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, DC: PAHO; 2017.

PREVEDELLO, A. S., GÓES, F. DOS. S. N. DE., CYRINO, E. G. Educação Interprofissional na formação em saúde no Brasil: scoping review. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.46, n. 3, p. e110 2022.

PEDROTTI, G., KEMCZINSKI, A., PEREIRA, K. Interdisciplinaridade: e suas relações com a intradisciplinaridade, multidisciplinaridade e transdisciplinaridade, **Revista Caribeña de Ciencias Sociales**, 2019.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista Saúde Pública**. 35 n. 1. p.103-109 2001.

PEDUZZI, M., et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco no usuário. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, SP. v 47. n 4. p. 977-983 2013.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho Em Equipe: Uma revista ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**. v.18, suppl 1. p. e002467 2020.

PEDUZZI, M., AGRELLI, H. F. Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, v.22, n. Suppl2. p. 1525-1534, 2018.

PEREIRA, M. F. Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 22, n. Suppl2. P 1753-1756. 2018.

PEDUZZI, M., LEONELLO, V. M., CIAMPONE M. H. T. Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa. In: Paulina Kurcgant. (Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 103-114. 2016.

PIERANTONI, C. R. et al. Graduação em saúde: oferta e estratégias para o fortalecimento da regionalização do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 35. suppl 2, p. e000066018 2019.

PINTO, T. R., CYRINO, E. G. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na conformação das redes prioritárias de atenção. **Interface**. V 26. p. e20070. 2022.

PORTELA, G. Z., et al. Recursos humanos em saúde: crise global e cooperação internacional. **Ciência e saúde coletiva**, v.22, n. 7, p. 2237-2246 2017.

REEVES, S., XYRICHIS, A., ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of professional practice. **J Interprof Care**. V. 32 n. 1, p. 1-3 2018.

RIBEIRO, A. A., et al. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. **Escola Anna Nery [online]**. v. 26. p. e20210141 2022

SALOMÃO, A. M. A., et al. Residência Integrada como dispositivo para formação multidisciplinar em saúde. **Formação e ensino na saúde: Saberes, métodos e experiências**/ Antonio G.A. Pinto, Heraldo S. Ferreira, Cleide Carneiro, (org.) -1.ed.- Fortaleza, CE: Editora UECE, p.152-176. 2020.

SANTOS, D. L., RODRIGUES, P. H. A. Política, atenção primária e acesso a serviços de Média e Alta Complexidade em pequenos municípios. **Saúde em Debate**, 2014 v. 38, n 103. p. 744-755 2014.

SANTOS, R. O. DOS., ROMANO, V. F.; ENGSTROM, E. M. Vínculo longitudinal da Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.28, n. Physis, 2018 v. 28 n. 2, p. e280206 2018.

SANTOS, D. S., MISHIMAS. M., MERHYE, E. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.23. n.3. p.861-870 2018.

SAUPE, R., et al Conceito de competência: validação por profissionais de saúde. **Saúde Revista**. Piracicaba, v.8. n.18. p.31-37 2006.

SILVA, F. A. M., CASSIANI, S. H. B., FREIRE, F. JR. Interprofessional Health Education in the Region of the Americas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.27. p. e-110, 2018.

SILVA, C. A., ARAÚJO, M. D. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**. v.21, n.1. p. 200-209, 2018.

SILVA, L. S., NATAL, S. Residência Multiprofissional em Saúde: Análise da Implantação de dois Programas Pela Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 17, n. 3. p. e.0022050 2019.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**. v.21.n.1. p. 200-209, 2018.

SOUSA, M. F., MENDONÇA, A. V. M. Pesquisa Qualitativa Em Saúde: Ensaio Para Tempos De Pandemia in: **Métodos e técnicas de pesquisa qualitativa em saúde** [livro eletrônico]: volume1/ organização: Mendonça A V M, Sousa M F. --1. ed.-- Brasília, DF: ECoS, p.17-30. 2021.

SOUZA, S. V. FERREIRA, B. J. Preceptoria: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde. **ABCS Health Sci**. v.44.n.1. p. 15-21, 2019.

TOMPSEN, N. N., et al. Educação interprofissional na graduação em Odontologia: experiências curriculares e disponibilidade de estudantes. **Revista de Odontologia da UNESP**. v.47.n.5. p. 309-320, 2018.

VENDRUSCOLO, C., SILVA, M. T., KLEBAM, E. Integração Ensino-Serviço-Comunidade Na Perspectiva Da Reorientação Da Formação Em Saúde. **Sustinere**. v.5.n.2. p.245-259, 2017.

VIEIRA, A. C. CLIENTELISMO E SERVIÇOS DE SAÚDE. **Revista de Políticas Públicas**, [S. l.], v. 6, n. 1, p. 9–40, 2015.

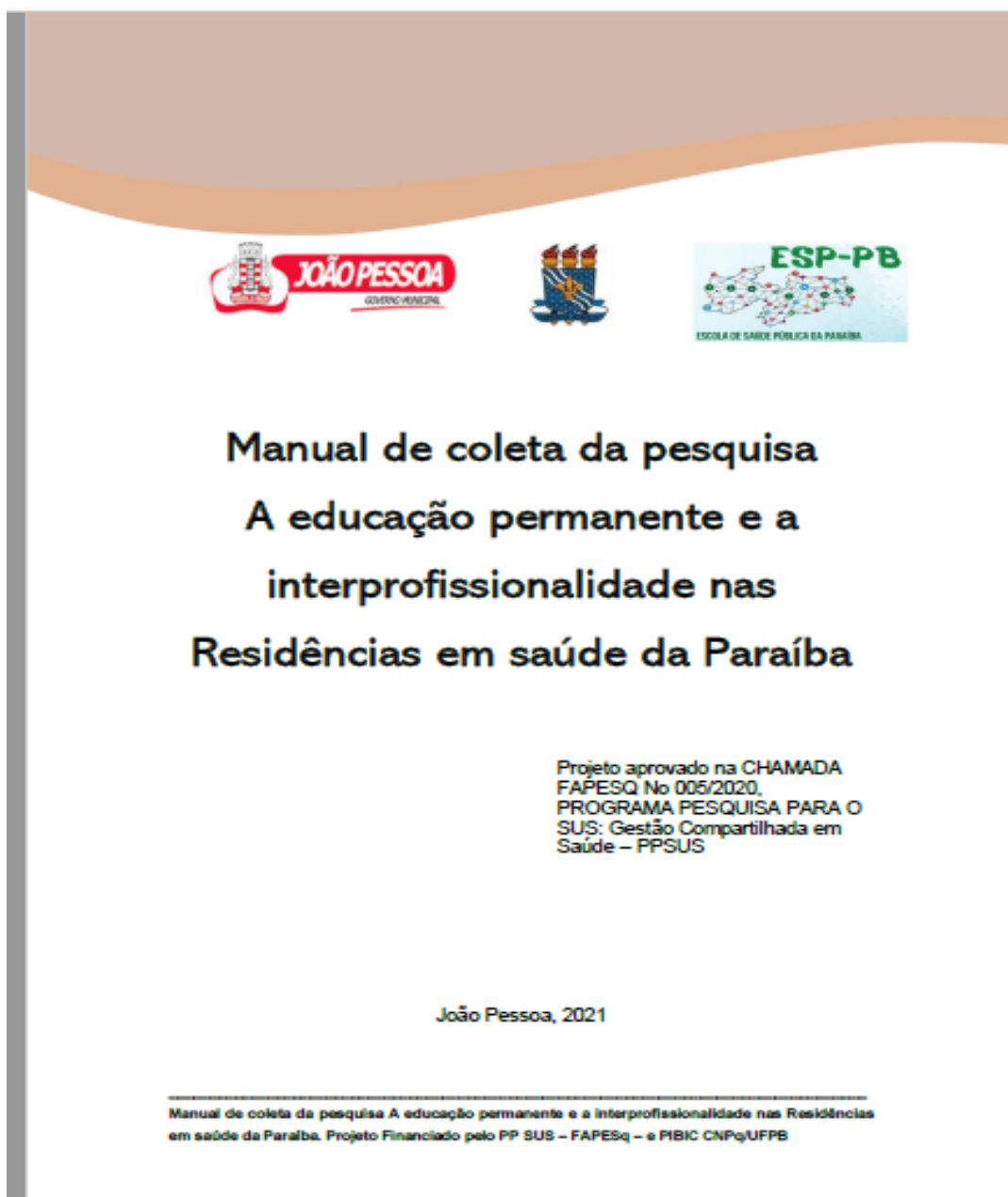
VICARI, T., LAGO, L. M., BULGARELLI, A. F. Realidades das práticas da Estratégia Saúde da Família como forças instituídas do acesso aos serviços de saúde do SUS: uma perspectiva da Análise Institucional. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 132, p.135-147, 2022.

VIANA, S. B. P.; HOSTINS, R. C. L. Educação Interprofissional E Integralidade Do Cuidado: Uma Leitura Filosófica Contemporânea Dos Conceitos. **Educação em Revista**, v.38, n.38, p. e11621 2022.

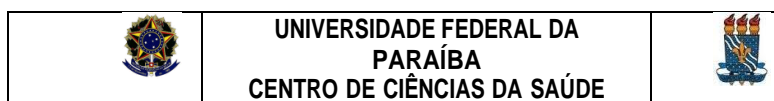
APÊNDICE A – Entrevista semiestruturada

De que forma a sua experiência na Residência ano passado dialoga com o movimento de reorientação da formação e do trabalho em saúde no contexto do SUS?
Fale-nos sobre o Programa de Residência estar no interior da Paraíba
Na sua percepção quais as competências de um profissional para atuar na Atenção básica ou na ESF ou gestão do SUS?
Na sua percepção, a aprendizagem vivenciada no Programa de Residência em Saúde favoreceu a mudança de práticas, de atitudes pessoais em seu processo de trabalho? Se sim, descreva/exemplifique. Se não, por quê?
O Programa de Residência em Saúde exerceu influência sobre o entendimento de SUA PRÁTICA na perspectiva da gestão/cuidado integral e humanizado à saúde?
Na perspectiva da gestão/cuidado integral e humanizado, quais práticas e tecnologias do cuidado você passou a empregar no cotidiano da equipe na qual você atua/atuou, após a realização do Programa de Residência em Saúde?
Como você compreende a educação permanente em saúde a partir de sua experiência na Residência?
Como foi o desenvolvimento da educação permanente em saúde durante a Residência? Detalhe algumas práticas vivenciadas, potencialidades e fragilidades.
Com base em sua experiência na Residência e sua inserção nos serviços de saúde fale-me sobre suas percepções sobre a realidade do trabalho em equipe?
Em que momento você acha que desenvolveu competências para o trabalho interprofissional/colaborativo?
Em que momento houve na Residência qualificação para o efetivo trabalho em equipe?
Como você compreende a educação interprofissional a partir da Residência?
Fale-me sobre o trabalho em equipe na perspectiva da colaboração na residência.
Fale-me sobre as fragilidades percebidas para o trabalho colaborativo?
Você tem sugestões ou recomendações para o fortalecimento da EPS e da educação interprofissional e práticas colaborativas nas Residências

APÊNDICE B - Manual de Coleta de Dados



ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Título do projeto: A educação permanente e a interprofissionalidade nas Residências em saúde da Paraíba

Pesquisador responsável: Franklin Delano Soares Forte

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Franklin Delano Soares Forte, professor da Universidade Federal da Paraíba e equipe, pretendemos realizar uma pesquisa intitulada, **A educação permanente e a interprofissionalidade nas Residências em saúde da Paraíba**, cujo objetivo é compreender a percepção dos Residentes sobre a educação interprofissional, práticas colaborativas e a educação permanente em saúde nas Residências e analisar o perfil dos egressos das Residências, compreensão sobre sua formação, inserção no mercado e trabalho.

Caso você decida participar, você deverá participar das entrevistas com gravação de voz por meio de um aparelho eletrônico e digital. E para os egressos, vocês responderão a um questionário. Durante a realização da entrevista a previsão de risco é mínima. Pode acontecer um desconforto para você durante sua condução, pois você responderá sobre o desenvolvimento de suas atividades como Residente, no entanto estes riscos serão minimizados por meio da confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas e pela total liberdade para se recusar a responder perguntas que lhe cause constrangimento de qualquer natureza ou de desistir da pesquisa no momento em que julgar conveniente sem nenhum prejuízo. Esta pesquisa será observada a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

A sua participação não garantirá benefícios individuais, mas contribuirá na produção de conhecimentos favoráveis à reflexão e discussões acerca dos Programas de Residência na Paraíba. Você ficará com uma cópia deste documento, sendo-lhe imputado o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo para você. Os dados que você irá fornecer serão transcritos em papel, e após analisados na finalização do estudo, serão arquivados em local seguro na UFPB sob a responsabilidade do pesquisador. Sendo divulgados apenas em congressos ou publicações científicas, garantindo-se o anonimato dos participantes.

Informamos que a sua participação é voluntária e que não será prejudicado de nenhuma forma caso não aceite colaborar com o estudo, sendo também garantido ao participante, o direito de desistir em qualquer fase da pesquisa, em qualquer tempo, sem que essa decisão o prejudique. Caso deseje informações sobre o nosso trabalho, por favor, ligue para Dr. Franklin Forte (83)32167251 ou também com o Comitê de ética no endereço Cidade Universitária, s/n, Castelo Branco ou através do telefone (83)3216-7791 ou e-mail eticaccs@ccs.ufpb.br.

Esperamos contar com seu apoio, desde já agradeço a sua colaboração.

Atenciosamente, O Coordenador da Pesquisa.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu..... RG nº

li a

descrição do estudo e, não havendo qualquer dúvida, concordo em participar da pesquisa.

Confirmando que recebi cópia do termo de esclarecimento para participação na pesquisa. Compreendo que minha participação é voluntária e que posso desistir de continuar o estudo. Autorizo a liberação dos dados obtidos para apresentação em eventos científicos e publicações, desde que minha identidade seja protegida. J. Pessoa, de de.....

Assinatura do Responsável Legal

ANEXO B- CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A educação permanente e a interprofissionalidade nas Residências em saúde da Paraíba

Pesquisador: FRANKLIN DELANO SOARES FORTE

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 37477420.1.0000.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.375.901

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um protocolo de pesquisa egresso do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, do CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, da UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, sob a coordenação de Franklin Delano Soares Forte, constando como membros da equipe de pesquisa: Islany Costa Alencar, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa, PEDRO ALBERTO LACERDA RODRIGUES, LUCIANA MARIA PEREIRA DE SOUSA, FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA, LUANA RODRIGUES DE ALMEIDA, ADRIANA MARIA MACÊDO DE ALMEIDA TÓGOLI e DAVI ALVES DA SILVA.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) sinalizou a necessidade de reflexão sobre uma formação profissional mais contextualizada e coerente com as demandas concretas das populações. Assim, é importante a reflexão sobre a prática e a teoria, aliada ao diálogo com agentes responsáveis pela saúde e pela educação, lideranças comunitárias e toda a comunidade, visando a compreensão dos problemas sociais e discutindo compromissos em comum na formação e na atenção à saúde. Visando profissionais implicados com a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio de uma atuação de excelência (Frenk et al., 2010).

Assim compreende-se os dois sistemas de saúde e o de educação como interdependentes. É preciso a construção de pontes entre os sistemas e criação de espaços de diálogo para a

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 58.051-900
UF: PB **Município:** JOAO PESSOA
Telefone: (83)3216-7791 **Fax:** (83)3216-7791 **E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA -
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 4.432.697

Outros	RMFCUFPB.pdf	08:42:08	SOARES FORTE	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAOCEFOR.pdf	31/08/2020 08:40:42	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito
Outros	DECLARACAOPPGSC.pdf	31/08/2020 08:38:42	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_REITORIA.pdf	24/08/2020 11:30:51	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PESQUISADORES.pdf	24/08/2020 11:29:28	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 01 de Dezembro de 2020

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br