



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA  
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”  
FACULDADE DE MEDICINA**

**Lucas Cardoso dos Santos**

**As aproximações da educação e prática  
interprofissional colaborativa em Residências  
Multiprofissionais em Saúde**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita  
Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do  
título de Doutor em Enfermagem.  
Área de concentração: Cuidado em saúde e Gestão  
de sistemas

Orientadora: Profa. Wilza Carla Spiri

Coorientadora: Prof. Dr. Marcelo da Costa Viana

**Botucatu  
2022**

LUCAS CARDOSO DOS SANTOS

**As aproximações da educação e prática  
interprofissional colaborativa em Residências  
Multiprofissionais em Saúde**

---

Tese apresentada à Faculdade de Medicina,  
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita  
Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do  
título de Doutor em Enfermagem.  
Área de concentração: Cuidado em saúde e Gestão  
de sistemas

Orientadora: Profa. Wilza Carla Spiri  
Co-orientador: Prof. Dr. Marcelo da Costa Viana

Botucatu  
2022

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Santos, Lucas Cardoso dos.

As aproximações da educação e prática interprofissional colaborativa em Residências Multiprofissionais em Saúde / Lucas Cardoso dos Santos. - Botucatu, 2022

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Wilza Carla Spiri

Coorientador: Marcelo Viana da Costa

Capes: 40400000

1. Enfermagem. 2. Equipes de saúde. 3. Educação.  
4. Relações interprofissionais. 5. Educação interprofissional.

Palavras-chave: Educação; Educação interprofissional; Equipe de saúde; Relações interprofissionais.

*Dedicatória*

*Agradecimentos*

---

## DEDICATÓRIA

*Aos meus pais Edmo Cardoso dos Santos e Maria Aparecida Oliveira Cardoso, por terem sempre se doado para proporcionar o melhor no cuidado aos filhos. Obrigado por me permitirem compartilhar da minha vida com vocês (cada vez mais)! Vocês fazem parte do meu caminho e que hoje eu sigo em paz!*

*Ao Thiago da Silva Domingos, por ser meu companheiro de vida e por partilhar sonhos e conquistas. E por sempre me apoiar, acreditar em mim e ter um olhar sempre diferenciado frente aos diferentes obstáculos. Que o nosso amor continue sempre e para sempre “ridículo”, como nas cartas de amor.*

## AGRADECIMENTOS

*À Prof. Dra. Wilza Carla Spiri por ter me acolhido como pós-graduando, ser uma orientadora cuidadosa e parceira. Obrigado pela confiança, apoio, incentivo e ensinamentos.*

*Ao Prof. Dr. Marcelo da Costa Viana por mais uma vez participar de um momento especial em minha vida e fornecer contribuições fundamentais para o desenho desse estudo.*

*Às Profa. Eliana Goldfarb Cyrino e Profa. Dra. Danielle Abdel Massih e ao Prof. Dr. Tiago da Rocha Pinto pelas contribuições primorosas realizadas no Exame de Qualificação e que me nortearam para a concluir essa pesquisa.*

*Ao Thiago da Silva Domingos pela ajuda sempre presente e pronta nos diferentes momentos dessa pesquisa e de toda a minha experiência envolvida em ser “doutorando” e acima de tudo pelas inúmeras e valiosas sugestões. Você tornou tudo mais leve estando ao meu lado!*

*À Profa. Dra. Renata Maria Zanardo Romanholi por toda sua contribuição no planejamento e execução das Oficinas advinda de sua expertise profissional e acima de tudo pela sua disponibilidade em sempre acolher, ouvir e ajudar.*

*À Heloísa Pimenta Arruda Araújo pela parceria, auxílio e possibilidade de partilharmos a vida em momentos tão únicos e marcantes. Das minhas lembranças voltadas a tutoria, você sempre estará presente!*

*À Profa. Dra. Rubia Aguiar Alencar por todos os conselhos dados durante essa caminhada e que foram de grande valia, principalmente por me nortearem. Que não nos falem “telas para pintar”.*

*À amiga Juliane Andrade por todo seu cuidado, sua ajuda e contribuição para a realização dessa Revisão Integrativa de Literatura. Que a distância nunca nos afaste e muitas outras parcerias e conquistas possamos partilhar.*

*Ao Prof. Dr. Antonio de Padua Pithon Cyrino e à Profa. Dra. Janete Pessuto Simonetti por terem me apresentado a educação interprofissional e compartilhado de inúmeras trocas e conhecimento acerca do tema.*

*Aos docentes e estudantes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, muito obrigado pelos momentos de aprendizado durante esses quatro anos.*

*Ao César Eduardo Guimarães, Secretário do Programa de Pós-graduação em Enfermagem, por todo cuidado e atenção nos esclarecimentos das dúvidas que se fizeram presentes durante essa trajetória.*

*Aos coordenadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde da Família, Prof. Dr. Guilherme Correa Barbosa e Profa. Dra. Marli Teresinha Cassamassimo Duarte, por intermediarem e apoiarem o desenvolvimento da etapa de intervenção-ação juntos aos residentes.*

*Aos residentes dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Saúde da Família que se disponibilizaram e contribuíram de maneira ímpar nas oficinas realizadas.*

*À Natália Tatiani Gonçalves Brito e Mariana Moratori Campos a quem partilho o meu dia-a-dia no trabalho, por todo apoio e estímulo.*

*Aos meus pais que sempre se alegram e orgulham das minhas conquistas e a quem o (sábio) tempo tem ainda mais nos aproximado. Amo vocês!*

*À Izaura da Silva Domingos e ao Milton Antônio Domingos pelas palavras de incentivo, apoio e constantes orações. Que possamos sempre estar juntos e em família!*

*À Thereza Cristina de Carvalho Messorá, minha amiga mais que especial, por sempre me fazer rir e acreditar nas velhas amizades e na leveza e pureza do amor. Te amo!*

*Aos inúmeros amigos que Botucatu me proporcionou e que com toda certeza Patrícia Botelho Garavello merece lugar especial em meu coração. Gratidão por tudo que representa, fez e faz por mim! Você é a personificação do “amor fraterno”!*

*Aos amigos que participaram de formas e momentos diferentes – Aline Fernanda Palombarini Santiloni, Aluísio Adurentes, Fernanda Delai Lucas, Filipi Santiloni Brasil, Glaucia de Oliveira, Roberta Fregona, Tatiana Garcia – obrigado por tornarem a minha vida mais feliz, pelas palavras de encorajamento, pelos inúmeros momentos vividos juntos e que se tornaram tão únicos.*

*Aos queridos funcionários das Unidade de Saúde da Família de César Neto e Jardim Peabiru de Botucatu/SP por compreenderem os momentos nos quais precisei me ausentar por conta desta pesquisa, em especial a querida Márcia de Almeida Parente de quem tenho enorme apreço, carinho, admiração e boas lembranças.*

*À todos que me incentivaram, acreditaram e apoiaram a realização desta pesquisa.*

*Epígrafe*

---

## EPÍGRAFE

*“Os que se encantam com a prática sem a ciência são como os timoneiros que entram no navio sem timão nem bússola, nunca tendo certeza do seu destino” (Leonardo da Vinci).*

*Resumo*

*Abstract*

---

---

## RESUMO

SANTOS, L. C. **As aproximações da educação e prática interprofissional colaborativa em Residências Multiprofissionais em Saúde.** 2022. 188f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2022.

**Introdução:** nas últimas décadas, fez-se um grande esforço no âmbito dos cursos técnicos, de graduações e pós-graduações na área da saúde para reorientar a formação de modo a atender às necessidades do Sistema Único de Saúde. Influenciaram esse processo as Diretrizes Curriculares Nacionais e o relevante papel indutivo realizado pelos Ministérios da Saúde e Educação para alcançar uma formação mais humanizada e desenvolvida mediante um processo de ensino-aprendizagem que incluísse diferentes cenários e práticas interprofissionais. Nesse sentido, a educação e a interprofissionalidade têm sido apontadas como capazes de promover mudanças nos cenários de ensino e prática para o enfrentamento dos problemas sociais e de saúde e vem sendo gradativamente valorizadas devido seu potencial na formação de profissionais de saúde mais preparados para o trabalho em equipe, característica essencial para se alcançar um cuidado integral de indivíduos, famílias e comunidades. A Residência Multiprofissional em Saúde se apresenta como uma possibilidade e estratégia potente de formação com vistas a uma prática colaborativa interprofissional por estimular o desenvolvimento de ações de interação, comunicação e colaboração entre os diferentes atores. Esses programas têm como *locus* de atividades diferentes cenários reais da Rede de Atenção à Saúde e Psicossocial podendo contribuir com a revisão do modelo assistencial, pois busca-se um novo perfil do profissional de saúde, humanizado e preparado para responder às necessidades da população. **Objetivos:** analisar a incorporação dos marcos teórico-conceituais e metodológicos da educação interprofissional no contexto das Residências Multiprofissionais em Saúde para o fortalecimento das práticas colaborativas em saúde. E como objetivos específicos: identificar na literatura científica as ações de educação interprofissional desenvolvidas no Brasil no contexto dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde; avaliar a aproximação dos Projetos Políticos Pedagógicos das Residências Multiprofissionais em Saúde de uma instituição de ensino pública do interior de São Paulo em relação à educação interprofissional e prática interprofissional colaborativa; e conhecer a experiência dos residentes envolvidos nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde em consideração ao referencial da educação interprofissional e prática interprofissional colaborativa. **Método:** realizou-se uma pesquisa exploratória, descritiva e analítica, de natureza

qualitativa guiada pelo referencial da pesquisa-ação com a adoção de três etapas e instrumentos de coleta de dados: revisão integrativa da literatura, análise documental e intervenção-ação. A revisão integrativa da literatura voltou-se para a interface entre a formação profissional e o trabalho em saúde a partir da literatura científica acerca da educação interprofissional no contexto de formação profissional nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil. Os Projetos Políticos Pedagógicos dos três Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Faculdade de Medicina de Botucatu – Saúde da Família, Saúde Mental, Saúde do Adulto e Idoso – foram submetidos à análise documental tanto à luz da educação interprofissional quanto dos eixos norteadores propostos aos Programas de Residência pelos Ministérios da Educação e Saúde. A intervenção-ação foi operacionalizada por meio de duas oficinas na modalidade de videoconferências com a participação de 18 residentes dos segundos anos dos Programas de Residência Multiprofissional da Saúde da Família e Saúde Mental da Faculdade de Medicina de Botucatu. Os dados produzidos pelas diferentes estratégias de coleta de dados foram analisados segundo o referencial metodológico da Análise de Conteúdo proposto por Graneheim e Lundman e o referencial teórico da interprofissionalidade. **Resultados:** a Revisão Integrativa de Literatura possibilitou conhecer as diferentes experiências da prática interprofissional colaborativa no contexto das Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil a partir de 16 estudos, publicados de 2014 a 2019, nos idiomas português e inglês, desenvolvidos sobretudo na região Sudeste do país e analisados a partir de quatro temas: As dimensões dos desafios para a consecução da educação interprofissional nos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde; Dissonância curricular no processo ensino-aprendizagem-trabalho; As estratégias utilizadas para a efetivação da educação e prática interprofissional; Os efeitos das tentativas de implementação da educação e prática interprofissional nos cenários de prática das residências multiprofissionais. A análise dos Projetos Políticos Pedagógicos dos três Programas de Residência Multiprofissional em Saúde elucidou as possibilidades para a realização de uma prática interprofissional colaborativa no contexto da residência, apesar de nenhum programa demonstrar de maneira explícita a intencionalidade de adoção dos marcos teórico-conceituais e metodológicos da educação interprofissional. Já os resultados emergidos das duas oficinas evidenciou, por meio das falas dos participantes quais as oportunidades identificadas como potentes e as oportunidades e desafios encontrados para a consecução de uma prática interprofissional, bem com as aprendizagens adquiridas por meio dessa prática. **Considerações finais:** identificou-se que o proposto nos PPP dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde analisados não acontece na prática como planejado demonstrando um distanciamento

entre o currículo organizado e prescrito e o currículo em ação. E que a articulação entre o ensino, a aprendizagem e o trabalho acontece de forma fragmentada, reproduzindo o modelo tradicional de ensino e de saúde, não assegurando mudanças nos cenários de formação e prática como preconizado nos ideários desses programas.

**Descritores:** Relações interprofissionais; Educação interprofissional; Equipes de saúde; Educação.

**ABSTRACT**

SANTOS, L. C. **The approaches of collaborative interprofessional education and practice in Multiprofessional Residencies in Health.** 2022. 188p. Thesis (Doctorate) – School of Medicine, Botucatu, São Paulo State University (Unesp) “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2022.

**Introduction:** in recent decades, a great effort has been made within the scope of technical, undergraduate and postgraduate courses in the health area to reorient training in order to meet the needs of the Unified Health System. National and the relevant inductive role played by the Ministries of Health and Education to achieve a more humanized training and developed through a teaching-learning process that included different scenarios and interprofessional practices. In this sense, education and interprofessionality have been identified as capable of promoting changes in teaching and practice scenarios to face social and health problems and have been gradually valued due to their potential in training health professionals more prepared for work. as a team, an essential characteristic to achieve comprehensive care for individuals, families and communities. The Multiprofessional Residency in Health presents itself as a possibility and a powerful training strategy with a view to an interprofessional collaborative practice by stimulating the development of interaction, communication and collaboration actions between the different actors. These programs have as locus of activities different real scenarios of the Health and Psychosocial Care Network, which can contribute to the revision of the care model, as it seeks a new profile of the health professional, humanized and prepared to respond to the needs of the population. **Objectives:** to analyze the incorporation of theoretical-conceptual and methodological frameworks of interprofessional education in the context of Multiprofessional Residencies in Health to strengthen collaborative practices in health. And as specific objectives: to identify in the scientific literature the actions of interprofessional education developed in Brazil in the context of the Multiprofessional Residency Programs in Health; to evaluate the approach of the Political Pedagogical Projects of the Multiprofessional Residencies in Health of a public teaching institution in the interior of São Paulo in relation to interprofessional education and collaborative interprofessional practice; and to know the experience of the residents involved in the Multiprofessional Residency in Health programs in consideration of the reference of interprofessional education and collaborative interprofessional practice. **Method:** an exploratory, descriptive and analytical research was carried out, of a qualitative nature guided by the action research framework, with the adoption of three stages and data collection instruments: integrative literature review,

document analysis and action-intervention. The integrative literature review focused on the interface between professional training and health work based on the scientific literature on interprofessional education in the context of professional training in Multiprofessional Health Residency Programs in Brazil. The Pedagogical Political Projects of the three Multiprofessional Residency Programs in Health at the Faculty of Medicine of Botucatu - Family Health, Mental Health, Adult and Elderly Health - were submitted to document analysis both in the light of interprofessional education and the guidelines proposed for the Programs of Residency by the Ministries of Education and Health. The intervention-action was implemented through two workshops in the form of videoconferences with the participation of 18 residents of the second years of the Multiprofessional Residency Programs for Family Health and Mental Health at the Faculty of Medicine of Botucatu. The data produced by the different data collection strategies were analyzed according to the methodological framework of Content Analysis proposed by Graneheim and Lundman and the theoretical framework of interprofessionality. **Results:** the Integrative Literature Review made it possible to know the different experiences of collaborative interprofessional practice in the context of Multiprofessional Residencies in Health in Brazil from 16 studies, published from 2014 to 2019, in Portuguese and English, developed mainly in the Southeast region of the country and analyzed from four themes: The dimensions of the challenges for the achievement of interprofessional education in the Multiprofessional Residency Programs in Health; Curricular dissonance in the teaching-learning-work process; The strategies used to carry out interprofessional education and practice; The effects of attempts to implement interprofessional education and practice in the practice scenarios of multiprofessional residencies. The analysis of the Pedagogical Political Projects of the three Multiprofessional Health Residency Programs elucidated the possibilities for carrying out a collaborative interprofessional practice in the context of the residency, although no program explicitly demonstrates the intention to adopt the theoretical-conceptual and methodological frameworks of the interprofessional education. The results that emerged from the two workshops showed, through the speeches of the participants, which opportunities were identified as potent and the opportunities and challenges encountered in achieving an interprofessional practice, as well as the learning acquired through this practice. **Final considerations:** it was identified that what was proposed in the Pedagogical Political Projects of the Multiprofessional Residency Programs in Health analyzed does not happen in practice as planned, demonstrating a gap between the organized and prescribed curriculum and the curriculum in action. And that the articulation between teaching, learning and work happens in

a fragmented way, reproducing the old traditional model of teaching and health, not legitimizing changes in the training and practice scenarios as recommended in the ideas of these programs.

**Keywords:** Interprofessional Relations; Interprofessional education; Patient Care Team; Education

*Lista de Abreviaturas*

*Lista de Anexos*

*Lista de Apêndices*

*Lista de Quadros*

*Lista de Figuras*

---

---

**LISTA DE ABREVIATURAS**

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>Cinahl</b>    | <i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>                           |
| <b>CAIPE</b>     | <i>Center for the Advancement of Interprofessional Education</i>                          |
| <b>DeCS</b>      | <b>Descritores em Ciências da Saúde</b>   |
| <b>EPS</b>       | <b>Educação Permanente em Saúde</b>   |
| <b>FMB</b>       | <b>Faculdade de Medicina de Botucatu</b>  |
| <b>IES</b>       | <b>Instituições de Ensino Superior</b>  |
| <b>IPEC</b>      | <i>Interprofessional Education Consortium</i>   |
| <b>Lilacs</b>    | <b>Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde</b>                       |
| <b>MEC</b>       | <b>Ministério da Educação</b>   |
| <b>MeSH</b>      | <i>Medical Subject Headings</i>   |
| <b>MS</b>        | <b>Ministério da Saúde</b>  |
| <b>PBL</b>       | <i>Problem Based Learning</i>   |
| <b>PET-Saúde</b> | <b>Programa de Educação para o Trabalho em Saúde</b>                                      |
| <b>PRISMA</b>    | <i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>                 |
| <b>PRMSAI</b>    | <b>Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso</b>                |
| <b>PRMSF</b>     | <b>Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família</b>                       |
| <b>PRMSM</b>     | <b>Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental</b>                           |
| <b>Promed</b>    | <b>Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina</b>              |
| <b>Pró-Saúde</b> | <b>Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde</b>                |
| <b>PTS</b>       | <b>Projeto Terapêutico Singular</b>   |
| <b>Pubmed</b>    | <i>National Library of Medicine National Institutes of Health</i>                         |
| <b>ReBETIS</b>   | <b>Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde</b>                  |
| <b>Reuni</b>     | <b>Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais</b> |
| <b>Scielo</b>    | <i>Scientific Electronic Library Online</i>   |
| <b>SUS</b>       | <b>Sistema Único de Saúde</b>   |

**TCLE**      **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

## LISTA DE ANEXOS

- ANEXO I**      **Instrumento de coleta de dados – Revisão Integrativa de Literatura.** Erro!  
Indicador não definido. **6**
- ANEXO II**      **Parecer consubstanciando do Comitê de Ética e Pesquisa** Erro!      Indicador  
não definido. **78**

**LISTA DE APÊNDICES**

|                     |  |            |
|---------------------|--|------------|
| <b>APÊNDICE I</b>   | <b>Roteiro norteador das oficinas.....</b>             | <b>182</b> |
| <b>APÊNDICE II</b>  | <b>Instrumento de avaliação das oficinas.....</b>      | <b>185</b> |
| <b>APÊNDICE III</b> | <b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b> | <b>186</b> |

**LISTA DE QUADRO**

|                  |  |           |
|------------------|--|-----------|
| <b>Quadro 1</b>  | <b>Conceitos de educação interprofissional segundo referenciais teóricos, 2022.....</b>  | <b>34</b> |
| <b>Quadro 2</b>  | <b>Competências essenciais para a prática interprofissional em saúde e proporcionadas pela educação interprofissional segundo referenciais teóricos, 2022.....</b>   | <b>36</b> |
| <b>Quadro 3</b>  | <b>Diretrizes publicadas pelo CAIPE para auxiliar na auditoria e avaliação da educação interprofissional, 2022.....</b>  | <b>37</b> |
| <b>Quadro 4</b>  | <b>Marcos políticos e legais influenciadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, 2022.....</b>   | <b>46</b> |
| <b>Quadro 5</b>  | <b>Marcos políticos que indicam retrocessos no campo da saúde, 2022.....</b>   | <b>49</b> |
| <b>Quadro 6</b>  | <b>Número de residentes, preceptores, tutores, docentes, vice coordenadores e coordenadores por turma e programa de residência multiprofissional em saúde, 2022.....</b>   | <b>57</b> |
| <b>Quadro 7</b>  | <b>Caracterização do processo para busca dos estudos que compuseram a amostra da presente revisão integrativa, 2022..</b>  | <b>62</b> |
| <b>Quadro 8</b>  | <b>Matriz orientadora para avaliação dos Projetos Políticos Pedagógicos na perspectiva da educação interprofissional e dos eixos norteadores propostos aos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde pelos Ministérios da Educação e Saúde, 2022.....</b> | <b>64</b> |
| <b>Quadro 9</b>  | <b>Questões norteadoras utilizadas nas oficinas, 2022.....</b>   | <b>70</b> |
| <b>Quadro 10</b> | <b>Caracterização dos periódicos incluídos na revisão integrativa: primeiro autor, título, nome do periódico, subárea de concentração, fator de impacto, 2022.....</b>   | <b>76</b> |
| <b>Quadro 11</b> | <b>Caracterização dos periódicos incluídos na revisão integrativa: aspectos metodológicos, 2022.....</b>   | <b>80</b> |
| <b>Quadro 12</b> | <b>Caracterização dos Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde, 2022.....</b>   | <b>83</b> |
| <b>Quadro 13</b> | <b>Apresentação dos temas e subtemas da Revisão Integrativa de Literatura, 2022.....</b>   | <b>86</b> |

---

|                  |  |            |
|------------------|--|------------|
| <b>Quadro 14</b> | <b>Apresentação dos temas e subtemas da Análise Documental dos Projetos Políticos Pedagógicos, 2022.....</b> | <b>100</b> |
| <b>Quadro 15</b> | <b>Caracterização dos participantes da pesquisa, 2022.....</b>   | <b>114</b> |
| <b>Quadro 16</b> | <b>Avaliação dos participantes em relação as oficinas, 2022.....</b>   | <b>116</b> |
| <b>Quadro 17</b> | <b>Apresentação dos temas da intervenção-ação, 2022.....</b>   | <b>117</b> |

---

**LISTA DE FIGURA**

|                 |   |           |
|-----------------|---|-----------|
| <b>Figura 1</b> | <b>Articulação entre as diferentes etapas e instrumento de coleta de dados 2022.....</b>  | <b>59</b> |
| <b>Figura 2</b> | <b>Planejamento das oficinas, 2022.....</b>   | <b>67</b> |
| <b>Figura 3</b> | <b>Apresentação da seleção dos estudos para compor a amostra da revisão integrativa segundo o <i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)</i>, 2022.....</b> | <b>75</b> |

## *Sumário*

---

---

|  |            |
|--|------------|
| <b>APRESENTAÇÃO.....</b>   | <b>28</b>  |
| <b>1 Introdução.....</b>   | <b>31</b>  |
| 1.1 A formação em saúde e a educação interprofissional.....  | 32         |
| 1.2 As Residências Multiprofissionais em Saúde e a Educação e Prática Interprofissional.....   | 40         |
| <b>2 OBJETIVOS.....</b>  | <b>52</b>  |
| 2.1 Objetivo geral.....  | 53         |
| 2.2 Objetivos específicos.....   | 53         |
| <b>3 MÉTODO.....</b>   | <b>54</b>  |
| 3.1 Tipo de pesquisa.....  | 55         |
| 3.2 O contexto da pesquisa.....  | 56         |
| 3.3 Os participantes da pesquisa.....  | 57         |
| 3.4 Etapas e instrumentos de coletas de dados.....   | 59         |
| 3.4.1 Revisão Integrativa de Literatura.....   | 60         |
| 3.4.2 Análise Documental dos Projetos Políticos Pedagógicos.....   | 63         |
| 3.4.3 Intervenção-ação: conhecimento e aproximação aos marcos teórico-conceituais e metodológicos da educação interprofissional..... | 66         |
| 3.4.3.1 Primeira oficina: identificando as experiências.....   | 67         |
| 3.4.3.2 Segunda oficina: aproximações e distanciamento entre a formação e a prática.....   | 69         |
| 3.5 Procedimentos de análise de dados.....   | 71         |
| 3.6 Aspectos éticos.....   | 72         |
| <b>4 RESULTADOS.....</b>   | <b>73</b>  |
| 4.1 Revisão Integrativa de Literatura.....   | 74         |
| 4.2 Análise Documental dos Projetos Políticos Pedagógicos.....   | 100        |
| 4.3 Intervenção-ação: conhecimento e aproximação aos marcos teórico-conceituais e metodológicos da educação interprofissional.....   | 114        |
| 4.4 O intercruzamento entre as três etapas de procedimentos de coletas de dados.....   | 131        |
| <b>5 DISCUSSÃO.....</b>  | <b>136</b> |

---

|  |            |
|--|------------|
| 5.1 Limitações do estudo.....  | 155        |
| 5.2 Contribuições do estudo para o trabalho e a formação em saúde..... | 155        |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                     | <b>156</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>  | <b>159</b> |

# *Apresentação*

---

---

## APRESENTAÇÃO

Sou Lucas, mineiro da cidade de Uberaba e que em 2006 após aprovação no vestibular para Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), dei início em uma nova fase em minha vida na cidade de Botucatu/SP.

Durante a graduação pude ir conhecendo e aprendendo sobre a profissão a partir de diversas experiências, cenários de formação, interações com os pacientes e colegas, professores, enfermeiros e os diversos profissionais que integram os serviços das Redes de Atenção à Saúde.

Duas professoras nessa trajetória durante a graduação chamaram minha atenção e possuem um lugar especial nas minhas memórias e nas contribuições que proporcionaram para minha vida acadêmica, profissional e pessoal: Prof. Dra. Janete Pessuto Simonetti e Profa. Dra. Magda Cristina Queiroz Dell’Acqua.

Durante estágio eletivo na disciplina “Saúde do Adulto Clínico e Cirúrgico” pude conhecer, aproximar e me encantar pela Atenção Primária à Saúde. E nesse cenário de formação comecei a compreender o papel do enfermeiro nos serviços de saúde e a importância de direcionarmos o cuidado para as reais necessidades de saúde da população.

Foi nesse estágio também que realizei inúmeras visitas domiciliares e descobri a potência dessas como ferramenta de ensino e aprendizagem e que após durante já minha trajetória profissional realizei inúmeras, principalmente atuando na Estratégia Saúde da Família na área rural.

Após a conclusão da graduação (2009) continuei morando em Botucatu onde tive meu primeiro emprego em uma Unidade Saúde da Família. Pude então entre 2010 e 2019 trabalhar em três diferentes unidades, grande parte em distritos rurais. Experiências que me proporcionaram muito aprendizado e vivências inesquecíveis emergidas da assistência direta ao paciente, do trabalho em equipe e em rede.

Ao longo desse período me mantive relação próxima ainda com a Universidade por meio de projetos de pesquisa, extensão e supervisão de estágio que me inquietaram a me especializar e aprimorar com vistas a um velho e vivo sonho: ser professor.

Foi então que busquei por especializações realizadas sempre em meio a uma jornada múltipla com conciliação do trabalho, estudos e vida pessoal: Especialização em Cuidado Pré-natal (2010-2011), Especialização em Saúde da Família (2012-2013), Especialização em

---

Docência em Enfermagem (2017-2018) e Especialização em Mediação de Processos Educacionais na Modalidade Digital (2021-2022).

Em 2011, iniciei uma nova experiência em minha vida profissional como preceptor do Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde) pela Faculdade de Medicina de Botucatu., o que me pôde me manter mais próximo do meu antigo sonho de ser professor. No PET-Saúde, conheci e convivi com o Prof. Dr. Antonio de Pádua Pithon Cyrino, tutor do grupo PET, e que posteriormente foi meu orientador no Mestrado em Saúde Coletiva e me apresentou o referencial da educação interprofissional em saúde.

Minha participação no PET me oportunizou vivenciar o ensino na comunidade em um outro papel: o de mediador. E reconhecer esse contexto de formação como potente para a formação profissional em saúde.

Durante o mestrado passei a colaborar como professor-tutor na disciplina Interação Universidade, Serviço e Comunidade, ministrada aos alunos de medicina e enfermagem, quando pude me aproximar mais da prática docente e melhor observar este cenário de convivência interprofissional dos alunos, o que me permitiu minha primeira aproximação com o objeto desta pesquisa.

Com a dissertação de mestrado foi possível encontrar evidências significativas e positivas da educação interprofissional no contexto da graduação voltadas à quebra de estereótipos entre as profissões, o papel do professor como mediador no processo ensino-aprendizagem e a relevância do aprender com e sobre o outro para a formação profissional e o cuidado ofertado.

Após conclusão do mestrado coincidentemente fui transferido de Unidade de Saúde pela Organização Social de Saúde que trabalhava o que me oportunizou outras experiências nessa integração universidade-serviço pois pude experienciar a possibilidade de ser preceptor, tutor e supervisor de estágios da graduação e programas de residência multiprofissional.

A partir da minha experiência enquanto tutor e preceptor, respectivamente, dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência em Enfermagem Obstétrica, que emerge então o desejo de continuar estudando os saberes que decorrem da educação e prática interprofissional no doutorado.

O ingresso no doutorado ocorreu então em 2018 fruto de uma nova parceria, agora com a Profa. Dra. Wilza Carla Spiri, no qual apresento a seguir os saberes, aprendizados e resultados decorridos dessa pesquisa.

# *Introdução*

---

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 A formação em saúde e a educação interprofissional

A formação dos profissionais de saúde nas últimas décadas tem sido não só objeto de grande debate, como também, de uma ampliação do embasamento teórico envolvendo essa questão, pois, a forma de produzir cuidado necessita ser mudada e, ainda, a maneira como os profissionais interagem entre si e com os próprios usuários (UNITED KINGDOM, 1996; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998; INSTITUTE OF MEDICINE, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; ARAÚJO, et al., 2017; COSTA, et al., 2018; TOASSI, et al., 2020).

Para esse debate é necessário retomar algumas variáveis que permeiam e influenciam a formação profissional em saúde, dentre elas o isolamento profissional, a socialização entre as profissões e o ensino uniprofissional.

O isolamento profissional tem sua origem diretamente relacionada ao histórico das profissões da saúde, como a medicina e a enfermagem, no qual ambas buscam garantir e proteger áreas específicas do conhecimento, a fim de assegurar, efetivamente, uma recompensa econômica e *status* social (FRIEDSON, 1970; COSTA, et al., 2018). Tal feito se alicerça na educação uniprofissional, na qual alunos de um único curso aprendem, sem contato com estudantes de outros cursos (BARR et al., 2005) e, por consequência, não reconhecem a importância da complementaridade dos saberes no cuidado em saúde (ALMEIDA FILHO, 2010).

A socialização entre as profissões encontra algumas barreiras que dificultam uma prática colaborativa eficiente nos serviços de saúde como o pouco conhecimento sobre o papel de outros profissionais, os papéis históricos de cada profissão, os estereótipos das profissões, a competitividade no campo do cuidado, o medo de perder a identidade profissional, a falta de compreensão do contrato social que cada profissão tem com os pacientes, a fragmentação entre a prática profissional e a formação e a estrutura curricular uniprofissional dos cursos que impossibilita uma aprendizagem comum (FELTEN et al.; 1997; CARPENTER et al.; 2006; SUTER et al., 2009; FRENK et al., 2010; KHALILI et al., 2013; REEVES et al., 2013; JOSIAH MACY JR. FOUNDATION, 2013; SUNGUYA et al., 2014; REEVES, 2016; COSTA, AZEVEDO, VILAR, 2019).

Tanto o isolamento profissional quanto a não socialização entre os profissionais resultam na má qualidade dos serviços, observada na fragmentação da assistência e na

---

insatisfação por parte dos pacientes e dos profissionais no cuidado ofertado (HENNEMAN; LEE; COHEN, 1995). Agravada pela especialização profissional cada vez mais precoce que dificulta a articulação das ações no cuidado ao paciente (PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016; PEDUZZI, et al., 2020).

Nesse sentido, pontua-se a importância em transpor o rigor da divisão técnica e social do trabalho, tão enraizada nos serviços, estabelecendo quais ações serão comuns a todos os profissionais e reconhecer e aceitar a sobreposição das fronteiras profissionais (PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016; PEDUZZI, et al., 2020).

Para tal, as transformações no sistema educacional e de saúde devem ocorrer de maneira interdependente e articulada proporcionando a reorganização do processo de trabalho em saúde e a melhoria na oferta de assistência à saúde (BARR et al., 2005; D'AMOUR, OANDASAN, 2005; FREETH et al., 2005; FRENK et al., 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; IPEC, 2011a; FEUERWERKER, CAPOZZOLO, 2013; PEDUZZI et al., 2013; PINTO et al., 2013; COSTA, et al., 2018; TOASSI, et al, 2020).

São estes os motivos pelos quais se deve considerar a formação em saúde pautada na integralidade do cuidado e na necessidade de existir uma efetiva troca de saberes entre os atores envolvidos, dentre outros elementos requeridos, como o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; PINHEIRO, CECCIM, 2005; GONZALEZ; ALMEIDA FILHO, 2010).

Sendo assim inúmeros esforços e propostas têm sido feitos em diferentes países para que a educação interprofissional, enquanto estratégia inovadora de ensino, seja implantada com vistas à consecução de práticas interprofissionais colaborativas resultando em uma assistência de qualidade (BARR et al., 2005; CARPENTER; DICKINSON, 2008; WORD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

A educação interprofissional seria o contraponto da educação uniprofissional ao proporcionar aos alunos de vários cursos aprenderem com, para e sobre o outro. Para tanto, os membros de uma equipe devem estar familiarizados com a experiência e papéis dos demais profissionais (D'AMOUR; OANDASAN, 2005; HALL, 2005) evitando o desenvolvimento de uma identidade restrita à própria profissão, ou seja, com limitada compreensão e sem experiência para trabalhar em equipe (HALL, 2005; COSTA, et al., 2018).

Os primeiros passos da educação interprofissional se iniciaram de forma isolada e com caráter individual voltadas a segurança do paciente e, posteriormente, ganharam espaço nos

centros de pesquisa (BARR et al., 2005). Seu conceito ganhou visibilidade frente a importantes acúmulos históricos e experiências ocorridas (Quadro 1),

**Quadro 1 – Conceitos de educação interprofissional segundo referenciais teóricos, 2022**

| Referenciais teóricos  | Conceitos de Educação Interprofissional   |
|--|---|
| <i>Center for the Advancement of Interprofessional Education</i> (CAIPE). (CAIPE, 2002). | Quando duas ou mais profissões aprendem com, para e sobre a outra, para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados.  |
| <i>Interprofessional Education Consortium</i> (IPEC). (IPEC, 2002).                      | Processo de aprendizagem que tem a educação interdisciplinar e várias experiências de trabalho em colaboração com a comunidade, com o intuito de atender as mais variadas necessidades de crianças, jovens e famílias, fornecendo conhecimentos, habilidades e valores que as pessoas necessitam para colaborar com os outros enquanto lidam com esses. |
| Organização Mundial de Saúde. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010, p.7).                    | Ocorre “quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde”.  |
| D’AMOUR, D.; OANDASAN, I. (D’AMOUR; OANDASAN, 2005)                                      | A interprofissionalidade na saúde, também, pode ser entendida como uma prática harmoniosa entre profissionais de diferentes disciplinas, buscando uma resposta integrada e coesa para as necessidades do paciente/família/comunidade.   |
| REEVES, S. (REEVES, 2013)  | Ocorre quando os membros de mais de uma profissão da saúde e/ou assistência social aprendem em conjunto, de forma   |

|  |  |
|--|--|
|  | interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional e/ou a saúde/bem-estar dos pacientes/clientes. |
|--|--|

Percebe-se que as definições confluem ao considerar que o objetivo final da educação interprofissional é melhorar a interação e colaboração entre os profissionais e realocar o paciente no centro do cuidado. Diante disso, é necessário considerar a necessidade do desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes – competências – que permitam uma mudança na lógica do trabalho em saúde. Para isso, é esperado que os estudantes durante o processo de formação em saúde envolvendo iniciativas de educação interprofissional desenvolvam três tipos de competências: específicas, colaborativas e comuns (BARR, 1998).

As competências específicas relacionam-se com o núcleo de cada profissão distinguindo uma da outra e que está ancorado em princípios, teorias, conceitos e metodologias das práticas profissionais. As competências comuns correlacionam-se com o campo profissional e mostram as convergências entre as profissões e que evidenciam o caráter coletivo do trabalho em saúde para o atendimento das necessidades das pessoas, como por exemplo o conhecimento do território, de dados epidemiológicos, dos determinantes sociais, de elementos da gestão, entre outros (BARR, 1998).

As competências comuns são desenvolvidas sem deslumbrar uma interferência nos núcleos profissionais, pois cada categoria continuará sendo o que é, mesmo com a existência de pontos de encontros comuns entre as profissões e uma ressignificando a outra no trabalho coletivo.

Já as competências colaborativas são aquelas necessárias para qualificar o trabalho em equipe e aprimorar os vínculos entre as distintas categorias profissionais para o efetivo trabalho em equipe (BARR, 1998).

Chama-se a atenção que as competências colaborativas também são comuns a todos os profissionais, porém diferenciam dessas últimas por apresentarem o propósito explícito de melhorar a colaboração entre os profissionais e proporcionar o trabalho em equipe. E que elas também podem ser pensadas na relação profissional e usuário, assumindo esse último o papel de co-produtor em seu processo saúde-doença e legitimando a participação popular como diretriz para essa interação e prática.

Em síntese, as competências específicas, comuns e colaborativas relacionam-se, respectivamente, a identidade ou núcleo profissional, a identidade enquanto profissional de saúde e a identidade enquanto equipe.

“O estabelecimento das referidas competências, tanto na prática como na formação profissional, tem a possibilidade de formar, desenvolver e preparar os profissionais de saúde para o trabalho em equipe interprofissional e colaborativo” (PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016, p. 111).

Sendo assim, a educação interprofissional ao buscar melhorar a colaboração entre profissionais de saúde e por conseguinte a assistência ofertada, permite por meio dessa interação o desenvolvimento das competências colaborativas necessárias para uma prática colaborativa efetiva.

A seguir, apresenta-se no Quadro 2 as competências que são necessárias para uma prática interprofissional em saúde e proporcionadas pela educação interprofissional segundo algumas matrizes de autores de diferentes centros de pesquisas.

**Quadro 2 – Competências essenciais para a prática interprofissional em saúde e proporcionadas pela educação interprofissional segundo referenciais teóricos, 2022**

| Referenciais teóricos  | Competências essenciais para a prática interprofissional em saúde e proporcionadas pela educação interprofissional   |
|------------------------|--|
| Barr, H. (BARR, 1998). | Descrever as funções e responsabilidades de uma forma clara às outras profissões; reconhecer e respeitar as limitações de papéis, responsabilidades e competências de cada profissão; reconhecer e respeitar os papéis, responsabilidades e competências de outras profissões comparadas a sua própria; trabalhar com outras profissões para realizar mudanças e resolver conflitos na prestação de assistência e tratamento; trabalhar com outros para aferir, planejar, avaliar e prestar cuidados para cada indivíduo; tolerar as diferenças, mal-entendidos e falhas em outras profissões; facilitar discussões interprofissionais; entrar em relações de interdependências com outras profissões. |

|  |  |
|--|--|
| <p><i>Accreditation Council for Graduate Medical Education, Health Canada, Institute of Medicine, Interprofessional Education Consortium</i>, Barr e as Universidades de Minnesota e Toronto. (CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2007).</p> | <p>Resolução de problemas; tomada de decisão; respeito; comunicação; partilha de conhecimento e habilidades; prática centrada no paciente.</p>   |
| <p><i>Canadian Interprofessional Health Collaborative</i>. (CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2010).</p>  | <p>Comunicação interprofissional; cuidado centrado no paciente, cliente, família e comunidade; clarificação de papéis profissionais; dinâmica de funcionamento da equipe; resolução de conflitos interprofissionais; liderança colaborativa.</p> |
| <p><i>Interprofessional Education Consortium</i>. (IPEC, 2011b)</p>  | <p>Valores/ética para a prática interprofissional, papéis e responsabilidades profissionais, comunicação interprofissional e trabalho em equipe.</p>   |

Frente às diferentes estratégias que podem ser utilizadas na busca por mudanças na formação profissional, a literatura apresenta diretrizes para auxiliar na auditoria e avaliação da educação interprofissional publicadas pelo *Center for Advancement in Interprofessional Education - CAIPE* (BAAR, 2003).

Nessas diretrizes têm questionamentos que devem ser respondidos a fim de se verificar se uma dada atividade educacional está mais próxima ou distante da educação interprofissional (BAAR, 2003) perfazendo um total de 17 perguntas como elucidado no Quadro 3:

**Quadro 3 – Diretrizes publicadas pelo CAIPE para auxiliar na auditoria e avaliação da educação interprofissional, 2022**

|  |
|--|
| Os objetivos declarados promovem a colaboração?  |
| Como os objetivos contribuem para a colaboração? |

|   |
|---|
| As metas e objetivos contribuem para melhorar a qualidade do atendimento?     |
| As metas e objetivos são compatíveis?   |
| Como a aprendizagem interprofissional é incorporada ao programa?              |
| O programa é formado por um raciocínio teórico?                               |
| O programa é baseado em evidências?   |
| O programa é formado por valores interprofissionais?                          |
| A aprendizagem compartilhada complementa a aprendizagem comum?                |
| Os métodos de aprendizagem são interativos?                                   |
| A aprendizagem em pequenos grupos está incluída?                              |
| Os números das profissões participantes estão equilibrados?                   |
| Todas as profissões são representadas no planejamento e ensino?               |
| Os usuários do serviço e cuidadores estão envolvidos?                         |
| A aprendizagem interprofissional será avaliada e contará para a qualificação? |
| Como o programa será avaliado?  |
| As descobertas serão divulgadas?  |

A literatura tem evidenciado mais amplamente nos últimos 30 anos de pesquisa em países do Canadá, dos Estados Unidos e Europa, um aumento de publicações nos últimos anos, especialmente a partir de 2005 (GERMANI et al., 2012; PEDUZZI et al., 2013). Exemplos bem-sucedidos indicam que a educação interprofissional proporciona a prática colaborativa nos serviços e melhora os resultados na qualidade da assistência ofertada aos pacientes (COOPER et al., 2001; HIND et al., 2003; BAAR et al., 2005; COOPER et al., 2005; McNAIR et al., 2005; GOELEN et al., 2006; FRENK, et al., 2010; SANGALETI et al., 2017).

Existem evidências nos estudos desenvolvidos que possibilitam inferir que a educação interprofissional oportuniza uma prática colaborativa por permitir maior satisfação do usuário, comprometimento dos profissionais envolvidos com a segurança do paciente, redução de erros e duplicidade de procedimentos e racionalização dos custos (FRENK, et., 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; REEVES et al., 2013; REEVES, 2016).

As experiências de educação interprofissional, enquanto método de ensino, também têm apontado mudanças importantes no perfil dos profissionais de saúde formados ao permitir a superação do desconhecimento sobre a outra profissão, a formação de profissionais preparados para o trabalho em equipe, novas relações de trabalho estabelecidas por meio da colaboração

---

(BARR et al., 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; BATISTA, 2012; COSTA, 2014; REEVES, 2016; SANGALETI et al., 2017; TOASSI, et al., 2020).

Estudo de revisão demonstrou um impacto positivo na avaliação da efetividade da educação interprofissional no cuidado aos pacientes e na dinâmica de trabalho nos serviços de saúde, podendo-se destacar as seguintes evidências: adesão aos protocolos de atendimento, satisfação do usuário em relação à assistência recebida, compartilhamento de saberes na tomada de decisões por parte dos profissionais, prática colaborativa e diminuição de erros na assistência ofertada (REEVES, 2013).

Outro estudo realizado pelo Grupo de Estudos da Organização Mundial em Saúde em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, com o objetivo de colher informações sobre essas experiências no mundo, realizou um mapeamento em 42 países e os resultados indicaram que a educação interprofissional ocorre nos mais diversos locais de assistência à saúde, envolvendo alunos de variados cursos da área da saúde. Na América Latina, por exemplo, as experiências ainda têm sido tímidas e dispersas na extensão e diversidade, incluindo o Brasil (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Todavia, não são muitas as experiências de educação interprofissional, como se reflete na bibliografia disponível a este respeito na área da saúde no Brasil. Nas Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras percebe-se fortemente a utilização do modelo tradicional e hegemônico de ensino, no qual se compartimentaliza o saber, acarretando a formação de silos profissionais e de um trabalho em equipe ineficiente e de baixa resolubilidade. Têm, ainda, como cenário de prática um modelo assistencial focado na doença e no trabalho médico subordinando as demais profissões da área da saúde (FRENK, et al., 2010; COSTA, 2014; COSTA, et al., 2018; COSTA, AZEVEDO, VILAR, 2019; TOASSI, et al., 2020).

Para tanto as IES têm sido estimuladas a diversificar os currículos envolvendo cenários de prática, com especial valor aos espaços na comunidade e incorporação conteúdos de áreas das ciências sociais e humanas, com vistas a formar profissionais com um olhar mais integral e humanizado sob o cuidado do paciente (MATTOS, 2001; VAITSMAN; VAITSMAN, 2005; FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007; FRENK, et al., 2010; WORD HEALTH ORGANIZATION, 2010; FREIRE FILHO, et al., 2019a; VENDRUSCOLO, et al., 2020).

Desde 2017 o Brasil apresenta a partir da articulação do Ministério da Educação (MEC) e da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS), criada anteriormente em 2015, um Plano Nacional voltado ao fortalecimento e divulgação da educação interprofissional no país que inicialmente apresentou cinco linhas de ação: fortalecimento da

---

educação interprofissional como dispositivo para a reorientação da graduação em saúde; levantamento das iniciativas de educação interprofissional no Brasil, desenvolvimento docente para a educação interprofissional, fortalecimento dos espaços de divulgação e produção do conhecimento em educação interprofissional; educação interprofissional nos espaços de Educação Permanente em Saúde (EPS) (FREIRE FILHO, et al., 2019a) .

Na esteira das atividades realizadas por essa Rede tem se a realização de Colóquios anuais e espaços de discussão envolvendo pesquisas acerca do tema, tendo sua primeira realização em 2015 (FREIRE FILHO, et al., 2019a).

Outro marco importante no país envolvendo o estímulo ao desenvolvimento da educação interprofissional está no desenvolvimento do Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde) voltado a Interprofissionalidade no Edital de 2018 com o objetivo de promover iniciativas que buscassem integrar os núcleos de saber dos diferentes cursos de graduação envolvidos no programa (VENDRUSCOLO, et al., 2020).

As IES brasileiras que podem ser destacadas quanto ao pioneirismo frente à prática da educação interprofissional nos seus cenários de prática na graduação são: a Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013); a Universidade Estadual de Londrina (KELLER-FRANCO; KUNTZE; COSTA, 2012); a Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) (SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018); a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) (SILVA, 2011); a Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (PARREIRA; CYRINO; ESCALDA, 2016).

## **1.2 As Residência Multiprofissionais em Saúde e a Educação e Práticas Colaborativa**

Ao longo das últimas décadas vários tem sido os avanços políticos, marcos teóricos e históricos ocorridos no Brasil que possibilitaram uma nova abordagem na formação profissional na área da saúde e na prática dos serviços sobretudo com o objetivo de melhorar a assistência ofertada e romper com a lógica do cuidado fragmentado.

Nesse sentido esforços têm sido feitos por parte dos gestores públicos e da sociedade em múltiplas direções, dentre as quais, destaca-se a formação dos profissionais de saúde nos distintos níveis de formação – cursos técnicos, superiores e pós-graduação – para que esses sejam qualificados para atenderem aos desafios da atenção à saúde no século XXI (ALMEIDA FILHO, 2010; DIAS et al.; 2016; COSTA, et al., 2018).

No contexto do ensino no nível de graduação algumas iniciativas foram tomadas como a Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (BRASIL, 1996) e as novas Diretrizes Curriculares Nacionais em 2001 (BRASIL, 2001a) reformuladas e atualizadas posteriormente (BRASIL, 2014a, 2017a, 2017b, 2018) e os incentivos do MEC e/ou do Ministério da Saúde (MS) que impulsionaram a reorientação dos currículos dos cursos da saúde, como: o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), em 2002 (BRASIL, 2002); o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), em 2005 (BRASIL, 2007a); o Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), em 2007 (BRASIL, 2007b); o Pet- Saúde nas suas diferentes modalidades (PET-Saúde), a partir de 2008 (BRASIL, 2008a) com edital da sua 10ª edição lançado esse ano (BRASIL, 2022a).

Já no nível da pós-graduação os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde e em Área Profissional da Saúde merecem destaque por constituírem proposta de formar profissionais capazes de atuar em equipes multiprofissionais promovendo a agregação de saberes e práticas inerentes ao cotidiano das equipes dos serviços oportunizando um cuidado integral à população. Tarefa que torna-se colossal ao considerar que ainda persiste um enorme desafio na qualidade da assistência à saúde ofertada no Brasil apesar dos mais de 3,5 milhões de profissionais de saúde registrados em conselhos no país, do SUS ter aumentado consideravelmente o número de empregos na área da saúde e do setor público englobar mais da metade desses (MACHADO, 2020).

As Residências Multiprofissionais em Saúde e em Área Profissional da Saúde, são definidas como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, instituídas no Brasil por meio da Lei nº 11.129/2005 e apresentam-se como uma possibilidade de inovação no modelo de formação profissional abrangendo as seguintes profissões da área da saúde e humanas: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, além da Física Médica e Saúde Coletiva, incluídas posteriormente (BRASIL, 2005; 2014b).

Essas residências por vezes são chamadas também de residências integradas, residências multiprofissionais ou residências em equipe e se organizam por campo de intervenção assistencial ou gerencial e não por especialidade profissional, como ocorre na residência médica, exclusiva para graduados em medicina. Para programas uniprofissionais é necessário

---

planejar currículos integrados, pois para a compreensão de área pressupõe minimamente o escopo de atividades interdisciplinares (CARVALHO, et al.; 2020).

Esses programas têm como *locus* de atividades diferentes cenários da Rede de Atenção à Saúde e Psicossocial podendo contribuir com a revisão do modelo assistencial, pois busca-se um novo perfil do profissional de saúde, humanizado e preparado para responder às necessidades da população (ARAÚJO et al., 2017; BERNARDO et al., 2020) apresentando se também como um grande passo ao se estruturar numa conformação multiprofissional.

“[...] vislumbra-se o ensino-serviço com enfoque na humanização da atenção e ampliação da compreensão da integralidade, ao passo que o processo de trabalho pode ser (re)construído no cotidiano do serviço” (ARAÚJO, et al., 2017, p. 602).

Os programas de residência buscam inserir o residente em cenários reais de prática e estão embasadas nos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2005; ROSA; LOPES, 2009; BERNARDO, et al., 2020), bem como, nas necessidades dos serviços e comunidades buscando oportunizar o trabalho em equipe a partir da “soma de olhares de diferentes profissionais que compõem as equipes” e a articulação entre os profissionais de um mesmo serviço e desses com outras unidades, setores, serviços quando guiada pelos pressupostos do trabalho em equipe (PEDUZZI; LEONELLO; CIAMPONE, 2016, p. 105).

O trabalho em equipe configura-se como aquele que potencializa o alcance das necessidades de saúde da população para além do âmbito individual e clínico, mas, se propõe a lidar com a dinamicidade e complexidade de acompanhar as mudanças dos contextos sociocultural e econômico que determinam as condições de saúde dos sujeitos (PEREIRA; RIVERA; ARTMANN, 2013; PEDUZZI et al., 2020).

As discussões em torno do trabalho em equipe e da prática interprofissional colaborativa ganham relevância por permitirem avanços na organização dos serviços e no cotidiano de trabalho. E, apesar do campo fértil para discussão, implantação, ampliação e fortalecimento da educação interprofissional no Brasil, tais avanços estiveram desalinhados com o processo ensino-aprendizagem-trabalho e a formação profissional pautada na interprofissionalidade (PEDUZZI, 2016; PEDUZZI, et al., 2020).

Desse modo é crucial compreender as bases dos programas de residências em área profissional que se amparam na intencionalidade de se alcançar mudanças na prática dos serviços, no modo de assistir aos usuários e na formação a partir do trabalho multiprofissional e interdisciplinar.

---

A organização e prática desses programas se ancoram nos seguintes eixos norteadores (BRASIL, 2009, p. 1-2):

- cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do país;
- concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural;
- política nacional de gestão da educação na saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS);
- abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;
- estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar;
- integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários;
- integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da EPS, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde;
- integração dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde;
- articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;
- descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;
- estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS;
- integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema.

Percebe-se que esses eixos norteadores não mencionam a educação e prática interprofissional, objeto de estudo dessa pesquisa, porém colocam a interprofissionalidade como uma possibilidade ao considerar o paciente no centro do cuidado, as metodologias ativas

---

de ensino e o ensino em serviço, a interdisciplinaridade como facilitadora na e para a construção do conhecimento e o desenvolvimento de competências para o melhor desenvolvimento do trabalho em equipe.

E apoia toda sua linguagem na multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, integralidade do cuidado, nas “redes integradas de atenção, linhas de cuidado em rede, equipes de referência com apoio matricial especializado, tecnologias leves/leve-duras/duras, gestão da clínica, equipe-integração e coletivos organizados de produção da saúde” e nos princípios do SUS (CARVALHO, et al., 2020, p. 29).

Os princípios ideológicos do SUS (universalidade, equidade e integralidade) e organizacionais (descentralização, regionalização, hierarquização, participação comunitária, entre outros) legitimam todo o sistema e imprimem racionalidade no planejamento das ações, para assim, atender com resolubilidade às necessidades de saúde da população (BRASIL, 1990a). São esses princípios sobretudo a integralidade do cuidado que são lembrados e apresentados por vezes como diretrizes dos programas implementados com vistas a imprimir mudanças na lógica da formação profissional e do trabalho.

A integralidade como fruto das reivindicações advindas dos movimentos sociais pertencentes ao processo de Reforma Sanitária apresenta perspectivas voltadas: a integração das ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação em e saúde; a atuação profissional; a continuidade do cuidado nos diferentes serviços e níveis de atenção e serviços; a articulação entre as políticas públicas (PAIM, 2008).

A interdisciplinaridade tem potencial para contribuir para o rompimento da prática e visão fragmentada em saúde, proporcionando a integração e articulação entre as diferentes profissões e a socialização dos saberes sem perder a integridade dos métodos e conceitos específicos dos núcleos profissionais. Contudo é necessário apontar que a realidade dos serviços por vezes não opera a partir dessa lógica tornando um desafio o processo ensino-aprendizagem-trabalho nas residências tida como uma especialização voltada para a formação em saúde evidenciando o distanciamento entre o posto e o vivido nos cenários de prática e formação (SILVA, 2018).

A representação que o entendimento sobre interprofissionalidade e interdisciplinaridade trazem a uma proposta de ensino compartilhada entre diferentes cursos está muito além de uma definição teórica de conceitos. Envolve uma intencionalidade nas escolhas das experiências de ensino-aprendizagem no cenário de prática e no próprio objetivo pretendido com a disciplina. Não se trata de enclausurar a ação pedagógica dentro de conceitos, mas sim compreender os conceitos para potencializar a ação pedagógica (ELY; TOASSI, 2018, p. 1568).

Considerar a integralidade e a interdisciplinaridade como fios condutores dos programas de residência é mudar o foco da formação em saúde e da assistência, redirecionando o cuidado para as necessidades de saúde dos usuários e o para o trabalho coletivo em saúde.

Nesse sentido a Residência apresenta-se como uma proposta de formação em serviço e em saúde voltada ao trabalho multiprofissional, interdisciplinar, coletivo e as necessidades de saúde dos usuários, elementos presentes na prática interprofissional.

A residência multiprofissional pode ser uma importante contribuição nesse sentido, ao propiciar a vivência intensiva nos serviços e propor um eixo integrador entre as diferentes áreas profissionais, e potencialmente capaz de articular as diferentes profissões entre si, promover a reflexão sobre o cotidiano de execução da política e contribuir para o estranhamento de relações institucionais verticais, naturalizadas e cristalizadas. Entretanto, não está assegurado de antemão que as residências vão cumprir esse papel, sobretudo porque sua implantação tem se dado num contexto de desmonte, sucateamento e privatização dos serviços públicos de saúde, e de exacerbação dos corporativismos. (MENDES, 2013, p. 183-184)

Outras influências para a criação desses programas e que legitimam sua base estão nos processos de Reforma Sanitária (PAIM, 2008; PAIVA; TEIXEIRA, 2014) e Psiquiátrica iniciados em meados de 1970 (AMARANTE, 2007; YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018), na criação dos Programas de Residências Médica (BRASIL, 1977), no Programa de Aprimoramento Profissional criado em 1979 no estado de São Paulo (SÃO PAULO, 1979) e no Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública em 1979 (PAIM, 1985), na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), na conquista do SUS, nas Leis 8.080 (BRASIL, 1990b) e 8.142 (BRASIL, 1990c), no Programa Saúde da Família chamado posteriormente de Estratégia Saúde da Família em 1993 (BRASIL, 1994), na Política Nacional de Saúde Mental (2001b), na Política Nacional de Humanização em 2003 (BRASIL, 2013), na criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (BRASIL, 2003), na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde em 2004 (BRASIL, 2007c), na implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (BRASIL, 2008b), na estruturação das Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2010), na Política Nacional de Atenção Básica à Saúde de 2011 (BRASIL, 2012a), no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2011), entre outros (Quadro 4).

**Quadro 4 – Marcos políticos e legais influenciadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, 2022**

| Marcos influenciadores   | Disposições centrais  |
|--|---|
| <p><b>Reforma Sanitária (PAIM, 2008; PAIVA; TEIXEIRA, 2014).</b></p>                                 | <p>O país apresentava um quadro de doenças em descontrole nos anos de 1970, ausência de serviços de saúde ainda em muitas regiões e falta de verba, agravados pela Ditadura Militar (1964-1985), culminando na urgência da implantação de um sistema de saúde que atendesse às reais necessidades da população. Cenário esse que originou o processo de Reforma Sanitária visando mudanças e transformações na área da saúde devido a grave crise na saúde pública instalada devido à ineficiência de políticas de saúde estabelecidas nos governos anteriores.</p> |
| <p><b>Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2007; YASUI; LUZIO; AMARANTE, 2018).</b></p>                   | <p>A Reforma Psiquiátrica buscou por mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde e é contemporânea a Reforma Sanitária em que ambas foram norteadas pela busca em reorientar o modelo assistencial vigente à época e persistente até os dias atuais em muitos serviços de saúde: o modelo biomédico.</p>   |
| <p><b>Programa de Residência Médica, 1977 (BRASIL, 1977).</b></p>                                    | <p>Institui a Residência em Medicina como modalidade do ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, com duração mínima de um ano e 1800 horas de atividade, caracterizada por treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, funcionando em Instituições de Saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional, nas áreas de: Clínica Médica; Cirurgia Geral; Pediatria; Obstetrícia e Ginecologia; e Medicina Preventiva ou Social.</p>      |
| <p><b>Programa de Aprimoramento Profissional no estado de São Paulo, 1979 (SÃO PAULO, 1979).</b></p> | <p>Institui modalidade de formação/capacitação profissional na área da saúde, que adota metodologia de aprendizagem com ênfase no treinamento em serviço, sob supervisão de profissional altamente qualificado, em instituições de saúde de elevado padrão técnico e científico.</p>  |

|   |  |
|---|--|
| <b>Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública, 1979 (PAIM, 1985).</b> | Busca promover o aumento do número de vagas nas Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública considerando o contexto e necessidades de saúde da população à época.  |
| <b>Constituição Federal, 1988 (BRASIL, 1988).</b>   | Lei fundamental e suprema do Brasil e que serve de parâmetro a todas as demais espécies normativas, situando-se no topo do ordenamento jurídico em que a saúde passou a ser um “direito de todos e dever do Estado” (Artigo 196) a partir de “ações e serviços públicos” (Artigo 197) com a atribuição a esse novo sistema de saúde de “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (Artigo 200, inciso III), a partir do entendimento de que a assistência qualificada aos usuários é indissociável das políticas públicas de saúde. |
| <b>Lei 8.080, 1990 (BRASIL, 1990b).</b>   | Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. E declarou também que a formação de recursos humanos na área de saúde passaria a ser uma atribuição comum a todas as unidades federativas como elucidado no Artigo 14: “deverão ser criadas comissões permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional”.  |
| <b>Lei 8.142, 1990 (BRASIL, 1990c).</b>   | Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.   |
| <b>Programa Saúde da Família, 1993 (BRASIL, 1994).</b>  | Tem como diretrizes: "melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade".   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Política Nacional de Saúde Mental, 2001 (2001b).</b>   | Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.  |
| <b>Política Nacional de Humanização, 2003 (BRASIL, 2013).</b>   | Busca colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, produzindo mudanças nos modos de gerir e cuidar.  |
| <b>Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, 2003 (BRASIL, 2003).</b>                  | Foi criada alinhada a necessidades de mudanças na prática dos serviços e buscando a valorização e a qualificação dos trabalhadores da área da saúde.  |
| <b>Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, 2004 (BRASIL, 2007c).</b>                       | Busca “identificar necessidades de formação e de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde e fortaleçam o controle social no setor na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva”. |
| <b>Núcleo de Apoio à Saúde da Família, 2008 (BRASIL, 2008b).</b>                                      | Apoia a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.   |
| <b>Redes de Atenção à Saúde, 2010 (BRASIL, 2010).</b>   | São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.  |
| <b>Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, 2011 (BRASIL, 2012a).</b>                             | Estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.   |
| <b>Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, 2011 (BRASIL, 2011).</b> | Incentiva os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.   |

Essas conquistas se interconectam e são interdependentes por terem como ponto comum a busca por aumentar e qualificar a assistência ofertada à população a partir das suas

necessidades de saúde de saúde pelos serviços, finalidade essa também almejada pela prática interprofissional colaborativa.

Apesar desses avanços alguns retrocessos que permeiam as conquistas para o SUS tem sido vividos nos últimos anos desde o Golpe Político de 2016 trazendo perdas irreparáveis nos direitos da população. Dentre eles menciona-se alguns como a Emenda Constitucional de 2016 (BRASIL, 2016), a Política Nacional de Saúde Mental de 2017 (BRASIL, 2017c), Política Nacional de Atenção Básica de 2017 (BRASIL, 2017d), a Resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite (BRASIL, 2017e), o Programa Previne Brasil (BRASIL, 2019a), Política Nacional sobre Drogas (2019b) e o Programa Cuida Mais Brasil (2022b) que confluem por aumentarem a desigualdade no acesso aos serviços, ferirem os princípios do SUS e reforçarem o modelo biomédico, acarretando prejuízos na saúde da população (Quadro 5).

#### **Quadro 5 – Marcos políticos que indicam retrocessos no campo da saúde, 2022**

| <b>Políticas e programas</b>   | <b>Descrição</b>  |
|--|---|
| <b>Emenda Constitucional, 2016 (BRASIL, 2016).</b>                                 | Congelamento por 20 anos dos recursos destinados a diversas políticas sociais, entre as quais o SUS.  |
| <b>Política Nacional de Saúde Mental, 2017 (BRASIL, 2017c).</b>                    | Incentivo à internação psiquiátrica e ao financiamento de comunidades terapêuticas, ações fundamentadas em uma abordagem proibicionista das questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas e a uma estagnação do ritmo de implantação de serviços de base comunitária (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020).   |
| <b>Política Nacional de Atenção Básica 2017, (BRASIL, 2017d).</b>                  | É retirada a palavra democrática do texto dessa Política no que se refere ao formato das práticas de cuidado e gestão. O número de Agentes Comunitários de Saúde passa a não ter uma definição por Equipes passando a cobrir 100% da população e não apenas os territórios de abrangências das Unidades Saúde da Família (MELO, et al., 2018).  |
| <b>Resolução nº 32 da Comissão Intergestores Tripartite, 2017 (BRASIL, 2017e).</b> | Estabelece novas diretrizes para a Rede de Atenção Psicossocial e recoloca o hospital psiquiátrico como parte integrante do cuidado na rede, além de apontar para um maior financiamento deste; não pactua as diretrizes clínicas para as linhas de cuidado; reajusta o valor das diárias de hospitais psiquiátricos em instituições privadas; apoio às Comunidades Terapêuticas; inclusão dos Hospitais-dia, mas se a lógica do território; institui equipes multiprofissionais de atenção especializada em saúde mental numa lógica (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). |

|  |   |
|--|---|
| <b>Nova Política de Saúde Mental (2019)</b>              | Essa ‘nova política’ se caracteriza pelo incentivo à internação psiquiátrica e por sua separação da política sobre álcool e outras drogas, que passou a ser denominada “Política Nacional sobre Drogas”, tendo esta grande ênfase no financiamento de comunidades terapêuticas e numa abordagem proibicionista e punitivista das questões advindas do uso de álcool e outras drogas (CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). |
| <b>Programa Previne Brasil, 2019 (BRASIL, 2019a).</b>    | Modifica o financiamento da Atenção Primária à Saúde e as transferências intergovernamentais que passam a ser calculadas a partir do número de pessoas cadastradas em serviços da Atenção Primária à Saúde e de resultados alcançados sobre um grupo selecionado de indicadores (SETA; ÓCKÉ-REIS; RAMOS, 2021).   |
| <b>Programa Cuida Mais Brasil, 2022 (BRASIL, 2022b).</b> | A reorientação do modelo de saúde voltado para o cuidado médico centrado e especialista no âmbito da Atenção Primária à Saúde e não mais para o trabalho em equipe e multiprofissional.   |

Longe do objetivo de esgotar a discussão em torno do tema e considerando a abordagem realizada para esse estudo, observa-se uma evidente convergência entre os saberes que compõem a educação e prática interprofissional colaborativa, as políticas públicas, as ações em saúde no Brasil e as diretrizes que regem os programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

Reconhece-se que a Residência Multiprofissional em Saúde se apresenta como uma possibilidade e estratégia potente de formação com vistas a uma prática colaborativa interprofissional, objeto de observação desse estudo, por estimular o desenvolvimento de ações de interação e comunicação entre os diferentes atores. Porém acredita-se que as instituições proponentes de Programas de Residência Multiprofissional necessitam de maior suporte para dar sustentabilidade às ações desenvolvidas nessa perspectiva e para tanto é necessário e emergente legitimar o ensino interprofissional nas políticas de reorientação da formação em saúde.

Essa premissa fundamenta a razão do desenvolvimento de estudos que se debruçam sobre a relação do trabalho em saúde e da formação de recursos humanos para o SUS como a prática interprofissional colaborativa - instâncias potencialmente representativas das políticas em saúde.

Tomar essa interface como objeto de estudo, trata-se de reconhecê-la como uma importante ferramenta que visa contribuir para o desenvolvimento de caminhos que possam auxiliar nas discussões em torno da formação de profissionais no e para o trabalho no SUS e

---

fortalecer, em um momento político crítico, a garantia de um direito democraticamente constituído: ser assistido na integralidade das necessidades de saúde da população brasileira.

**Assim, tem-se como pressuposto para essa pesquisa:** *os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde são meios para o exercício da prática interprofissional colaborativa. Tendo como pergunta de pesquisa: o que é proposto nos Projetos Políticos Pedagógicos dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde acontece na prática? E essa prática configura-se como uma possibilidade para a realização de uma prática interprofissional colaborativa?*

Portanto os pressupostos dessa **tese** se debruçam em demonstrar:

- o distanciamento entre o currículo organizado e o currículo em ação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde;
- a articulação entre os referenciais teóricos da educação nas Residências Multiprofissionais em Saúde com os da educação interprofissional;
- as contribuições da colaboração interprofissional para a formação nas Residências Multiprofissionais em Saúde.

*Objetivo*

---

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Analisar a incorporação dos marcos teórico-conceituais e metodológicos da educação interprofissional no contexto das Residências Multiprofissionais em Saúde para o fortalecimento das práticas colaborativas em saúde.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Identificar na literatura científica as ações de educação interprofissional desenvolvidas no Brasil no contexto dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.
- Avaliar a aproximação dos Projetos Políticos Pedagógicos das Residências Multiprofissionais em Saúde de uma instituição de ensino pública do interior de São Paulo em relação à educação interprofissional e prática interprofissional colaborativa.
- Conhecer a experiência dos residentes envolvidos nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde em consideração ao referencial da educação interprofissional e prática interprofissional colaborativa.

## *Método*

---

---

### 3 MÉTODO

#### 3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, analítica, bibliográfica e documental de natureza qualitativa guiada pelo referencial metodológico da pesquisa-ação.

O enfoque qualitativo é escolhido quando se busca compreender a perspectiva dos atores envolvidos sobre um dado fenômeno e como esses percebem a subjetividade relacionada à realidade vivida e ainda quando o objeto de estudo é pouco explorado (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Nesse sentido, a pesquisa qualitativa vai ao encontro do objetivo desse estudo por permitir uma compreensão aprofundada do objeto de investigação representado pela formação para a prática interprofissional colaborativa no contexto dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (MINAYO, 2010).

Dentre as várias vertentes de pesquisa qualitativa, a pesquisa-ação é um dos muitos tipos de investigação-ação, sendo um termo genérico para qualquer processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela, ou seja, ao mesmo tempo em que o pesquisador investiga, também, intervém (THIOLENT, 2011).

O processo para realização desse desenho de estudo é representado por três fases essenciais: observar, pensar e agir. Primeiramente, deve-se construir um esboço do problema e coletar dados, posteriormente analisar e interpretá-los, para depois implementar possíveis melhorias. Tal processo ocorre como uma espiral, de maneira cíclica e repetitiva, até que o problema identificado seja resolvido pelos atores envolvidos (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

Portanto, o termo pesquisa-ação designa, em geral, um método utilizado com vistas a uma ação estratégica que requer a participação dos atores envolvidos em uma dada realidade. É identificada como uma forma de construir o saber, em que as relações entre teoria e prática e entre pesquisa e ação são constantes, permitindo aos envolvidos a construção de teorias e caminhos emergidos do campo que, em seguida, são confrontados e validados acarretando mudanças desejáveis em prol de uma dada problemática (THIOLENT, 2011).

### 3.2 O contexto da pesquisa

A Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) está localizada no município de Botucatu, centro-oeste do estado de São Paulo, com uma população de 149.718 mil habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021).

Essa IES oferta cursos de graduação (medicina e enfermagem) e pós-graduação nas modalidades *strictu sensu* e *lato sensu* em diferentes áreas do conhecimento. Atualmente, há três Programas de Residência Multiprofissional em Saúde: Saúde da Família, Saúde Mental e Saúde do Adulto e Idoso.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) foi ofertado a primeira vez no ano de 2003, envolvendo as profissões de medicina e enfermagem. A partir de 2008, incluíram-se outras categorias profissionais: educação física, enfermagem, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social.

Entre os anos de 2013 e 2015 não foram abertos processos seletivos por questões político-administrativas, sendo retomados em 2016 com a oferta de dez vagas, de forma anual e distribuídas nas categorias profissionais da seguinte forma: uma vaga para os cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e quatro vagas para o curso de enfermagem.

Percebe-se assim que apenas entre os anos de 2003 e 2008 foram oferecidas vagas ao curso de medicina e desde então, tal categoria não compôs mais o PRMSF da FMB.

Os cenários de atuação dos residentes, atualmente, são quatro Unidades Saúde da Família de Botucatu e seus respectivos territórios de abrangência, bem como a Rede de Atenção à Saúde do município e seus equipamentos sociais.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (PRMSM) é ofertado desde 2018, com processo seletivo anual para os cursos de enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Sendo que nesse ano foram ofertadas duas vagas para cada categoria profissional, o que não ocorreu no ano de 2019 em que se reduziu uma vaga para cada categoria. Todavia no ano de 2020 novamente foram oferecidas duas vagas para cada categoria profissional.

Os cenários de atuação desse Programa correspondem a quatro componentes da Rede de Atenção Psicossocial: Atenção Básica à Saúde, Atenção Psicossocial Estratégica, Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

Já o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Adulto e Idoso (PRMSAI) é oferecida desde 2014 também com processo seletivo anual com quatro vagas para os cursos de enfermagem, farmácia e nutrição e três vagas para fisioterapia e psicologia.

Os cenários de prática dos residentes correspondem aos seguintes serviços: Centro de Convivência do Idoso, Centro de Saúde Escola, Hospital das Clínicas de Botucatu, Hospital Estadual de Botucatu, Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas.

Vale aqui mencionar que o gerenciamento dos serviços em que os residentes dos três programas são inseridos é feito por diferentes instâncias, dentre elas: FMB, Organização Social de Saúde Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar, Organização Social de Saúde Pirangi, Secretaria do Estado de São Paulo e Secretaria Municipal de Saúde de Botucatu.

### 3.3 Os participantes da pesquisa

Os três Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da FMB contam com residentes conforme número de vagas citadas anteriormente e o envolvimento de docentes dessa instituição, preceptores, tutores, profissionais dos serviços, vice-coordenadores e coordenadores. No Quadro 4 apresenta-se o número de envolvidos por programa e o quantitativo de residentes por turma.

**Quadro 6 – Número de residentes, preceptores, tutores, docentes, vice coordenadores e coordenadores por turma e programa de residência multiprofissional em saúde, 2022**

| <b>Programa</b> | <b>Residentes</b> | <b>Preceptores</b> | <b>Tutores</b> | <b>Docentes</b> | <b>Vice-coordenador e coordenador</b> |
|-----------------|-------------------|--------------------|----------------|-----------------|---------------------------------------|
| <b>PRMSF</b>    | 10                | 5                  | 8              | 20              | 2                                     |
| <b>PRMSM</b>    | 8                 | 20                 | 4              | 9               | 2                                     |
| <b>PRMSAI</b>   | 18                | 33                 | 15             | 8               | 2                                     |
| <b>TOTAL</b>    | 36                | 58                 | 27             | 47              | 6                                     |

Menciona-se que alguns preceptores, tutores, docentes, vice-coordenadores e/ou coordenadores apresentam funções sobrepostas, como, por exemplo, tutores que são também profissionais dos serviços. E determinados serviços que por receber residentes de mais de um programa, acabam por ter profissionais atuando como preceptores e/ou tutores em mais de uma Residência. E que os docentes, preceptores e tutores não recebem nenhum *pró-labore* para o exercício dessas funções.

---

A intervenção-ação foi planejada junto às Coordenações dos três Programas de Residências para que fosse realizada com parte dos participantes supracitados e todos os envolvidos pudessem participar sem prejuízo para suas atividades pessoais, profissionais ou acadêmicas. Ponderou-se também que essa etapa da pesquisa fosse desenvolvida dentro da carga horária das atividades acadêmicas dos residentes.

Sendo assim, delineou-se inicialmente que os participantes dessa pesquisa fossem os coordenadores da residência (coordenador e vice-coordenador), preceptores, tutores e residentes dos segundos anos dos três Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da FMB. E que os Coordenadores fariam uma primeira divulgação da pesquisa à esses futuros participantes.

Devido ao quantitativo de tutores e preceptores envolvidos nos três Programas de Residência, considerou utilizar-se de amostra intencional por conveniência para seleção dos mesmos. Para tanto, os coordenadores dos três programas foram convidados a indicar os participantes que pudessem ser bons informantes.

Após foi disponibilizada ao pesquisador uma relação com nome completo, endereço eletrônico e número de celular dos elegíveis para essa investigação. Prosseguiu-se então com o envio de *e-mail* à todos os possíveis candidatos.

O pesquisador então entrou em contato com os coordenadores, residentes, preceptores e tutores por meio de *e-mail* e quando não obteve resposta por esse canal, enviou mensagem textual no celular dos mesmos.

Todos os residentes dos segundos anos dos PRMSM e PRMSF aceitaram participar dessa pesquisa. Apenas dois tutores e uma preceptora do PRMSF e uma tutora do PRMSM responderam aceitando o convite. Somente dois residentes do PRMSAI responderam informando que tinham desejo em participar, porém que não foram liberados pelos seus preceptores.

Contrariando o acordado anteriormente com a Coordenação do PRMSAI os tutores, preceptores e residentes do PRMSAI informaram que não foram comunicados sobre a pesquisa e que por isso não estariam autorizados a se ausentarem das atividades da Residência e até mesmo dos serviços.

Somado a esse fato e devido a baixa adesão dos tutores e preceptores para participar dessa pesquisa, optou-se por seguir apenas com os residentes dos PRMSF e PRMSM, dispensando assim também os coordenadores dessa etapa. As justificativas dadas pelos tutores

e preceptores dos PRMSM e PRMSF para não participarem foram: viagem planejada, férias e indisponibilidade profissional devido a agenda de trabalho.

Os critérios de inclusão para escolha dos participantes dessa pesquisa foram: ter interesse em colaborar com essa pesquisa; atuar como residente do segundo ano em um dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da FMB. Já os critérios de exclusão foram: desligamento da residência; licenças médicas prolongadas ou período de férias coincidentes com a etapa da pesquisa.

### 3.4 Etapas e instrumento de coleta de dados

Foram construídas três etapas para a coleta de dados a saber: Revisão Integrativa da Literatura, Análise Documental dos Projetos Políticos Pedagógicos dos três Programas de Residência Multiprofissional da FMB e uma Intervenção-ação junto aos residentes dos segundos anos dos referidos programas (Figura 1).



**Figura 1 – Articulação entre as diferentes etapas e instrumento de coleta de dados, 2022**

Nesse sentido, espera-se que os resultados advindos da Revisão Integrativa de Literatura possibilitem conhecer diferentes experiências de educação interprofissional no Brasil, bem como os derivados da análise dos Projetos Políticos Pedagógicos e os achados emergidos da intervenção-ação possam responder os questionamentos: o que é proposto nos Projetos Políticos Pedagógicos dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde acontece na prática? E

---

essa prática configura-se como uma possibilidade para a realização de uma prática interprofissional colaborativa?

### 3.4.1 Revisão Integrativa de Literatura

Foi desenvolvida uma revisão integrativa da literatura voltada para a interface entre a formação profissional e o trabalho em saúde. A escolha desse referencial metodológico foi feita por permitir que sejam incluídos estudos com delineamentos experimentais, não experimentais, teóricos e empíricos cujo estabelecimento ou seleção deva atender ao objeto de estudo que se propõe investigar. Consequentemente, seus resultados constroem um panorama ampliado de situações relevantes para área do conhecimento que no caso dessa pesquisa se trata das Ciências da Saúde (GANONG, 1987; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; SOARES; et al., 2014).

Para o seu processamento são consideradas seis fases: (1) Identificação do tema e elaboração da questão de pesquisa que guiará a revisão; (2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos, busca na literatura e amostragem; (3) Coleta de dados ou definição das informações que serão extraídas dos estudos; (4) Análise criteriosa dos dados dos estudos incluídos na revisão; (5) Discussão dos resultados e (6) Apresentação da síntese do conhecimento (GANONG, 1987; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010; SOARES; et al., 2014).

Considerando a primeira fase foi utilizada a estratégia PCC (ARAÚLO, 2020) que corresponde à *Population* (População), *Concept* (Conceito) e *Context* (Contexto) para construção da questão norteadora dessa revisão: *qual a contribuição da literatura científica acerca da educação e prática interprofissional colaborativa no contexto da formação profissional nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil?*

Justifica-se analisar o contexto brasileiro levando em consideração aos estudos já publicados que tratam da temática da educação interprofissional e/ou prática interprofissional colaborativa sob diferentes perspectivas e cenários, porém, sem menção ou pouco exploradas as experiências brasileiras (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; REEVES; TASSONE; PARKER; WAGNER; SIMMONS, 2012; REEVES; PERRIER; GOLDMAN; FREETH; ZWARENSTEIN, 2013; BAAR, 2015; AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; REEVES, 2016; SANGALETI; SCHVEITZER; PEDUZZI; ZOBOLI, 2017; RATKA;

---

ZOREK; MEYER, 2017; FREIRE FILHO et al., 2019b; MARION-MARTINS; PINHO, 2020; DIAS, et al., 2021; INZUNZA, et al., 2021).

Nesse sentido, busca-se relacionar se as Residências Multiprofissionais em Saúde, podem ou não estar potencializado mudanças na formação profissional com vistas a uma prática interprofissional colaborativa.

Na segunda fase, a seleção da amostra foi realizada por meio de uma vasta busca na literatura científica em sete recursos informacionais, sendo em sua totalidade seis bases de dados eletrônicos – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL)*, *Web of Science*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *National Library of Medicine National Institutes of Health (Pubmed)*, Scopus e Embase – e um Portal de Revistas Brasileiras – *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*.

Vale mencionar que as bases de dados Scopus e *Web of Science* apesar de serem internacionais foram consideradas para fins dessa busca por existir a possibilidade de artigos produzidos no contexto brasileiro serem encontrados nessas bases.

A estratégia de busca foi adaptada para cada um dos recursos supracitados, utilizando Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) ou palavras-chaves a partir do *Medical Subject Headings (MeSH)* de forma controlada e não controlada, combinados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*, conforme apresentado no Quadro 5.

Não foi utilizada restrição quanto ao idioma e ano de publicação, porém, os seguintes critérios de inclusão foram considerados: texto publicado na forma de artigo científico e disponível na íntegra em livre acesso *on-line*; responder a pergunta da pesquisa.

Já os critérios de exclusão constituíram em documentos do tipo: artigos revisão, carta ao editor, dissertações, editorial, livros, monografias, resumos, teses, trabalhos de conclusão de cursos, teóricos ou apresentados em eventos científicos.

A busca foi realizada no dia 25 de maio de 2021 e o gerenciador de referências bibliográficas *EndNote Web* foi utilizado para auxiliar na remoção das duplicatas. Quanto à seleção dos estudos, utilizou-se a ferramenta *Rayyan* com três revisores, sendo que o primeiro e o segundo revisor fizeram a leitura de todos os títulos e resumos, de forma individual e independente, e, para resolução das discordâncias, houve a participação de um terceiro revisor (OUZZANI; HAMMADY; FEDOROWICZ; ELMAGARMID, 2016). Os artigos selecionados nessa etapa de leitura dos títulos e resumos foram lidos na íntegra, com os mesmos critérios de seleção, pelos três revisores envolvidos.

**Quadro 7 – Caracterização do processo para busca dos estudos que compuseram a amostra da presente revisão integrativa, 2022**

| <b>Recurso informacional</b> | <b>Estratégia de busca</b>  |
|------------------------------|---|
| <b>CINAHL</b>                | ("interprofessional education" OR "interprofessional relations") AND ("education, professional")  |
| <i>Web of science</i>        | ((("interprofessional education" OR "interprofessional relations") AND ("education, professional"))   |
| <b>LILACS</b>                | ("interprofessional education" OR "interprofessional relations") AND ("education, professional") AND ( db:("LILACS"))   |
| <b>Pubmed</b>                | ("interprofessional education" [All Fields] OR "interprofessional relations" [All Fields]) AND "education professional"[All Fields]   |
| <b>Scopus</b>                | ALL ((("interprofessional AND education" OR "interprofessional AND relations") AND ("education, AND professional") AND ("brazil"))  |
| <b>Embase</b>                | ('interprofessional education'/exp OR 'interprofessional education' OR 'interprofessional relations'/exp OR 'interprofessional relations') AND ('education, professional'/exp OR 'education, professional') |
| <b>SciELO</b>                | Education [Todos os índices] OR relations [Todos os índices] ADN interprofessional [Todos os índices]   |

Na terceira fase – coleta de dados – utilizou-se instrumento proposto por Souza, Silva e Carvalho (2010), de modo a uniformizar as informações extraídas do conjunto de artigos selecionados, a saber: título do artigo, título do periódico, volume, número e ano de publicação, idiomas disponíveis, dados da instituição sede do estudo, tipo de publicação, características metodológicas do estudo, principais resultados e conclusões (Anexo I).

Para a quarta fase – análise crítica dos dados – foi adotada a classificação do nível de evidência proposta por Melnyk e Fineout-Overholt que aponta três níveis: forte (nível 1 - evidências provenientes de revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados ou oriundas de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados; nível 2 - evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado); moderado (nível 3 - evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização; nível 4 - evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados; ensaio clínico não randomizado, caso-controle ou coorte) e fraco (nível 5 - evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos; nível 6 - evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo; nível 7 - evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas) (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2011).

---

Os resultados encontrados entre os diferentes artigos foram tratados por meio da Análise de Conteúdo (GRANEHEIM; LUNDMAN, 2004; GRANEHEIM; LINDGREN; LUNDMAN, 2017).

Já na quinta fase – interpretação dos resultados – foram feitas correlações com autores que dialogam com a temática estudada. E na última fase apresentou-se uma síntese dos resultados encontrados.

### **3.4.2 Análise Documental dos Projetos Políticos Pedagógicos**

A análise documental apresenta-se como uma técnica de coleta de dados, podendo complementar outros métodos em uma mesma pesquisa, com vistas a tornar o objeto de estudo mais compreensível (ANDRADE; SCHIMITT; STORCK; PICCOLI; RUOFF, 2018).

É uma tipologia de pesquisa que busca a partir dos documentos analisados a identificação, organização e avaliação de informações, por meio de um processo sistematizado de coleta, tratamento e análise de dados com vistas ao aprofundamento teórico em temáticas específicas a partir de fontes primárias que se relacionam com o objeto de pesquisa (ANDRADE; SCHIMITT; STORCK; PICCOLI; RUOFF, 2018).

Os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) dos três Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da FMB foram solicitados às Coordenações dos mesmos para que fossem analisados, visto que não estavam disponibilizados no site da instituição.

Pontua-se que mesmo com a não participação dos residentes do PRMSAI optou-se em manter a análise do PPP desse programa, mantendo assim o objetivo e desenho inicial da pesquisa.

Essa análise deu-se à luz tanto das diretrizes publicadas pelo CAIPE que orientam a avaliação de contextos educacionais na perspectiva da educação interprofissional (BAAR, 2003) quanto dos eixos norteadores propostos aos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional em Saúde por meio de uma Portaria Interministerial – MS e MEC (BRASIL, 2009).

Para tal, realizou-se um processo de agrupamento por semelhanças desses dois referenciais que originaram uma matriz orientadora com elementos que devam ser observados em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde sob a perspectiva dos princípios e diretrizes do SUS e da educação interprofissional em saúde a partir de três categorias analíticas:

“metas e objetivos de ensino”, “fundamentação teórica e metodológica de ensino”, “avaliação do processo de ensino” (Quadro 6).

Entende-se que ao unir tais referenciais os programas puderam ser analisados tanto à luz da educação interprofissional quanto dos princípios e diretrizes do SUS, norteadores dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde e das ações dos serviços em que estão inseridos os residentes.

**Quadro 8 – Matriz orientadora para avaliação dos Projetos Políticos Pedagógicos na perspectiva da educação interprofissional e dos eixos norteadores propostos aos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde pelos Ministérios da Educação e Saúde, 2022**

| <b>Categorias analíticas</b>                          | <b>Elementos a serem identificados em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde sob a perspectiva da Educação Interprofissional e dos eixos norteadores propostos aos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde pelo Ministério da Educação e Saúde.</b>   |
|---|--|
| <b>Metas e objetivos de ensino</b>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Duas ou mais profissões aprendendo juntas de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional e/ou a saúde/bem-estar dos pacientes/clientes.</li> <li>• Desenvolvimento de competências colaborativas e do trabalho em equipe.</li> <li>• Entendimento dos papéis profissionais dos outros.</li> <li>• Estabelecimento de objetivos comuns.</li> <li>• A colaboração interprofissional como um meio para melhorar a qualidade do atendimento, ou seja, como uma finalidade.</li> <li>• A aprendizagem interprofissional fazendo parte de todo ou parte do programa.</li> </ul> |
| <b>Fundamentação teórica e metodológica de ensino</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural.</li> <li>• Utilização da Política Nacional de Gestão da Educação na Saúde para o SUS.</li> <li>• Utilização de cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do país.</li> </ul>  |

- Abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais.
- Utilização de estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar.
- Integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários.
- Integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da EPS, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde.
- Integração dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde.
- Articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica.
- Descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde.
- Integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema.
- Identificação da base teórica que permita a aprendizagem interprofissional, reflexiva e colaborativa.
- Identificação na estrutura curricular de períodos que permitam a aprendizagem interprofissional.
- Aprendizagem baseada em evidências científicas e em valores como mutualidade e reciprocidade.
- Aprendizagem baseada na conjugação de ações comuns e compartilhadas.
- A aprendizagem comparativa baseada em métodos de aprendizagem interativa como o meio pelo qual as profissões exploram semelhanças e diferenças em seus valores e códigos, conhecimentos e habilidades, poderes e deveres, papéis e responsabilidades e configurações de trabalho, por meio de métodos interativos de ensino, como, por exemplo, a aprendizagem baseada em problemas.
- Aprendizagem interativa efetiva acontecendo em pequenos grupos com a utilização de diferentes metodologias de ensino.

|   |   |
|---|---|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilização de pequenos grupos com o número de participantes de cada profissão de forma semelhante.</li> <li>• Número de profissões envolvidas no programa equilibrado.</li> <li>• Identificação dos atores envolvidos elaboração do programa, incluindo aqui os usuários e profissionais dos serviços.</li> <li>• Aprendizagem baseada na inclusão e centralização do usuário e na participação efetiva dos profissionais dos serviços nas práticas educativas.</li> </ul>   |
| <p><b>Avaliação do processo de ensino-aprendizagem-trabalho</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação da aprendizagem de forma contínua e a todas as categorias envolvidas de forma equânime, verificando o desenvolvimento de competências profissionais.</li> <li>• Avaliação constante do programa permite o (re)planejamento dos métodos pedagógicos com espírito de abertura e aprendizado mútuo.</li> <li>• Os resultados das práticas educacionais devem ser divulgados para auxiliar o desenvolvimento de novas experiências com vistas ao aprimoramento da formação profissional por meio de periódicos, conferências, entre outros.</li> <li>• Utilização de um sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS.</li> </ul> |

### **3.4.3 Intervenção ação: conhecimento e aproximação aos marcos teórico-conceituais e metodológicos da educação interprofissional**

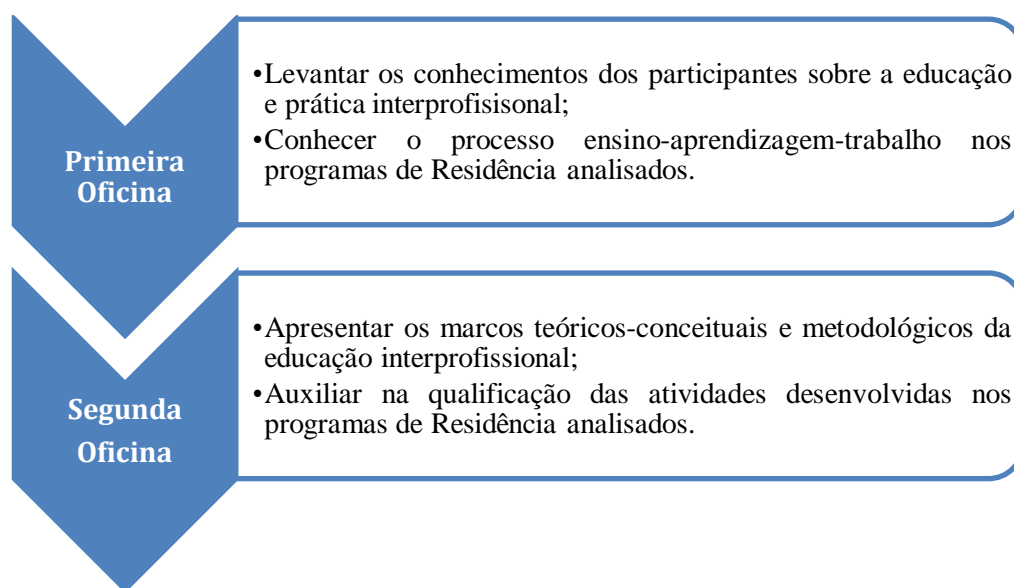
Para essa etapa foram realizadas oficinas para apreender similaridades e diferenças acerca da formação profissional em saúde e em serviço bem como os valores, atitudes e crenças que permeiam todo esse processo (Figura 2). Buscando como produto a problematização acerca da educação e prática interprofissional entre os residentes envolvidos nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde analisados a partir das suas experiências e vivências.

As duas oficinas foram audiogravadas, previamente agendadas e realizadas com a utilização de roteiro norteador (Apêndice I) e de um sistema de videoconferência e outras ferramentas para comunicação à distância, com intervalo entre elas de uma semana e duração cada uma de quatro horas.

Para utilização de excertos das falas dos participantes nas oficinas foi utilizado um código alfa-número composto pela sigla do programa (PRMSM, PRMSF) sucedido de um algarismo para facilitar a associação das falas ao Programa de Residência, e foi suprimida qualquer informação que pudesse identificá-los, como a categoria profissional e o nome de tutores, preceptores e coordenadores, entre outros

Ao final de cada oficina foi realizada avaliação do encontro composta por duas partes: escala tipo *likert* e questões abertas (Apêndice II).

A primeira parte foi composta por uma escala tipo *likert* que continha cinco critérios (discordo totalmente, discordo parcialmente, neutro, concordo parcialmente, concordo totalmente) relacionados a atributos da intervenção-ação, como objetivos da oficina, organização da oficina, atuação dos pesquisadores e autoavaliação dos participantes. Já na segunda parte os participantes deveriam dar continuidade as frases iniciadas pelas expressões: “*Eu nem esperava e aconteceu...*”, “*Decepcionei-me um pouco com...*”, “*Se eu fosse fazer uma propaganda a um colega sobre essa oficina eu diria que...*”.



**Figura 2 – Planejamento das oficinas, 2022**

#### **3.4.3.1 Primeira oficina: identificando as experiências**

A primeira oficina ocorreu em 08/06/2021 e uma semana anterior a esta data todos os participantes receberam por *e-mail* o *link* de acesso à oficina e um formulário eletrônico elaborado no Google *Forms* contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

(Apêndice III). Após o aceite desse o participante era direcionado a um questionário com perguntas voltadas para a caracterização dos participantes: gênero, idade, graduação (ano de conclusão; nome, cidade e estado da instituição formadora; modalidade do curso - presencial, semi-presencial ou ensino à distância) e programa de residência vinculado.

Enquanto ocorria a entrada de todos os participantes no *link* enviado, um vídeo foi reproduzido com fotos e informações de quem eram os pesquisadores (pós-graduando, orientador e co-orientador), os mediadores das oficinas e os participantes da pesquisa. E ainda continha orientações, como: deixar o microfone desabilitado quando não estivesse falando; seguir com atenção as recomendações dadas pelo moderador da oficina; manter-se com atenção e respeito durante a fala de todos envolvidos na oficina; não consultar a *internet* para responder ou subsidiar as discussões; não gravar a oficina, tirar foto ou fazer *print screen* da tela.

Os mediadores das oficinas foram: um docente da Universidade Federal de São Paulo, uma mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FMB e uma Pedagoga do Núcleo de Apoio de Pedagógico da FMB.

O início da primeira oficina se deu com a recepção dos participantes pelo pesquisador-doutorando e posteriormente houve a explanação sobre os objetivos da pesquisa, o esclarecimento de possíveis dúvidas frente a mesma e ao TCLE. Retomou-se também as orientações dadas por meio do vídeo voltadas a boas maneiras durante a realização das oficinas, chamadas no meio digital de “Netiqueta”.

Seguiu-se então com a divisão dos participantes por Programa de Residência em duas salas digitais diferentes com a condução de um mediador por grupo. O pesquisador-doutorando percorreu os dois ambientes como forma de sanar possíveis dúvidas, bem como acompanhar as discussões.

Nessa primeira oficina os objetivos eram: levantar os conhecimentos dos participantes acerca da educação e prática interprofissional e conhecer o processo ensino-aprendizagem-trabalho em ambos os programas a partir da percepção dos residentes. Para tal utilizou-se de quatro perguntas (P1, P2, P3, P4) que deveriam ser respondidas pelo grupo de residentes e posteriormente apresentadas em plenária à todos os envolvidos na oficina:

- P1 - Em que situações nas atividades da Residência você tem a oportunidade de atuar de forma interprofissional?
- P2 - O que caracteriza essas atividades como interprofissionais?
- P3 - Na sua opinião o que facilita a prática do trabalho interprofissional no contexto das atividades da Residência?

- P4 - Na sua opinião o que dificulta a prática do trabalho interprofissional no contexto das atividades da Residência?

Em plenária um representante de cada grupo apresentou uma proposta-síntese dos pontos debatidos com validação dos envolvidos com consideração as particularidades e exceções quando se fizeram presentes.

Após a apresentação dos dois grupos disponibilizou-se *link* de acesso para avaliação do primeiro encontro.

### **3.4.3.2 Segunda Oficina: aproximações e distanciamentos entre a formação e a prática**

A segunda oficina ocorreu em 15/06/2021 e iniciou com o pesquisador-doutorando retomando os objetivos da pesquisa e os resultados emergidos na primeira oficina e apresentando a proposta de trabalho para o segundo encontro.

Após esse momento o co-orientador dessa pesquisa de doutorado fez uma apresentação dialogada sobre os marcos teórico-conceituais e metodológicos da educação interprofissional envolvendo sua definição, seus benefícios e desafios, o conceito de competências comuns, específicas e colaborativas, as diferenças entre os termos relacionados aos prefixos *multi-* e *inter-* e aos adjetivos profissional e disciplinar e a metodologia a ser utilizada numa iniciativa educacional interprofissional, com exemplos da prática.

Destacou ainda por meio de exemplos como implementar estratégia guiada pelo referencial da educação interprofissional reforçando a necessidade de se planejar a ação previamente considerando: as necessidades de aprendizagem, a construção das competências comuns, específicas e colaborativas, a definição da metodologia a ser utilizada a partir das competências esperadas, a avaliação coerente com as competências esperadas. E que a intencionalidade da ação deve se manifestar por meio do alinhamento dos objetivos de aprendizagens, das competências esperadas, da avaliação, da capacidade de colocar o usuário no centro do cuidado e das necessidades do usuário que deve ordenar coordenar todas as práticas profissionais.





Posteriormente os residentes foram então novamente divididos em dois grupos por Programa de Residência em que deveriam revisar o material construído na primeira oficina a partir de quatro novas perguntas norteadoras (P5, P6, P7, P8):

- P5 - Quais as aprendizagens mais marcantes dessas experiências? Elas foram estimuladas ou desenvolvidas de diferentes formas pelos residentes?

- P6 - Qual(is) a(s) intencionalidades mais explícitas dessas iniciativas? Como essa intencionalidade se expressou?
- P7 - Quais etapas do processo ensino-aprendizagem facilitaram o desenvolvimento de competências para o efetivo trabalho em equipe?
- P8 - Em que momento as facilidades e ou dificuldades foram discutidas para avaliação e planejamento do processo ensino-aprendizagem?

Intencionalmente as respostas dadas na primeira oficina deveriam ser revisitadas a partir dessas novas questões, buscando despertar uma discussão no grupo a partir dos marcos teórico-conceituais e metodológicos da educação interprofissional apresentados. Sendo assim os pontos agrupados como resposta pelo grupo por programa de residência para a pergunta “P1” deveriam ser analisados na segunda oficina a partir da pergunta “P5” e assim por diante (Quadro 7).

**Quadro 9 – Questões norteadoras utilizadas nas oficinas, 2022**

| Primeira oficina |   |   | Segunda oficina |   |
|------------------|---|---|-----------------|---|
| <b>P1</b>        | Em que situações nas atividades da Residência você tem a oportunidade de atuar de forma interprofissional?      |  | <b>P5</b>       | Quais as aprendizagens mais marcantes dessas experiências? Elas foram estimuladas ou desenvolvidas de diferentes formas pelos residentes? |
| <b>P2</b>        | O que caracteriza essas atividades como interprofissionais?   |  | <b>P6</b>       | Qual(is) a(s) intencionalidades mais explícitas dessas iniciativas? Como essa intencionalidade se expressou?                              |
| <b>P3</b>        | Na sua opinião o que facilita a prática do trabalho interprofissional no contexto das atividades da Residência? |  | <b>P7</b>       | Quais etapas do processo ensino-aprendizagem facilitaram o desenvolvimento de competências para o efetivo trabalho em equipe?             |
| <b>P4</b>        | Na sua opinião o que dificulta a prática do trabalho interprofissional  |  | <b>P8</b>       | Em que momento as facilidades e ou dificuldades foram discutidas para avaliação e   |

|   |  |   |
|---|--|---|
| no contexto das atividades da Residência? |  | planejamento do processo ensino-aprendizagem? |
|---|--|---|

Cada grupo após esse momento apresentou em plenária uma proposta-síntese dos pontos debatidos e após foi disponibilizado o *link* de avaliação da oficina.

### 3.5 Procedimentos de análise de dados

Os dados da pesquisa foram organizados segundo a Análise de Conteúdo proposto pelo referencial de Graneheim e Lundman (GRANEHEIM; LUNDMAN, 2004; GRANEHEIM; LINDGREN; LUNDMAN, 2017) para os três momentos da pesquisa: Revisão Integrativa de Literatura; Análise Documental; Intervenção-ação.

Estes autores referem que a análise de conteúdo na pesquisa em educação tem sido aplicada a uma variedade de dados de diferentes níveis de interpretação envolvendo múltiplos significados com necessidade de interpretações dos conteúdos latentes. Pois, a realidade pode ser interpretada de várias maneiras e a compreensão depende da interpretação subjetiva (GRANEHEIM; LUNDMAN, 2004; GRANEHEIM; LINDGREN; LUNDMAN, 2017).

Na análise de conteúdo há a necessidade de se decidir se apenas o conteúdo manifesto (componentes visíveis e óbvios do texto) será considerado ou se o latente (nível interpretativo), também, pois, as interpretações variam em profundidade e com o nível de abstração.

A operacionalização desse referencial teórico se dá a partir da leitura do texto bruto que deve ser lido visando a extração e reunião de um novo documento, constituindo a unidade de análise. Essa unidade é então dividida em unidades de significados para posteriormente serem condensadas, por meio da abstração que é a criação de códigos, categorias e temas.

O processo de condensação se dá por meio da redução das falas, preservando a essência das mesmas (núcleo de sentido). As unidades de conteúdo condensadas são então codificadas em que os códigos devem ser comparados com base nas diferenças e semelhanças e classificados em categorias e subcategorias, constituindo assim o conteúdo manifesto.

As categorias são tidas como representando o conteúdo manifesto, ou seja, o aspecto do conteúdo, e os temas, representando o conteúdo latente, que podem reunir várias categorias e ser subdivididos em subtemas (GRANEHEIM; LUNDMAN, 2004; GRANEHEIM; LINDGREN; LUNDMAN, 2017).

---

Nesse sentido, adotou-se nesse estudo o modelo que descreve: unidade de significado, unidade de significado condensada (descrição próxima do texto), interpretação do significado subjacente, subtema e tema (GRANEHEIM; LUNDMAN, 2004; GRANEHEIM; LINDGREN; LUNDMAN, 2017).

### **3.6 Aspectos éticos**

O presente estudo foi submetido inicialmente à Comissão de Residências Multiprofissionais em Saúde e após concordância desta, encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da FMB recebendo parecer consubstanciado em 08/04/2020 sob o número do Certificado de Apresentação de Apreciação Ética 29238420.6.0000.5411 (Anexo II).

Todos os indivíduos foram previamente consultados e claramente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e o caráter não obrigatório de sua participação nesta pesquisa científica, conforme TCLE (Apêndice III).

O TCLE foi ofertado de maneira digital, respeitando as orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa deliberada em 24/02/2021 (BRASIL, 2021a). E as Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, a qual instituem diretrizes e normas que regulamentam a ética nas pesquisas envolvendo seres humanos e pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes, respectivamente (BRASIL, 2012b, 2016).

## *Resultados*

---

---

## 4 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados separadamente por procedimento de coleta de dados e após serão exibidos alguns pontos de intercruzamentos entre os achados.

### 4.1 Revisão Integrativa de Literatura

Foram identificadas 1768 referências entre os sete recursos informacionais. Após a remoção das duplicatas com a utilização do *Endnote*, 1441 referências foram submetidas a leitura dos títulos e resumos, das quais 23 foram selecionadas para leitura na íntegra como sendo estudos potenciais para responder a questão norteadora dessa revisão. Com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 16 artigos, identificados pelos algarismos de 1 a 16, que possibilitaram conhecer as diferentes experiências da prática interprofissional colaborativa no contexto das Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil, como demonstrado no fluxo de seleção da amostra embasado no *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* revisão (PRISMA) (Figura 3) (MOHER; LIBERATI; TETZLAFF; ALTMAN, 2009).

Os estudos foram publicados em sua maioria em periódicos nacionais, à exceção de um (9) e com representação de mais de uma revista com mesmo volume e número. Todas as revistas pertenciam a área das Ciências da Saúde, porém, com diferenças na subárea de concentração do conhecimento, sendo a Educação e Saúde Pública com maior representação (2, 3, 4, 5, 8, 10). Quanto ao fator de impacto esse variou entre 0,34 e 0,71, daquelas com indexação na *Web of Science* (Quadro 8).

Essas constatações chamam a atenção para os artigos que foram publicados em um mesmo volume e número de uma mesma revista, pois, apesar de possibilitarem a divulgação de estudos envolvendo a educação e prática interprofissional, por meio inclusive de chamadas especiais, essa se dá de forma concentrada, o que diminui a circulação de pesquisas envolvendo os temas em diferentes volumes e números.

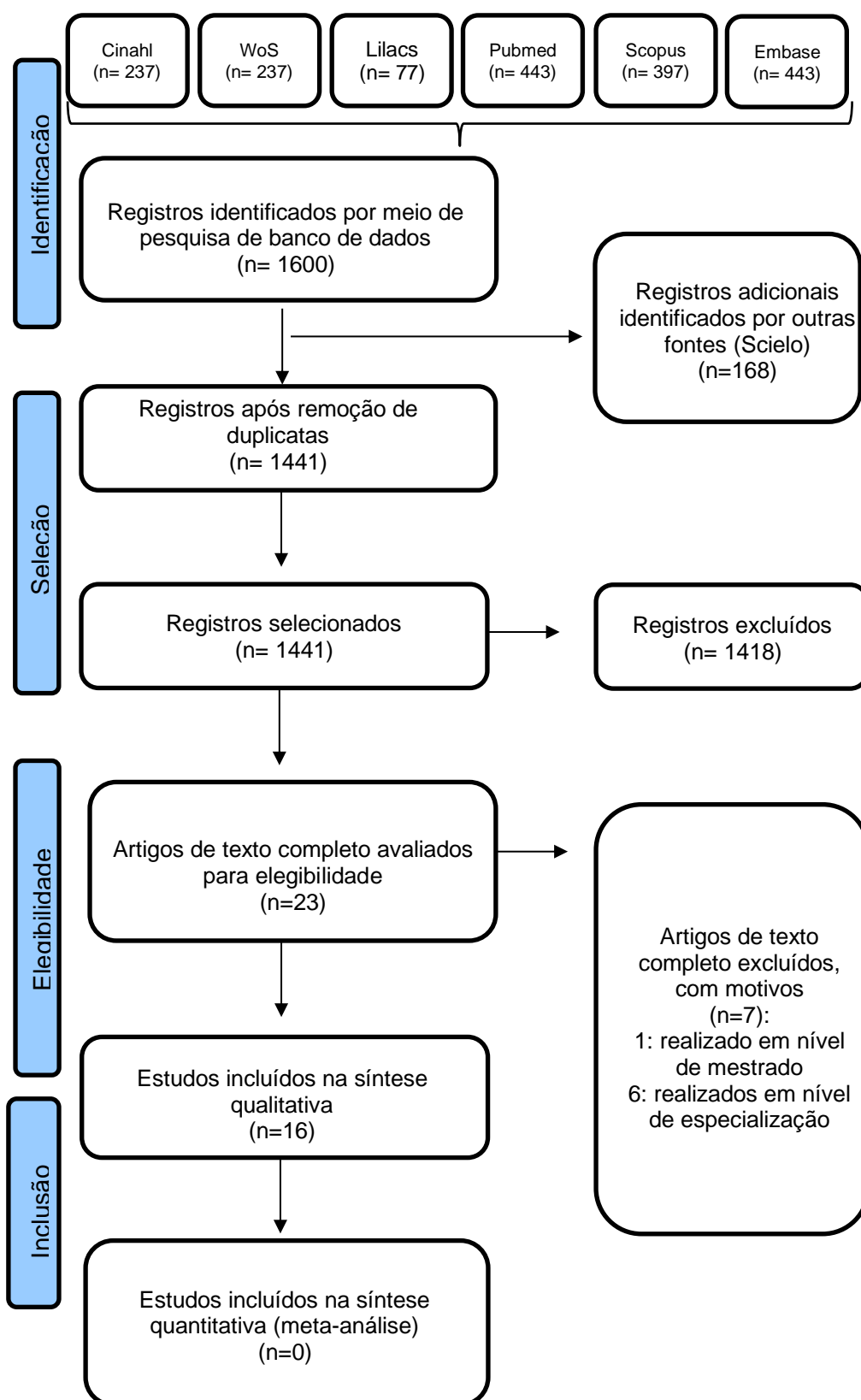


Figura 3 – Apresentação da seleção dos estudos para compor a amostra da revisão integrativa segundo o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), 2022

Infere-se também que os estudos têm sido desenvolvidos em diferentes subáreas do conhecimento, todavia, chama a atenção que apenas a medicina e enfermagem figuraram entre os núcleos profissionais específicos.

Em relação ao fator de impacto percebeu-se que nem todos os periódicos apresentaram tal métrica que é utilizada como forma de se qualificar as revistas com base nas citações que ela recebe e ainda verificar quais são as mais citadas em uma determinada área.

Nesse sentido, cabe associar as informações obtidas e relacionadas as subáreas do conhecimento e aos fatores de impacto das revistas como forma de se colocar em voga se as pesquisas no campo sobretudo da saúde pública e educação tem sido compreendidas na comunidade científica com a sua devida relevância.

**Quadro 10 – Caracterização dos periódicos incluídos na revisão integrativa: primeiro autor, título, nome do periódico, subárea de concentração, fator de impacto, 2022**

| <b>Id</b> | <b>Primeiro autor</b> | <b>Título do artigo</b>   | <b>Nome periódico: volume (número); ano de publicação</b>        | <b>Subárea de concentração do conhecimento do periódico</b> | <b>Fator de impacto</b> |
|-----------|-----------------------|---|--|---|-------------------------|
| <b>1</b>  | Dias<br>IMAV          | A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde                   | Saúde em debate: 40 (111); 2016                                  | Serviços de saúde, saúde pública                            | ND                      |
| <b>2</b>  | Wetzel C              | Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial                        | Interface Comunicação, saúde e educação: 22 (Suplemento 2); 2018 | Educação, Saúde Pública                                     | 0,447                   |
| <b>3</b>  | Araújo<br>TAM         | Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores | Interface Comunicação, saúde e educação: 21 (62); 2017           | Educação, Saúde Pública                                     | 0,447                   |
| <b>4</b>  | Arruda<br>GMMS        | O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de                                     | Interface Comunicação, saúde e educação: 22                      | Educação, Saúde Pública                                     | 0,447                   |

|    |                 |   |  |  |       |
|----|-----------------|---|--|--|-------|
|    |                 | residência multiprofissional em Saúde da Família  | (Suplemento 1); 2018   |  |       |
| 5  | Lago LPM        | A análise de práticas profissionais como dispositivo para a formação na residência multiprofissional  | Interface Comunicação, saúde e educação: 22 (Suplemento 2); 2018 | Educação, Saúde Pública                            | 0,447 |
| 6  | Miranda Neto MV | Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos  | Revista Brasileira de Enfermagem: 68 (4); 2015                   | Enfermagem   | 0,71  |
| 7  | Lima ICBF       | Residências integradas em saúde mental: para além do tecnicismo   | Trabalho, educação e saúde: 17 (2); 2019                         | Saúde pública, Saúde ambiental, Medicina, Educação | ND    |
| 8  | Arneman n CT    | Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade   | Interface Comunicação, saúde e educação: 22 (Suplemento 2); 2018 | Educação, Saúde Pública                            | 0,447 |
| 9  | Motta LB        | <i>Integrating Medical and Health Multiprofessional Residency Programs: The Experience in Building an Interprofessional Curriculum for Health Professionals in Brazil</i> | <i>Education for Health: 27 (1); 2014</i>                        | Serviços de saúde                                  | 0,34  |
| 10 | Casanova IA     | A educação interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em saúde  | Interface Comunicação, saúde e educação: 22 (Suplemento 1); 2018 | Educação, Saúde Pública                            | 0,447 |
| 11 | Lewgoy AMB      | A perspectiva interprofissional na residência integrada multiprofissional em saúde hospitalar   | <i>Clinical &amp; Biomedical Research: 39 (1); 2019</i>          | Medicina   | ND    |

|    |                     |  |   |                         |    |
|----|---------------------|--|---|-------------------------|----|
| 12 | Perego<br>MG        | Aprendizagens compartilhadas na residência multiprofissional em saúde  | Tempus Actas de Saúde Coletiva: 10 (4); 2016                                      | Saúde Pública           | ND |
| 13 | Arruda<br>GMMS      | Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família | Tempus Actas de Saúde Coletiva: 10 (4); 2016                                      | Saúde Pública           | ND |
| 14 | Casanova<br>IA      | Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde  | Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde - <i>Health Sciences</i> : 40 (3); 2015 | Medicina, Saúde Pública | ND |
| 15 | Evangeli<br>sta ALP | Residência integrada em saúde mental: cuidado à rede de atenção psicossocial   | Revista Brasileira em Promoção da Saúde: 31 (4); 2018                             | Saúde Pública           | ND |
| 16 | Bones<br>AANS       | Residência multiprofissional tecendo práticas interdisciplinares na prevenção da violência   | Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde - <i>Health Sciences</i> : 40 (3); 2015 | Medicina, Saúde Pública | ND |

\* Id= identificação; ND = não disponível

A maioria dos estudos estava disponível apenas na língua portuguesa (1, 3, 4, 7, 10, 11, 13, 14, 15, 16), cinco (2, 5, 6, 8, 12) tanto na língua inglesa quanto portuguesa e um somente na língua inglesa (9). Houve publicações entre os anos de 2014 e 2019 com maior concentração no ano de 2018 (2, 4, 5, 8, 10, 15).

Verificou-se, assim, que as publicações científicas sobre o tema datam de poucos anos demonstrando que a temática da interprofissionalidade tem sido estudada no Brasil de forma recente, contrariando o já postulado na literatura internacional.

O fato de muitos estarem disponíveis apenas na língua portuguesa associa-se a prevalência de periódicos nacionais que compõem essa amostra o que por sinal pode inviabilizar a socialização dos resultados das pesquisas de forma mais amplificada pela ocorrência da língua inglesa ser tida como mais comum e solicitada nas publicações internacionais. Em contrapartida publicações na língua-mãe de cada país, oportuniza o fomento das discussões de um dado assunto em nível nacional. E nesse sentido, considerando que a educação interprofissional já há anos tem sido estudada em países sobretudo do Canadá, Estados Unidos e Europa, ter publicações disponíveis em português permite um maior alcance pelos atores envolvidos nos cenários de formação no Brasil.

Quanto a autoria dos estudos identificou-se 57 pesquisadores distribuídos entre todos os 16 estudos da amostra, excluindo os autores que se repetiram entre os artigos, com diferentes formações das áreas do conhecimento: ciências biológicas, ciências da computação, educação física, enfermagem, enfermagem e obstetrícia, farmácia, filosofia, fisioterapia, fonoaudiologia, informática, medicina, nutrição, odontologia, psicologia, química, serviço social.

A enfermagem figurou com maior frequência representando a formação de 19 autores, seguida pela psicologia e medicina. E com a presença de autores também das áreas do conhecimento para o além das ciências biológicas e da saúde, como exatas, humanas e sociais, o que permite o desenvolvimento de pesquisas interdisciplinares.

As instituições nos quais os autores apresentavam vínculo segundo informações contidas nos periódicos apresentaram associação à órgãos públicos, sobretudo federais e com menor representação de instituições privadas e dos serviços de saúde: Centro Universitário Católica de Quixadá (Ceará/Fortaleza), Escola de Saúde Pública do Ceará, Faculdade Maurício de Nassau (Ceará-Fortaleza), Hospital das Clínicas de Porto Alegre, Hospital Materno-infantil Presidente Vargas (Porto Alegre/Rio Grande do Sul), Universidade de Montreal (Canadá), Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Universidade de São Paulo (Campus Ribeirão Preto e São Paulo), Universidade de Toronto (Canadá), Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de São Paulo (Campus São Paulo e Baixada Santista), Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Os objetivos propostos indicaram que o objeto de estudo dessa revisão tem sido analisado sob diferentes perspectivas e puderam ser reunidos em três grupos por suas semelhanças. O primeiro grupo foi composto pelas pesquisas que buscaram analisar a proposta pedagógica dos Programas de Residências Multiprofissionais na perspectiva do referencial

teórico da educação e prática interprofissional (1, 2, 4, 5, 6, 7, 10, 13, 14, 16). O segundo constou daqueles que objetivaram compreender o processo de ensino-aprendizagem nesse contexto (3, 12, 15) e por último aqueles que descreveram experiências evidenciando a potencialidade dos Programas como modalidade para uma formação interprofissional (5, 8, 9, 11).

Quanto aos aspectos metodológicos, esses mantiveram concordância com a diversificação dos objetivos propostos nos estudos. Apenas um artigo apresentou nível de evidência classificado como “moderado” (12) e todos os demais como “fraco”. Dos 16 estudos encontrados apenas um apresentou natureza quantitativa (12) e outro natureza mista (10), todos os demais configuraram-se como investigações qualitativas e com delineamentos de pesquisa e análise dos dados diversos (Quadro 9).

**Quadro 11 - Caracterização dos periódicos incluídos na revisão integrativa: aspectos metodológicos, 2022**

| <b>Id</b> | <b>Natureza do estudo</b> | <b>Tipo de estudo</b>       | <b>Nível de evidência</b> | <b>Fonte de dados</b>             | <b>Procedimentos para coleta de dados</b>                             | <b>Análise dos dados</b>                            |
|-----------|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---|---|
| <b>1</b>  | Qualitativo               | Estudo de caso              | 6                         | Tutor                             | Grupo focal   | Análise de conteúdo - Bardin                        |
| <b>2</b>  | Qualitativo               | Avaliação de Quarta Geração | 5                         | Profissionais do serviço          | Entrevista  | Círculo Hermenêutico Dialético                      |
| <b>3</b>  | Qualitativo               | Exploratório                | 5                         | Preceptor, residente              | Grupo focal   | Análise de conteúdo - Bardin                        |
| <b>4</b>  | Qualitativo               | Estudo de casos múltiplos   | 6                         | Coordenador, preceptor, residente | Entrevista, observação participante com registro em 5 diário de campo | Análise temática - Bardin e triangulação dos dados. |
| <b>5</b>  | Qualitativo               | Pesquisa-intervenção        | 5                         | Documentos, residente             | Rodas de conversas com registro em diário de campo com                | Análise Institucional de Práticas Profissionais     |

|           |              |  |   |  |  |   |
|-----------|--------------|--|---|--|--|---|
|           |              |  |   |  | posterior construção de e análise documental                           |   |
| <b>6</b>  | Qualitativo  | Descritivo, exploratório                                       | 5 | Documentos, residente                          | Análise documental   | Descritiva                              |
| <b>7</b>  | Qualitativo  | Descritivo, exploratório                                       | 5 | Coordenador, preceptor                         | Análise documental, entrevistas e diário de campo                      | Análise temática - Bardin               |
| <b>8</b>  | Qualitativo  | Pesquisa apreciativa   | 5 | Preceptor                                      | Rodas de conversa - grupos de discussões.                              | Análise temática - Denzin e Lincoln     |
| <b>9</b>  | Qualitativo  | Relato de experiência  | 6 | Coordenador, profissionais dos serviços, tutor | <i>Workshops</i>   | Descritiva                              |
| <b>10</b> | Quanti-quali | Descritivo, exploratório                                       | 5 | Documentos, residente                          | Análise documental, escala atitudinal do tipo <i>likert</i>            | Análise estatística e temática - Bardin |
| <b>11</b> | Qualitativo  | Relato de experiência  | 6 | Tutores e residentes                           | Oficinas com pacientes internados no hospital                          | Análise de conteúdo - Bardin            |
| <b>12</b> | Quantitativo | Descritivo, exploratório e analítico do tipo corte transversal | 4 | Preceptor, residente e tutor                   | Escala atitudinal do tipo <i>likert</i>                                | Médias das asserções                    |
| <b>13</b> | Qualitativo  | Estudo de casos múltiplos                                      | 6 | Documentos, preceptor, residente, coordenador  | Entrevistas, observação participante com registro em diário de campo e | Análise temática - Bardin               |

|           |             |                                      |   |  |   |                           |
|-----------|-------------|--------------------------------------|---|--|---|---------------------------|
|           |             |                                      |   |  | análise documental                      |                           |
| <b>14</b> | Qualitativo | Descritivo, exploratório             | 5 | Residente  | Entrevista                              | Análise temática          |
| <b>15</b> | Qualitativo | Descritivo, exploratório e analítico | 5 | Documentos, preceptor, profissionais dos serviços, residente | Análise documental e entrevistas        | Análise temática - Bardin |
| <b>16</b> | Qualitativo | Relato de experiência                | 6 | Profissionais dos serviços de saúde e educação, residente    | Oficinas na forma de rodas de conversas | Descritiva                |

\* Id = identificação

Os aspectos metodológicos da amostra apresentam semelhanças, evidenciando a necessidade de novas investigações com a utilização de outros desenhos de estudos e principalmente com a inclusão dos usuários dos serviços não investigados em nenhum estudo.

Quanto a região do Brasil em que o estudo selecionado foi desenvolvido, identificou-se que o Sudeste figurou em maior frequência com representações dos estados de Minas Gerais (7), Rio de Janeiro (9) e São Paulo (1, 5, 6, 10, 12, 14), seguida das regiões Nordeste (3, 4, 13, 15) e Sul (2, 8, 11, 16). Tal achado vai ao encontro do fato de ocorrer maior concentração de instituições de ensino nessa região, apesar da recente expansão das instituições de ensino para outras regiões do país como o norte e nordeste.

Os Programas de Residências Multiprofissionais analisados estiveram representados em diferentes áreas do conhecimento: Saúde Mental (2, 7, 15), Saúde Hospitalar (3), Saúde do Idoso (9), Saúde da Família e Comunidade (4, 6, 13), Adulto Crítico, Atenção Cardiovascular, Atenção Integral ao Usuário de Drogas, Controle de Infecção Hospitalar e Onco-hematologia (8). Já os estudos 1, 5, 10, 11, 12, 14, 16 não especificaram a qual área de concentração o Programa de Residência Multiprofissional estava associado.

Nem todos os artigos trouxeram a qual instituição formadora o Programa de Residência estava vinculado com o intuito de proteger a identificações dos participantes da pesquisa (1, 2, 3, 5, 6, 14), porém, àqueles que mencionaram essa informação, tiveram-se apenas instituições públicas: Escola de Saúde Pública do Ceará (4, 13, 15), Faculdade de Medicina de Marília (10),

Hospital das Clínicas de Porto Alegre (8, 11), Universidade Federal de Ouro Preto (7), Universidade Federal de São Paulo (10, 12), Universidade Federal do Rio de Janeiro (9, 16).

Quanto as categorias profissionais ofertadas nos Programas de Residência Multiprofissional e envolvidas e declaradas dos participantes nos estudos percebeu-se uma diversidade como demonstrado no Quadro 10.

As categorias profissionais que aparecem com maior frequência entre as vagas ofertadas nos processos seletivos nos programas foram a enfermagem, nutrição, psicologia e o serviço social. Já entre os participantes das pesquisas foi a enfermagem, fisioterapia, psicologia e o serviço social. E com menor presença do profissional de educação física para ambos os perfis. Para tanto necessita-se que novas pesquisas envolvam as profissões pouco exploradas nas pesquisas dessa revisão, como a fonoaudiologia, farmácia e terapia ocupacional e ainda aquelas que também podem compor os programas, porém que não apareceram em nenhum estudo aqui analisado: biomedicina, ciências biológicas, física médica, medicina veterinária e saúde coletiva.

**Quadro 12 – Caracterização dos Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde, 2022**

| <b>Id</b> | <b>Área de concentração do Programa de Residência Multiprofissional</b> | <b>Instituição promotora do Programa de Residência</b> | <b>Categorias profissionais ofertadas no Programa de Residência</b>      | <b>Categorias profissionais dos participantes do estudo</b>                               |
|-----------|---|--|--|---|
| <b>1</b>  | Não especificado  | Não especificado                                       | Não especificado   | Não especificado  |
| <b>2</b>  | Saúde Mental  | Não especificado                                       | Não especificado   | Não especificado  |
| <b>3</b>  | Saúde Hospitalar  | Não especificado                                       | Não especificado   | Enfermagem,<br>Farmácia,<br>Fisioterapia<br>Fonoaudiologia<br>Nutrição,<br>Serviço Social |
| <b>4</b>  | Saúde da Família e Comunidade   | Escola de Saúde Pública do Ceará                       | Enfermagem,<br>Fisioterapia,<br>Nutrição,<br>Odontologia,<br>Psicologia, | Ciências Sociais,<br>Enfermagem,<br>Fisioterapia,   |

|           |   |  |  |   |
|-----------|---|--|--|---|
|           |   |  | Serviço Social   | Nutrição,<br>Odontologia,<br>Psicologia,<br>Serviço Sociais                     |
| <b>5</b>  | Não especificado  | Não especificado   | Farmácia<br>Fisioterapia<br>Fonoaudiologia<br>Nutrição<br>Odontologia<br>Psicologia<br>Terapia ocupacional     | Não especificado  |
| <b>6</b>  | Saúde da Família ou Saúde Coletiva  | Não especificado   | Não especificado   | Não especificado  |
| <b>7</b>  | Saúde Mental  | Universidade Federal de Ouro Preto                                       | Enfermagem,<br>Psicologia,<br>Terapia ocupacional,<br>Serviço Social   | Não especificado  |
| <b>8</b>  | Residência Integrada Multiprofissional (Adulto Crítico, Atenção Cardiovascular, Atenção Integral ao Usuário de Drogas, Controle de Infecção Hospitalar e Onc-hematologia) | Hospital de Clínicas de Porto Alegre                                     | Não especificado   | Educação Física,<br>Enfermagem,<br>Farmácia,<br>Fisioterapia,<br>Serviço Social |
| <b>9</b>  | Saúde do Idoso  | Universidade Federal do Rio de Janeiro                                   | Enfermagem,<br>Fisioterapia,<br>Nutrição,<br>Psicologia,<br>Serviço social                                     | Não especificado  |
| <b>10</b> | Não especificado  | Universidade Federal de São Paulo (Campus Baixada Santista e São Paulo), | Enfermagem,<br>Farmácia,<br>Fisioterapia,<br>Nutrição,<br>Psicologia,<br>Serviço Social<br>Terapia ocupacional | Não especificado  |

|           |                                 |   |  |  |
|-----------|---------------------------------|---|--|--|
|           |                                 | Faculdade de Medicina de Marília                            |  |  |
| <b>11</b> | Controle de Infecção Hospitalar | Hospital de Clínicas de Porto Alegre                        | Enfermagem, Farmácia, Serviço Social   | Enfermagem, Farmácia, Serviço Social   |
| <b>12</b> | Não especificado                | Universidade Federal de São Paulo (Campus Baixada Santista) | Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional | Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional                 |
| <b>13</b> | Saúde da Família e Comunidade   | Escola de Saúde Pública do Ceará                            | Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social                                    | Ciências Sociais, Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social                                  |
| <b>14</b> | Não especificado                | Não especificado  | Não especificado   | Enfermagem, Educação Física, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço social, Terapia Ocupacional |
| <b>15</b> | Saúde Mental Coletiva           | Escola de Saúde Pública do Ceará                            | Educação Física, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Terapia ocupacional                                   | Não especificado   |
| <b>16</b> | Saúde da Criança                | Universidade Federal do Rio de Janeiro                      | Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social   | Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social   |

\* Id = identificação

Em relação aos limites do estudo que foram declarados de forma explícita nos artigos analisados, esses figuraram sobre os seguintes aspectos: a investigação do objeto de estudo em apenas dois municípios que possivelmente restringiram a análise da prática interprofissional (4, 13), a não inclusão de outros atores para além dos investigados, sobretudo os usuários (4, 5, 13), a realização da análise documental apenas do currículo planejado, não incluindo a exploração dos demais tipos de currículo, como o currículo "oculto" e o currículo "vivo" (6).

E as sugestões apresentadas para novas investigações envolvendo a temática da interprofissionalidade no contexto dos PRMS recaíram sobre a necessidade de novas pesquisas: disseminarem experiências exitosas das residências multiprofissionais em saúde (8, 9, 13), incluindo a percepção dos preceptores (3, 8); avaliarem os desdobramentos e as repercussões gerados a partir das ações desenvolvidas pelo programa de residência (3, 9); sistematizarem protocolos para a prática interprofissional colaborativa, de forma a garantir a sistematização e a formação das ações compartilhadas de cuidado (4); aplicarem a escala de avaliação sobre as aprendizagens compartilhadas do tipo *likert* não só em outros PRMS, mas, também, em qualquer programa ou curso que utiliza a educação interprofissional (12).

Vale contextualizar que nem todos os artigos componentes dessa revisão apresentaram os seus limites e sugestões para novas pesquisas, sendo que tais informações são importantes para a condução de novas análises acerca da temática.

Os resultados encontrados nos 16 artigos dessa revisão foram recortados e agrupados tematicamente, desvelando quatro temas, como retratado no Quadro 11.

### **Quadro 13 – Apresentação dos temas e subtemas da Revisão Integrativa de Literatura, 2022**

| <b>Tema</b>   | <b>Subtema</b>  | <b>Artigos com representação do subtema</b> |
|---|---|---|
| <b>As dimensões dos desafios para a consecução da educação interprofissional nos Programas de Residências</b> | Nível macro (políticas de reorientação da formação profissional em saúde)   | 1, 3, 10, 13, 15                            |
|   | Nível meso (desenhos curriculares e programas dos componentes curriculares) | 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 10, 13, 15             |

|  |  |                                  |
|--|--|----------------------------------|
| <b>Multiprofissionais em Saúde</b>   | Nível micro (relações e interações interpessoais e interprofissionais) | 1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 13, 14, 15 |
| <b>Dissonância curricular no processo ensino-aprendizagem-trabalho</b>   | As interferências na execução das atividades dos programas             | 1, 4, 5, 12, 13                  |
|  | A organização do currículo   | 3, 4, 7, 9, 13, 14, 15           |
|  | O distanciamento do currículo declarado, ensinado e oculto             | 2, 3, 10, 14                     |
| <b>As estratégias utilizadas para a efetivação da educação e prática interprofissional</b>   | Atividades teórico-práticas  | 1, 3, 4, 7, 8, 13, 15, 16        |
|  | Atividades práticas  | 4, 7, 8, 11, 13                  |
| <b>Os efeitos das tentativas de implementação da educação e prática interprofissional nos cenários de prática das residências multiprofissionais</b> | Trabalho em rede potencializado  | 7, 8, 9, 10, 11                  |
|  | Assistência integral e integrada                                       | 1, 2, 3, 7, 8, 9, 11, 12         |
|  | Aprender com e sobre o outro   | 4, 9, 10, 11, 12, 14             |
|  | Melhora na interação e comunicação                                     | 4, 9, 10, 11, 12, 14             |

### **As dimensões dos desafios para a consecução da educação interprofissional nos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde**

O primeiro tema versa sobre as dimensões dos desafios para a efetivação da educação interprofissional envolvendo três níveis que se interrelacionam de maneira interdependente: macro (políticas de reorientação da formação profissional em saúde), meso (desenhos curriculares e programas dos componentes curriculares) e micro (relações e interações interpessoais e interprofissionais).

Os achados voltados ao nível macro residiram sobre: a formação pedagógica frágil para docentes e preceptores (1, 3, 10, 13, 15), a (in)sustentabilidade financeira das instituições

formadores e dos programas de residência (13). No nível meso: a falta de clareza pelos participantes das pesquisas identificadas sobre os marcos-teóricos da educação interprofissional (1, 6, 10, 13), a estrutura curricular dos PRMS que possibilita por vezes apenas uma formação multiprofissional (4, 7, 9, 13, 15), a estrutura física das universidades que organiza o currículo de maneira separada e fragmentada (2, 4, 13), o frágil incentivo das próprias Instituições de Ensino Superior (3). E por último no nível micro: as ações e o papel dos preceptores (1, 3, 4, 7, 8, 13, 15) e residentes (1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 13), os processos de trabalho dos serviços em que os residentes são inseridos (1, 3, 4, 5, 10, 14), os conflitos e as relações interpessoais (1, 2, 4, 5, 14, 15).

O Artigo 10 que analisou os princípios, as concepções e as práticas da educação interprofissional a partir dos PPP de três Instituições de Ensino do estado de São Paulo encontrou que a maioria dos documentos avaliados não mencionou o termo educação interprofissional, contudo, explicitou conceitos e práticas que se aproximavam desse referencial e faziam referência à importância de uma formação integrada com as necessidades da comunidade.

No Artigo 1 que buscou analisar a configuração de um PRMS na perspectiva dos tutores, percebeu-se que esses não apresentaram segurança para definir os termos interprofissional e interdisciplinar e que esses foram vistos como sinônimos de um trabalho em equipe e humanizado. Achados que confluem com os encontrados no Artigo 13 em que residentes e tutores não conseguiram explicar sobre as correntes que regem o processo formativo na educação interprofissional.

Essa não compreensão também aparece nos PPP analisados do Artigo 6 em que se constatou uma diversidade de termos relacionados aos prefixos *multi-* e *inter-* e aos adjetivos profissional e disciplinar. Contudo, nenhum apresentou a definição desses termos e concepções, o que impediu a identificação do referencial adotado em cada programa e apenas um utilizou os termos mais frequentes na literatura voltada a educação interprofissional e trouxe a colaboração como competência para a melhoria da assistência, por meio das práticas dos residentes nas equipes em que estão inseridos.

Tais achados permitem inferir que a não compreensão do que seja a educação interprofissional impossibilita que docentes, preceptores e tutores envolvidos nos Programas de Residência consigam planejar ações efetivas considerando os marcos teórico-conceituais e pedagógicos da educação interprofissional.

Nesse sentido a formação pedagógica voltada aos docentes, preceptores e tutores foi mencionada como tarefa desafiadora por perpassar não só pelo âmbito individual do ser humano, como, também, pelas limitações profissionais e institucionais como apontado no Artigo 1. Agrega-se ainda como limitadores a extenuante jornada de trabalho e a oferta diminuta de desenvolvimento docente e formação de preceptoria (3) e a herança de uma formação uniprofissional das graduações em saúde (13).

A falta de clareza dos papéis dos atores sociais envolvidos nos Programas de Residência como preceptores e os próprios residentes figurou como uma outra barreira a ser considerada para a consecução da educação interprofissional nos espaços de formação.

Para além da não compreensão das atividades que o residente executa nos serviços ocorreu também o não entendimento por vezes do papel de algumas categorias profissionais. Os residentes de enfermagem, nesse contexto, figuraram entre os que conseguiram se inserir com maior facilidade nas ações dos serviços, apresentando uma atuação diferenciada em relação aos demais e com um papel mais forte na coordenação do cuidado compartilhado e na construção do vínculo dentro da equipe e com os usuários, como demonstrado no Artigo 4.

Importante considerar que o residente assume um papel ainda com definição não clara por parte das equipes dos serviços onde estão inseridos. Há de se ponderar ainda que a residência em sua grande maioria configura-se como a primeira experiência profissional do indivíduo e que as experiências e o conhecimento prévios a entrada ao Programa de Residência devam ser considerados justamente para que novos saberes sejam construídos nas relações: residente-preceptor, residente-profissionais dos serviços, residentes-usuários, residente-residente (8).

O entendimento de que o residente atuaria simplesmente compondo a equipe do cenário de prática, inclusive, contribuindo para preencher lacunas ligadas ao dimensionamento de pessoal refletiu as fragilidades envolvendo a gestão e a tímida apropriação da função dos residentes como demonstrado nos Artigos 1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 13. Esta não compreensão pode inclusive promover a uniprofissionalidade e o pouco entendimento quanto à inserção e ao papel dos residentes no contexto dos serviços de saúde.

As ações da residência para serem de fato efetivas e voltadas para a educação interprofissional e uma prática interprofissional colaborativa foram citadas como dependentes da figura do preceptor como descrito no Artigo 13. No entanto outros entraves relacionados a figura desse personagem extremamente importante nos Programas de Residência foram trazidos pelos artigos, como: necessidade de uma seleção adequada e valorização social do

corpo de preceptores (13, 15); adesão por parte dos preceptores as capacitações ofertadas e voltadas a formação profissional (13); o não recebimento de bolsas ou outros benefícios e ainda acumular funções dentro dos serviços (3, 7, 13); carga horária da preceptoría (1, 7, 8); falta do protagonismo do preceptor (3); o papel não claro do preceptor que por vezes assume diversas configurações (3, 7) e ainda uma postura “normativa” (4); fragilidade por parte do preceptor em saber mediar conflitos entre os residentes (4).

Já os desafios da educação interprofissional na perspectiva do cuidado integral incidiram na formação uniprofissional, especializada (10) e centrada no profissional médico (5) que impossibilita a identificação das necessidades de saúde dos usuários e suas famílias, pois, para a adoção do trabalho interprofissional nos serviços há a necessidade de se compreender esse fenômeno, além do próprio processo de trabalho, entendido desde as relações interpessoais até as condições da estrutura social e econômica que as organizações compartilham (1).

Ao se pautar no trabalho em equipe e interprofissional, a residência encontrou dificuldades nos serviços por parte dos profissionais, uma vez que a atuação integrada fica a mercê das características dos serviços (10, 14) e onde as equipes por vezes questionam a tentativa desse novo modo de fazer junto (3).

Os resultados do Artigo 4 apontaram que os profissionais dos serviços não conseguem prestar um cuidado qualificado, uma vez que os usuários e suas necessidades de saúde são dotados de complexidade e apenas a partir do diálogo entre os atores é que intervenções efetivas poderão se concretizar.

Extrapolar a lógica do trabalho uniprofissional ainda se coloca como um desafio emergente, considerando que estar no mesmo ambiente e/ou junto em uma atividade não significa efetivar a prática interprofissional colaborativa (3). É nesse cenário de prática que muitas vezes os residentes são inseridos em que a multiprofissionalidade impera e dificulta o exercício do trabalho interprofissional, tornando desafiador as ações dos preceptores, tutores e coordenadores dos programas.

"Talvez o grande desafio de uma formação interprofissional seja não negar o núcleo, mas fortalecer sobremaneira o campo. Há necessidade de combinar a formação profissional com a formação interprofissional" (13).

Outros desafios declarados no Artigo 14 que analisou a percepção dos profissionais que cursam a Residência Multiprofissional em Saúde sobre a formação para o trabalho em equipe foram: falta de integração de algumas equipes, falta de espaços e períodos para a realização de reuniões de equipe e para a realização de atendimentos compartilhados e de grupos. Tem-se

também a adoção de incentivos por produtividade para os profissionais dos serviços focando em atendimentos individuais (4, 5, 10) e os conflitos interpessoais entre residentes e profissionais dos serviços como relatado no Artigo 2 culminou no fechamento de um cenário de prática para a residência.

Considerando esse último ponto evidencia-se que mesmo a comunicação interprofissional e a resolução de conflitos serem competências colaborativas essenciais para a educação e prática interprofissional não foram suficientes para a articulação e mediação desse impasse que envolve as diferentes dimensões dos desafios para a efetivação da colaboração interprofissional.

### **Dissonância curricular no processo ensino-aprendizagem-trabalho**

Esse tema aborda como os PPP adotados pelos Programas de Residência Multiprofissional são elaborados descolados da realidade dos serviços, sem o envolvimento de todos envolvidos nos programas, com desenhos curriculares que não permitem a operacionalização de práticas interprofissionais e que entre o currículo declarado e o ensinado e aprendido há uma dissonância.

Dos PPP analisados no Artigo 6 identificou-se que o cenário de formação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde é heterogêneo no que diz respeito aos currículos, à organização didático-pedagógica, aos objetivos educacionais, às matrizes pedagógicas e aos sistemas de avaliação utilizados. E que apenas um dos programas adotou o currículo em matriz integrativa oportunizando uma aprendizagem integrativa interprofissional.

Entende-se que a orientação curricular precisa estar clara e alinhada às etapas do processo ensino-aprendizagem-trabalho que sustenta a formação profissional. E por sua vez cada etapa da construção do perfil profissional precisa estar alinhada à orientação curricular. Cada ator envolvido na produção dessa experiência precisa saber e saber praticar situações de aprendizagens que concretizem oportunidades de produção do perfil profissional proposto no PPP.

É necessário que os residentes, docentes, preceptores, tutores e gestores acadêmicos conheçam e se reconheçam nas suas obrigações a partir do currículo e para tal esse não pode ser compreendido e entendido na prática apenas como uma lista de atividades ou um conjunto de conteúdos a serem cumpridos.

Há de se considerar que a educação interprofissional como frisado pelos Artigos 4 e 13 depende também da inclinação e da atitude dos sujeitos envolvidos. Ou seja, não é apenas a constituição de um currículo ou a proposição de atividades e ferramentas metodológicas que desencadearão uma efetiva prática e aprendizado interprofissional. Para tal é necessário considerar os aspectos desse processo que são subjetivos, relacionais e atitudinais.

Nos Artigos 4 e 7, respectivamente, foi demonstrado que a redução na frequência das atividades coletivas obrigatórias e a estrutura curricular diferenciada para apenas uma categoria profissional do programa enfraqueceram a cooperação entre os residentes, demonstrando o quanto a prática interprofissional por vezes pode não estar enraizada no planejamento das ações por parte dos residentes, corroborando apenas para que o trabalho ocorra de maneira multiprofissional.

Os relatos dos residentes e preceptores reafirmaram a lacuna entre o trabalho desenvolvido pelas equipes e o mero aglutinamento de trabalhadores, sendo imprescindível articular ações entre os núcleos profissionais para a efetivação da interprofissionalidade (3).

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde apresentam-se como um treinamento em serviço, porém com um distanciamento importante do que é ensinado na academia e o que é vivenciado na realidade dos serviços pelos residentes como traz os excertos a seguir a partir dos Artigos 2 e 10:

"Acho que a academia tem uma distância imensa do SUS [...]. No mercado de trabalho ele se depara com a realidade que não é aquela que se dá na universidade" (2).

"O ideal da Residência Multiprofissional em Saúde deveria preparar o residente para uma prática colaborativa: no dia-a-dia isso não acontece. O residente acaba sendo engolido pela dinâmica da unidade em que está com profissionais despreparados para lidar com a prática multiprofissional e não consegue transformar o que é ideal na realidade" (10).

As Residências Multiprofissionais em Saúde têm como intencionalidade serem agentes de transformação no modelo de atenção à saúde, contudo o componente "trabalho" incluído no processo de ensino-aprendizagem-trabalho tem se dado a partir da realidade dos serviços que opera muitas vezes de forma fragmentada.

Essa realidade produz e evidencia duas dimensões distintas e opostas onde por vezes o residente não possui clareza do seu papel e acaba por assumir uma postura neutra, sem produção de mudança no modelo de atenção em detrimento de uma postura crítica que pese conflitos, tensionamentos e por consequência o seu silenciamento.

Os PPP dos Residências Multiprofissionais devem abordar os métodos e as estratégias de ensino e avaliação como forma de nortear e facilitar o processo ensino-aprendizagem-trabalho. E ter objetivos de aprendizagem específicos e para cada objetivo há de constar como ele será alcançado e avaliado.

As estratégias pedagógicas que mais oportunizam a efetivação da interprofissionalidade permeiam as metodologias ativas que oportunizam um processo de ensino-aprendizagem crítico e reflexivo e proporcionam aos residentes a possibilidade de se posicionarem e discutirem suas experiências.

Todavia, sabe-se que o arranjo para construir um currículo com atividades práticas e teóricas que desenvolvam competências no âmbito da educação interprofissional deva garantir a necessária profundidade de estudo em todas as áreas profissionais envolvidas e um processo de ensino-aprendizagem pautado nas necessidades da população, na ação-reflexão-ação e na prática interprofissional (9, 15).

"A educação interprofissional é complementar a educação uniprofissional e/ou multiprofissional e que mesmo incentivando a colaboração, não há uma negação das especificidades de cada área" (13).

A matriz curricular dos programas gera dúvidas nos atores envolvidos nos programas sobretudo os residentes que não compreendem o desenvolvimento da prática voltado para o campo e não apenas para o núcleo profissional como demonstrado na fala: "um ponto negativo é que sinto que não tenho uma formação específica (teórico-prática) tão aprofundada, uma vez que a ênfase é dada mais ao caráter global/geral da interdisciplinaridade" (14).

No Artigo 12 que teve por objetivo investigar a percepção dos residentes, preceptores e tutores de um Residência Multiprofissional em Saúde sobre as aprendizagens compartilhadas na formação para o trabalho em equipe não foram encontradas diferenças significativas entre as profissões envolvidas sobre a aprendizagem compartilhada no programa analisado, porém, foi identificada uma pior percepção dos enfermeiros e uma melhor percepção dos fisioterapeutas e nutricionistas voltada para a colaboração interprofissional.

Sendo assim a prática e as condições de trabalho precisam ser estruturadas a fim de fornecer o aporte necessário ao residente em sua atuação, como componente da equipe e com os demais profissionais inseridos nos serviços (10). E ainda é necessária a inclusão não só das instâncias acadêmicas na elaboração dos PPP, mas, também dos trabalhadores do SUS envolvidos nos programas, dos gestores de serviços de saúde, dos usuários e dos próprios

---

residentes e egressos dos programas para que a residência possa veicular transformações nas práticas dos serviços e qualificadora dos profissionais como trazido pelo Artigo 3.

Deve se considerar também as necessidades e peculiaridades de cada instituição parceira (1), os atravessamentos das e nas instituições que operam no campo da saúde e da educação, uma vez que essas ações impossibilitam a reflexão sobre a prática no contexto de formação e de trabalho (5), bem com as interferências dos gestores dos serviços nas atividades da residência (4) e das instituições parceiras dos programas (5).

Como exemplo dessa inferência o Artigo 15 relatou como se deu a criação do Programa de Residência com a participação de vários atores, incluindo os Ministérios da Saúde e Educação, Governo do Estado e dos Municípios envolvidos. E elenca as dez competências específicas institucionais para a implementação da Residência: Desenvolvimento do processo de trabalho em saúde a partir do território; Atuação no SUS com fortalecimento da atenção integral nas redes de atenção, nos serviços de saúde e nas ações junto aos usuários e coletivos; Atuação no SUS a partir da intersetorialidade, fortalecendo a articulação entre demais políticas públicas e dispositivos comunitários; Atuação no SUS com o fortalecimento da colaboração interprofissional e do trabalho em equipe nos serviços de saúde; Atuação no SUS com compromisso ético político com a reforma sanitária e psiquiátrica, e seus atores (residentes, preceptores, gestores, demais profissionais e usuários); Desenvolvimento de processos de EPS no SUS comprometidos com a transformação do cenário de prática; Produção e criação do conhecimento com compromisso com a transformação da realidade e emancipação dos sujeitos envolvidos; Desenvolvimento de ações para promoção da saúde e defesa da vida; Atuação no SUS embasada na educação popular em saúde; Articulação comunitária e fortalecimento da participação e do controle social.

Para tal é de extrema importância que a avaliação dos programas ocorra de maneira sistematizada e com o envolvimento dos diversos atores sociais envolvidos. Como exemplo, o Artigo 7 menciona e exemplifica a participação dos usuários dos serviços, familiares e instâncias de controle social do SUS como agentes avaliadores da Residência e forma dos objetivos, proposições e resultados alcançados sejam constantemente revisitados e reconstruídos quando necessário.

No entanto como declarado no Artigo 3 o processo avaliativo na residência ainda se constitui uma ação verticalizada, desempenhada com incipiente diálogo entre residentes e preceptores, bem como fragilizada no tocante à provocação de análise crítica e reflexiva sobre o processo vivenciado, ao deslocamento obtido e aos domínios e competências que precisam

ser mais bem desenvolvidos pelo residente. Evidenciado que por vezes os programas de residência apesar de se constituírem em um “novo processo ensino-aprendizagem” ainda se utiliza por vezes de currículos delineados de forma tradicional e não ativa.

O personagem avaliado nas residências acaba por ser papel apenas desempenhado pelo residente não havendo por vezes avaliação dos docentes, preceptores e tutores ou mesmo do próprio programa.

Nos contextos educacionais a avaliação é primordial e para esse fim é necessário conferir significado e sentido sobre o que se está avaliando e que todos se sintam membros desse processo de (re)construção que a avaliação pode se configurar. A avaliação não pode e não deve ser executada apenas como uma norma do programa sem objetivo claro e declarado. E cabe atenção quanto as várias estratégias de avaliação que podem ser utilizadas e que são pertinentes à educação interprofissional, como diários reflexivos, portfólios, narrativas, entre outras, para que não tenham o seu papel distorcido durante a aplicação, não produzindo reflexão e ganho para a formação.

### **As estratégias utilizadas para a efetivação da educação e prática interprofissional**

Esse tema aborda os diferentes momentos e fatores que foram identificados como oportunos e potencializadores para a educação e prática interprofissional com a utilização de diferentes estratégias, como: o processo de territorialização como primeira atividade da residência (13), a construção do Projeto Terapêutico Singular (3, 4, 7, 8, 13), o trabalho em rede (1, 7, 8, 15, 16), o planejamento e a condução de grupos de educação em saúde (4, 15), atendimentos compartilhados (4, 8, 15), interconsulta com profissional de outra categoria profissional (8), discussões de caso (8, 15), convivência compartilhada (4, 8), atuação dos residentes em mini-equipes multiprofissionais (4, 13, 15), reuniões de equipe (4, 15), os momentos teóricos-práticos conduzidos pelos preceptores e tutores (7, 8, 11), a experiência e a formação dos preceptores (13), o trabalho de conclusão de residência como um projeto de intervenção sustentado em problemáticas reconhecidas no território (7).

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) apareceu de forma geral nos artigos como sendo potente para uma prática interdisciplinar e interprofissional, justamente por possibilitar o planejamento do cuidado de maneira compartilhada. Todavia, no Artigo 4 não foram observadas outras ferramentas de formalização para o cuidado elaborado em equipe e no Artigo

3 percebeu-se que o PTS não é utilizado pelos profissionais dos serviços e sim, apenas pelos residentes.

O Artigo 4 declarou que as diretrizes e os princípios da Estratégia Saúde da Família, cenário de prática da residência, tensionam para uma prática colaborativa, bem como a própria “convivência compartilhada” que acontece por vezes informalmente pelos corredores dos serviços.

As possibilidades de utilizar toda a Rede de Atenção à Saúde de um município como cenário de práticas da Residência e não apenas uma instituição, enriqueceu os processos formativos, inclusive para trabalhadores dos serviços que já estão inseridos na rede, como evidenciado nos Artigos 1, 7, 8, 15, 16. Para isso é necessário que as ações de cuidado planejadas aconteçam no território e não apenas em um serviço específico e que a rede seja pensada como campo para a interprofissionalidade e a interprofissionalidade como meio para o trabalho em rede.

O Artigo 15 relatou a experiência da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva que prevê o rodízio exclusivamente em serviços de base territorial e comunitária da Rede de Atenção Psicossocial, não autorizando ou promovendo qualquer vivência do residente em instituições de caráter asilar, em hospital psiquiátrico, manicômios judiciários e/ou comunidades terapêuticas.

“o trabalho em rede e o território como sendo importantes e necessários para a condução da prática. O território como sendo espaço vivo, repleto de possibilidades de atuação para responder às necessidades de saúde da comunidade (15)”.

Nesse mesmo artigo (15) traz de maneira mais descritiva a forma como operacionaliza o desenvolvimento de competências para a implementação de atividades na perspectiva da integralidade e do trabalho em rede, como: consultas conjuntas, matriciamento, grupos terapêuticos e de educação em saúde com diversos públicos (como crianças, adolescentes, mulheres, idosos, homens, população LGBTQIA+ e população em situação de rua), visitas domiciliares, discussão de casos, relações e práticas intrasetoriais, intersetoriais e interorganizacionais, atendimentos descentralizados (nos espaços do território) e rodas de EPS. E cita como ferramentas de cuidado no âmbito da gestão da clínica e que potencializam e oportunizam a colaboração interprofissional no processo de ensino e trabalho: acolhimento, clínica ampliada, matriciamento e PTS.

Entende-se que o território é resultado de uma acumulação de fatores históricos, sociais e ambientais que interferem nos processos de saúde-doença da população. Assim, percebe-se a

---

importância do movimento de ir ao território, para que então sejam elaboradas estratégias de atenção à comunidade a partir das singularidades de cada contexto territorial como discutido no Artigo 16.

É importante compreender que a busca de estratégias pautadas no trabalho em rede favorece ações desenvolvidas na lógica da interdisciplinaridade e interprofissionalidade por permitir a integração de diferentes saberes a partir de espaços de diálogo que envolveram os diferentes atores sociais que atuam em cada realidade.

A escolha do formato dos trabalhos de conclusão de curso dos profissionais residentes é um outro exemplo de estímulo ao compromisso do programa com o processo de trabalho em que os residentes estão inseridos. De acordo com os entrevistados e com o PPP analisado no Artigo 7, é privilegiada a construção de projetos de intervenção sustentados em problemáticas identificadas e reconhecidas pelos residentes e serviços e que busquem impacto positivo na assistência à saúde e social ofertada.

A interconsulta com profissional de outra categoria profissional e as discussões de caso precisam ser entendidas como momentos oportunos para a colaboração interprofissional, todavia devem ser analisados se ocorrem apenas com o intuito de um profissional buscar pelo outro para suprir demandas que fogem do seu escopo de ações do núcleo profissional ou se de fato ocorrem à luz da troca de conhecimentos e construção do cuidado compartilhado.

A preceptoria e tutoria também apareceram como espaços potentes para articular mudanças na formação profissional e prática de saúde se organizando a partir do núcleo ou campo profissional. Como destacado pelo Artigo 8 o preceptor figura como agente transformador e mediador no processo de ensino-aprendizagem, buscando modos de ensinar a partir de uma lógica da integralidade do cuidado e defendendo uma proposta de formação que faça a diferença para o sistema de saúde.

Já o processo de tutoria a partir da percepção dos residentes participantes da pesquisa elucidada no Artigo 11 oportunizou: conhecimento sobre as particularidades de cada profissão e de como integrar os saberes de forma interprofissional; maior segurança e confiança aos residentes no desenvolvimento da formação em serviço; motivação e a criação de instrumentos para aferição de resultados das atividades realizadas; aumento na adesão dos usuários do serviço e ampliação do envolvimento da equipe assistencial da instituição; embasamento teórico-científico sobre educação interprofissional e técnico-operativo sobre abordagem com grupos.

---

## **Os efeitos das tentativas de implementação da educação e prática interprofissional nos cenários de prática das residências multiprofissionais**

A educação interprofissional ocorre quando duas ou mais profissões aprendem com o propósito explícito de melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados ofertados. É a partir desse entendimento que esse tema trata ao apresentar as mudanças na formação profissional e os resultados alcançados nos e pelos Programas de Residência e diferentes atores envolvidos.

Os programas apresentaram-se como meio para a educação e prática interprofissional potencializando o trabalho em rede (7, 8, 9, 10, 11), uma assistência integral e integrada ofertada (1, 3, 7, 8, 9, 11, 12), aprender com e sobre o outro (4, 9, 10, 11, 12, 14) e uma melhora na interação e comunicação da equipe (4, 9, 10, 11, 12, 14).

O cuidado interprofissional possibilitou uma assistência integral, permitindo ao profissional enxergar e resolver outras demandas de saúde do usuário (1). Tal característica, deve ser diretriz para a organização dos serviços, o que tende a aumentar a resolubilidade das intervenções e a qualidade da atenção à saúde, uma vez que minimizam as omissões e duplicações do cuidado e, também diminuem as esperas e os adiamentos desnecessários.

O Estudo 2 demonstrou que as residências são importantes estratégias para o desenvolvimento do trabalho interprofissional no campo da Atenção à Saúde, contribuindo para as ações de EPS e a construção de processos instituintes de mudanças para as práticas de cuidado.

O programa apresentou-se como um espaço de (re)construção de conhecimento e de transformação de práticas, concebida de forma articulada às demandas do SUS, visto ser fundamental dispor de profissionais que atendam aos problemas de saúde dos usuários e suas famílias, a partir de abordagens mais abrangentes, para além das dimensões biológicas. No contexto hospitalar analisado, esta questão ficou ainda mais evidente, considerando o predomínio do modelo biomédico-centrado e da assistência pautada por vezes em procedimentos (3).

Os residentes relataram também que a partir das vivências nos programas de residência puderam: aprender sobre o outro e os limites da própria profissão, confiar mais no trabalho dos colegas, valorizar o trabalho do outro, melhorar a interação e comunicação entre os profissionais, desenvolvendo assim competências colaborativas (4, 14).

---

"Pra minha primeira experiência profissional, encontrei algumas barreiras pessoais de aceitar opiniões que divergem da minha. A residência foi importante pra promover isso em mim, aprender a ouvir mais, eu amadureci muito meu processo de negociação" (4).

Entre os achados do Artigo 7, destaca a potencialidade do programa ao possibilitar uma aprendizagem conjunta entre residentes de diferentes áreas e trabalhadores dos serviços envolvidos. Por meio do desenvolvimento de competências necessárias para a realização de um trabalho coletivo e comprometido com a integralidade da assistência em saúde, o programa reforça a necessidade da interprofissionalidade e das práticas colaborativas, indo além do tecnicismo. Aposta ainda na rede de atenção psicossocial como local privilegiado para processos de ensino-aprendizagem e que possibilita a ampliação das formas de cuidado.

A Residência proporcionou o conhecimento das diferentes áreas envolvidas, gerando discussões mais densas e complexas e obtendo maior resolubilidade dos problemas apresentados pelos usuários assistidos (8, 9), confluindo com os achados dos artigos supracitados.

Os dados obtidos a partir de uma escala do tipo *likert* evidenciou uma percepção positiva dos residentes quanto à prática colaborativa e à educação interprofissional no Artigo 10 e que a residência multiprofissional permite o convívio com os profissionais das outras áreas, porém a cultura da prática colaborativa precisa ser desenvolvida e cultivada diariamente, fato que depende da estrutura e organização do serviço.

Tais resultados confluem com os encontrados no Artigo 11 em que as contribuições dos diferentes núcleos profissionais possibilitaram aos residentes o conhecimento sobre as particularidades de cada profissão potencializando abordagens interprofissionais junto aos usuários e à comunidade.

A inclusão da temática da interprofissionalidade no eixo teórico do Programa analisado no Artigo 11 permitiu a qualificação do serviço e dos residentes, uma melhor vinculação entre os profissionais expandindo a ação colaborativa e educativa no atendimento às necessidades e direitos dos familiares e acompanhantes além de comparar o aumento do número de participantes no grupo com as taxas de adesão à higienização das mãos da equipe assistencial da unidade de internação. Tais resultados evidenciam a melhora na assistência ofertada a partir da experiência observada, relatada e analisada.

A Residência Multiprofissional mostrou-se conforme os dados encontrados no Artigo 12 relevante e potente para a formação profissional, mesmo considerando aqueles que durante a graduação tiveram experiências apenas uniprofissionais. Pois, ainda “viabiliza ações

conjuntas em prol do paciente em uma relação recíproca de mão dupla, entre trabalho e interação” (14).

Tem-se como sugestões para que experiências exitosas de educação interprofissional continuem a ocorrer e se solidifiquem cada vez mais no contexto de formação em saúde no Brasil que os docentes das instituições de ensino, gestores e serviços se comprometam com a eficácia desse método em forma de um apoio organizacional que deve incluir: liderança na condução do processo; conhecimento; experiência com essa abordagem; e a formação de um corpo docente proativo que incentive os estudantes (10, 13); habilitação e matriciamento político-pedagógico, permanente e longitudinal do corpo docente assistencial e dos preceptores (15); elaboração de material didático teórico, teórico-prático e prático para residentes e preceptores voltado para a consecução de uma prática interprofissional e uma atuação docente e em preceptoria guiada pelos conceitos da pedagogia freiriana (15).

#### 4.2 Análise Documental dos Projetos Políticos Pedagógicos

A análise dos PPP dos três Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da FMB permitiu a construção de quatro temas que elucidam se o proposto pelos programas se apresenta como possibilidades para a realização de uma prática interprofissional colaborativa (Quadro 12).

#### Quadro 14 – Apresentação dos temas e subtemas da Análise Documental dos Projetos Políticos Pedagógicos, 2022

| Tema  | Subtema  | PPP com representação do subtema |
|---|--|----------------------------------|
| <b>O desenvolvimento de competências no contexto dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde</b> | Trabalho em Rede                               | PRMSM, PRMSF, PRMSAI             |
|   | Trabalho em Equipe                             | PRMSF, PRMSAI                    |
|   | Habilidade e Atitudes esperadas aos residentes | PRMSM, PRMSF, PRMSAI             |
|   | Integração de saberes e práticas               | PRMSM, PRMSF, PRMSAI             |

|   |  |                      |
|---|--|----------------------|
| <b>Orientação política que norteia os Projetos Políticos Pedagógicos</b>                  | Concepção ampliada de saúde  | PRMSM, PRMSF, PRMSAI |
|   | Cenários de educação diversificados                                      | PRMSM, PRMSF, PRMSAI |
|   | Integração ensino-serviço-comunidade                                     | PRMSF, PRMSAI        |
| <b>A organização dos Projetos Políticos Pedagógicos e as metodologias de aprendizagem</b> | Base teórica que permita a aprendizagem interprofissional                | PRMSM                |
|   | Estratégias pedagógicas que contribuam para a educação interprofissional | PRMSM, PRMSF, PRMSAI |
| <b>A avaliação de aprendizagem nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde</b> | Utilização de avaliação formativa  | PRMSM, PRMSF, PRMSAI |
|   | Avaliação do programa  | PRMSM, PRMSF, PRMSAI |

### **O desenvolvimento de competências no contexto dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde**

Nesse tema apresenta-se como os PPP abordam o trabalho em rede e em equipe e a integração de saberes e práticas como componentes para o desenvolvimento das competências colaborativas no contexto dos PRMS e as habilidades e atitudes esperadas aos residentes dos programas.

Os três PPP não trazem de forma explícita o desenvolvimento de competências colaborativas, apesar do PRMSM descrever a educação interprofissional como sua principal diretriz pedagógica. E apesar dessa menção e consideração aponta que as "atividades de ensino serão realizadas de forma integrada e multiprofissional" e não de forma interprofissional.

Os três programas confluem ao trazerem a importância das atividades intersetoriais no contexto de formação das residências. Entende-se que o trabalho em rede pode ser campo e meio para o desenvolvimento das competências colaborativas e do trabalho em equipe por permitir: conhecer e analisar redes locais e regionais de ações e serviços de saúde, relacionando-as e articulando-as à sua unidade e território de atuação profissional, dentro dos princípios

---

organizativos da descentralização, regionalização e hierarquização e da referência e contrarreferência da clientela; conhecer e analisar as organizações e recursos sociais públicos e privados, locais e regionais, desenvolvendo ações conjuntas necessárias à intervenção positiva no processo saúde-doença e na qualidade de vida da população da área de abrangência.

O PPP do PRMSF traz o trabalho em equipe como competência geral do residente e o PRMSAI menciona como habilidades a serem apresentadas pelos residentes: promover o trabalho em equipe por meio de discussões, estudo de caso e tutoria e refletir sobre a natureza do processo de trabalho de cada categoria na equipe multiprofissional.

Os PRMSF e PRMSAI apresentam como subitem ao item "objetivo", as "competências, habilidades e atitudes" esperadas aos residentes, diferente do PRMSM que não as menciona.

Na composição das competências gerais dos residentes os seguintes conhecimentos foram considerados e mencionados nos dois PPP: políticas públicas de saúde, processo saúde-doença, promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, educação em saúde, vigilância em saúde, controle social e conselhos gestores locais, sistemas de informação em saúde, interdisciplinaridade, ética e bioética, planejamento e gestão em saúde, avaliação em saúde e metodologia de pesquisa.

Como habilidades requeridas elencaram: aplicar os princípios organizacionais e norteadores do SUS, identificar e desenvolver estratégias para lidar com os diversos processos envolvidos no adoecimento do indivíduo, famílias e coletividade, correlacionar os conceitos teóricos com a realidade e interpretá-los dentro da sua loco-região, capacidade de reconhecer situações de risco e vulnerabilidades, desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, propor intervenções que contribuam com a qualidade de vida.

Dentre as "habilidades requeridas" elencadas no PRMSAI e que não apareceram no PRMSF chama a atenção àquelas que são campo para o "entendimento dos papéis profissionais dos outros membros das equipes", como: "planejar as ações multiprofissionais e acompanhar os usuários nos diversos níveis de atenção; promover o trabalho em equipe por meio de discussões, estudo de caso, tutoriais; refletir sobre a natureza de trabalho de cada categoria na equipe multiprofissional; desenvolver capacidade de negociação e segurança no processo decisório; desenvolver capacidade de respostas às diferentes demandas no âmbito do SUS, por meio de ações intersetoriais".

O PPP do PRMSM não menciona o entendimento dos papéis profissionais, porém, traz o "apoio matricial" como ferramenta para a "formação e o aprimoramento profissional continuado". Todavia não tem a colaboração interprofissional como finalidade pedagógica,

pois, para alcançá-la necessariamente transitaria pelo (re)conhecimento dos papéis profissionais dos membros da equipe e por conseguinte das competências comuns e específicas das profissões

Já em relação as atitudes esperadas aos residentes algumas apresentam igual valor ou similaridade elevada as competências colaborativas, como: receptividade para a mudança; respeito à diversidade de valores; iniciativa; motivação; resolubilidade.

Percebe-se por meio do exposto que nesses dois PPP (PRMSF e PRMSAI) há uma confusão no conceito de competência. Os conhecimentos e as habilidades elencadas vão ao encontro da prática interprofissional colaborativa e com proximidade as competências colaborativas e comuns, porém, ressalta-se que essa menção não se faz de forma declarada.

Os três programas apresentam objetivos específicos que são comuns a todas as categorias profissionais. Todavia dentre os itens elencados seja no eixo comum ou específico não se menciona a educação interprofissional, a colaboração interprofissional e/ou o desenvolvimento de competências colaborativas.

O PRMSF menciona as "ações específicas a serem desenvolvidas" por cada categoria profissional tendo como referência a Portaria que cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Dentre as ações elencadas e apresentadas de maneira separada (por categoria profissional), muitas delas poderiam e deveriam ser consideradas como ações comuns (competências comuns) a todas as categorias profissionais envolvidas no programa.

À algumas categorias profissionais são trazidas mais "ações" comuns do que ações de fato específicas, como por exemplo a enfermagem em que apenas três das dez ações elencadas são de fato específicas da enfermagem: "realizar cuidados diretos de enfermagem nas urgências e emergências clínicas, fazendo a indicação para a continuidade das assistência prestada; realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações, conforme protocolos estabelecidos nos Programas do MS e as disposições legais da profissão; supervisionar e coordenar ações para os auxiliares de enfermagem com vistas ao desempenho de suas funções".

Dentre as outras sete ações elencadas, todas poderiam compor as outras categorias profissionais do programa, a saber: "planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a USF; executar as ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso; no nível de suas competências, executar assistência básica e ações de vigilância epidemiológica e sanitária; realizar ações de saúde em diferentes ambientes, na USF e, quando necessário, no domicílio; realizar as atividades correspondentes às áreas prioritárias

de intervenção na Atenção Básica, definidas na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS 2001; aliar a atuação clínica à prática da saúde coletiva; organizar e coordenar a criação de grupos de patologias específicas, como de hipertensos, de diabéticos e de saúde mental, entre outras".

Assim como no PPP do PRMSF, o PRMSAI traz as ações específicas a serem desenvolvidas por categoria profissional dos residentes. E apesar de serem ações que poderiam compor outras categorias profissionais, elas em sua maioria não se repetiram. E uma hipótese para tal achado é o entendimento de que se são ações específicas, logo não poderiam figurar nas outras profissões do programa.

O PPP do PRMSAI traz ações por categoria profissional voltadas ao trabalho em equipe e campo potente para a prática interprofissional colaborativa e/ou o desenvolvimento das competências colaborativas e o (re)conhecimento das competências comuns e específicas na prática do trabalho. À exceção do fisioterapeuta e do psicólogo, as ações elencadas a seguir não aparecem no PPP do PRMSF, como:

- Enfermeiro - "atuar de forma multiprofissional em todos os níveis de atendimento";
- Psicólogo - "apoiar as equipes na abordagem e no processo de trabalho referente aos pacientes portadores de doenças crônicas"; "discutir com as equipes de saúde os casos identificados que necessitem de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas"; "criar, em conjunto com as equipes de saúde, estratégias para identificar, compreender e abordar dificuldades de adesão ao tratamento, bem como consequências emocionais decorrentes do adoecimento"; "desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial, associações de bairro e grupos de auto-ajuda, entre outros";
- Fisioterapeuta - "desenvolver ações de promoção e proteção à saúde em conjunto com as equipes de saúde da família"; "desenvolver ações conjuntas com as equipes de saúde da família, visando ao acompanhamento das crianças que apresentam risco para alterações no desenvolvimento"; "desenvolver ações de reabilitação, priorizando atendimentos coletivos"; "desenvolver ações integradas aos equipamentos sociais existentes"; "realizar, em conjunto com as equipes de saúde da família, discussões e condutas terapêuticas conjuntas e complementares"; "desenvolver projetos e ações intersetoriais para a inclusão e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência"; "desenvolver ações de reabilitação baseada na comunidade";

- Farmacêutico - "participar das reuniões mensais com a equipe"; "participar dos programas de educação continuada/permanente".

Já o PRMSF não menciona que o ingressante tenha perfil voltado para o trabalho em equipe, apesar de trazer Políticas e Programas que tratem do trabalho em equipe e multiprofissional como sendo essencial para sua execução como a ESF e a "articulação intersetorial" se apresentar como potente para a prática colaborativa.

Os PPP apresentam elementos que demonstram que as ações profissionais desenvolvidas têm como finalidade a formação de profissionais em consonância com os princípios as políticas públicas de saúde, porém a colaboração interprofissional não é mencionada e apresentada como uma finalidade.

No PPP do PRMSAI traz como objetivo específico algo não mencionado nos outros dois programas que é "participar do plano multiprofissional de alta", dando a supor a intencionalidade em se trabalhar mesmo que de maneira multiprofissional.

Os três programas apresentam elementos que permitem inferir que ocorra uma integração de saberes e práticas que oportunizam a construção de competências compartilhadas para a consolidação da EPS, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde. E declararam ter como objetivos: coordenar e participar de atividades de comunicação, difusão e educação em saúde na unidade de trabalho em que o residente está inserido; coordenar e participar de atividades de formação e aprimoramento profissional continuado, na perspectiva do apoio matricial. E explicita ainda a utilização de reuniões com as equipes dos serviços como forma de "acompanhar as atividades de ensino e contribuir com o aprimoramento dos serviços".

O PRMSF aponta a EPS como sendo necessária para capacitar recursos humanos e a necessidade de desenvolvimento de um processo educacional permanente, integrando o ensino com o serviço, voltado à criação de novos valores, permeados de preocupações integrais, coletivas e sociais, não centrados somente nas ações hospitalares, curativas e individuais e que, acima de tudo, assumam tais procedimentos através de uma equipe multiprofissional.

Esse mesmo programa apresenta para às categorias profissionais (assistente social, dentista, educação física), à exceção do enfermeiro, fisioterapeuta e psicólogo, ações específicas voltadas ao desenvolvimento de ações de EPS junto às equipes. Já no PRMSAI apenas ao farmacêutico é mencionada como ação específica quando na verdade, seria uma ação comum a todos os residentes.

Nessa conjuntura ainda como perfil do ingressante ao PRMSF e PRMSAI espera-se que os profissionais apresentem forte interesse e conhecimentos sobre EPS. E no conteúdo teórico geral, ou seja, comum a todos os residentes, a EPS também aparece como tema a ser abordado.

O docente e tutor do PRMSF apresentam papéis fundamentais frente a essa demanda, pois, ao primeiro cabe apoiar a coordenação dos programas na elaboração e execução de projetos de EPS, para a equipe de preceptores da instituição executora" e ao segundo participar do planejamento e implementação das atividades de EPS para os preceptores.

### **Orientação política que norteia os Projetos Políticos Pedagógicos**

O segundo tema aborda as orientações políticas encontradas nos PPP analisados em que pese que os três PPP apresentam a “centralidade dos trabalhadores para a produção de cuidados”, bem como o próprio SUS e as políticas públicas de saúde, permitindo entender que apresentam concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade e considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural. Contudo nenhum PPP analisado menciona a Política Nacional de Gestão da Educação na Saúde.

Como diferencial o PPP do PRMSAI acrescenta "a integralidade como um dos princípios que se destina a conjugar a materialização das ações de saúde e a reorientação das práticas no sentido de superar sua fragmentação".

Apresentam objetivos específicos e comuns entre os três programas que confluem com o exposto acima, como:

- oferecer formação para que os profissionais adquiram competência técnica, humanística e ética necessária para a atuação nos serviços de saúde;
- abordar o território de atuação profissional como espaço de ação de indivíduos, famílias e grupos, entendendo como sujeitos de processos sociais, inclusive daqueles necessários à promoção, prevenção, manutenção e recuperação da saúde;
- conhecer, analisar e intervir na dinâmica epidemiológica das comunidades com que irão trabalhar, considerando os domínios individual, particular (grupos sociais) e coletivos (formação social) onde o processo saúde-doença se concretiza;
- desenvolver atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos, considerando as necessidades e o contexto familiar e social dos indivíduos e populações;

- 
- conhecer e avaliar o perfil epidemiológico, o perfil de reprodução social e o perfil institucional de seu território de atuação profissional, participando da elaboração de diagnóstico de realidade;
  - interagir com os conhecimentos e práticas populares em saúde, considerando o cliente como sujeito de seu cuidado;
  - conhecer e analisar as redes locais e regionais de ações e serviços de saúde, relacionando-as e articulando-as à sua unidade e território de atuação profissional, dentro dos princípios organizativos da descentralização, regionalização e hierarquização e da referência e contrarreferência da clientela;
  - desenvolver ações conjuntas necessárias à intervenção positiva no processo saúde-doença e na qualidade de vida da população da área de abrangência.

Os três programas trazem a descentralização e regionalização contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde. Mencionam que os residentes devem: conhecer e analisar as redes locais e regionais de ações e serviços de saúde, relacionando e articulando-nas à sua unidade e território de atuação profissional, dentro dos princípios organizativos da descentralização, regionalização e hierarquização e do trabalho em rede de atenção psicossocial e conhecer e analisar as organizações e recursos sociais públicos e privados, locais e regionais, desenvolvendo ações conjuntas necessárias à intervenção positiva no processo saúde-doença e na qualidade de vida da população da área de abrangência.

Os programas utilizam cenários de educação em serviço variados e representativos da realidade sócio-epidmiológica do município em que as residências estão inseridas, como a Rede de Atenção À Saúde e a Rede de Atenção Psicossocial com representação de diferentes equipamentos, como descrito a seguir por programa:

- PRMSM: Centro de Atenção Integral à Saúde, Centros de Atenção Psicossociais, Centro de Saúde Escola, Hospital das Clínicas, Secretaria Municipal de Saúde, Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas, Unidades Saúde da Família.
- PRMSF: Centro de Saúde Escola, Hospital das Clínicas, Unidades Saúde da Família e Pronto-socorro.
- PRMSAI: Centro de Saúde Escola, Hospital das Clínicas e Unidades Saúde da Família.

A integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários são descritas de diferentes formas nos três programas.

---

Entende-se que por si só um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde permite essa integração entre ensino-serviço-comunidade.

No PRMSM não é mencionada de maneira explícita como dar-se-á a integração ensino-serviço-comunidade apesar de trazer elementos que abordem tal questão ao mencionar o percurso e experiência da instituição em que o programa está vinculado.

O PPP do PRMSF menciona que os cursos ligados à Estratégia Saúde da Família devem estar embasados na integração ensino-serviço-comunidade, utilizando procedimentos de reflexão crítica, de síntese, análise e aplicação de conceitos, sempre voltados para a efetiva construção do conhecimento.

Os PRMSF e PRMSAI resgatam a integração com a comunidade e os serviços como elemento importante para a formação, bem como descreve as ações específicas a serem desenvolvidas por cada categoria profissional. Traz também na divisão da carga horária dos residentes ações que são campo para a integração ensino-serviço-comunidade.

No PRMSF o tutor tem como função implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no projeto pedagógico do programa, realizando encontro periódicos com preceptores e residentes com frequência mínima semanal, contemplando todas as áreas envolvidas no programa. E o preceptor deve participar junto com os residentes e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço da saúde.

Os PPP dos três programas não mencionam se ocorrerá a integração da graduação com os programas de residência multiprofissional aqui analisados. Na matriz curricular no eixo transversal ao programa subentende-se que esse é compartilhado com outros programas, porém sem menção de quais serão esses programas e nem de que forma dar-se-á.

O PPP do PRMSF diferencia dos outros ao mencionar que cabe ao tutor “o acolhimento e integração dos residentes” e ao coordenador “ser responsável direto pela Residência como um todo, devendo ser elemento de relação da Residência com o Hospital das Clínicas, Departamentos e Congregação da FMB e outras instituições parceiras”.

Já no PRMSAI cabe ao coordenador: "mediar as negociações interinstitucionais para viabilização de ações conjuntas de gestão, ensino, educação, pesquisa e extensão, no âmbito dos programas; promover a articulação do programa com outros programas de residência em saúde da instituição, incluindo médica, e com os cursos de graduação e pós-graduação". E ao tutor: “articular integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros

programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde".

Nesse mesmo contexto de integrações com outros programas de residência nenhum PPP aponta a articulação com programas de residência médica.

### **A organização dos Projetos Políticos Pedagógicos e as metodologias de aprendizagem**

O terceiro tema aponta a base teórica identificadas nos PPP, as estratégias pedagógicas e as metodologias de aprendizagem utilizadas que contribuem para a educação interprofissional.

Os três programas apresentam como coordenadores dos programas profissionais que tem como formação a enfermagem. Os PRMSF e PRMSAI apresentam no cargo de coordenador também profissionais enfermeiros, à exceção do PRMSM que tem na vice-coordenação do programa um psicólogo. O PRMSF é o mais antigo, datando de seu primeiro edital no ano de 2003, seguido pelo PRMSAI de 2014 e o PRMSM de 2018.

Entre as categorias profissionais ofertadas a enfermagem e a psicologia figuram nos três programas e somente o PRMSM tem o número de vagas ofertado a todas as categorias envolvidas de forma equânime; diferente do PRMSF que a enfermagem apresenta maior número de representantes e no PRMSAI a enfermagem, farmácia e nutrição.

Apesar do PRMSM ofertar número de vagas entre as categorias profissionais de forma equiparada, nenhum dos três programas descreve como ocorre a distribuição das diferentes profissões dos residentes em seus campos de estágio-atuação.

No PRMSM não há menção declarada dos atores envolvidos na elaboração do PPP. Subentende-se que sejam os profissionais envolvidos no programa como os tutores, preceptores, docentes e representantes das instituições parceiras como a própria Secretaria Municipal de Saúde.

Diferentemente do PRMSM nos PRMSF e PRMSAI têm-se a descrição dos papéis e responsabilidades da coordenação da residência, docentes, preceptores e tutores. Contudo em nenhum dos três programas há citação dos usuários e dos profissionais dos serviços que não sejam já tutores ou preceptores como atores nas residências.

Nenhum dos três PPP apresentou os termos educação interprofissional e/ou prática interprofissional colaborativa compondo os objetivos declarados dos programas, nem tão pouco apresentou a educação interprofissional como meio para melhorar a colaboração

interprofissional e/ou a saúde/bem-estar dos pacientes/clientes. Todavia trouxeram elementos que podem permitir a operacionalização desses conceitos na prática, como a formação no e para o SUS, o desenvolvimento de competência técnica, humanística e ética necessária para a atuação no SUS e na sua complexidade e que considera o usuário como sujeito de seu cuidado a partir do seu contexto familiar e social e o trabalho em rede e o “apoio matricial” como ferramentas para o cuidado.

Ao analisar a base teórica mencionada em cada PPP buscando identificar se essa oportuniza uma aprendizagem interprofissional, reflexiva e colaborativa, pode-se perceber que apenas o PRMSM tem como diretriz pedagógica a educação interprofissional, apesar de não mencionar nos objetivos do programa a colaboração interprofissional como finalidade pedagógica ou na matriz curricular a educação e prática interprofissional como pontos a serem estudados/discutidos. Todavia, os três PPP apresentam similaridades ao mencionarem a abordagem pedagógica a ser utilizada e descrevem que as atividades de ensino serão realizadas de forma integrada, multiprofissional e estarão sob a responsabilidade de docentes e preceptores contratados, além dos tutores e profissionais dos serviços de saúde.

A matriz curricular dos três programas é dividida em eixos com a utilização de métodos de ensino participativos e metodologias ativas e tradicionais, sem especificar o predomínio de uma em relação a outra: "métodos de aprendizagem pró-ativos, centrados no residente e no desenvolvimento e/ou aprimoramento da capacidade de auto-aprendizado; marcos referenciais da epidemiologia social, do planejamento estratégico e dos métodos problematizadores da realidade; discussões clínicas de casos, preparação de seminários e debates, acompanhamento dos preceptores e aulas expositivas oferecidas de forma complementar". Porém mesmo trazendo esses elementos não explicitam a colaboração interprofissional, o desenvolvimento de competências colaborativas ou o conhecimento dos papéis profissionais como uma finalidade.

Percebe-se que são citadas algumas estratégias pedagógicas que podem contribuir para o desenvolvimento de competências colaborativas e o trabalho interprofissional e em equipe como o desenvolvimento de atividades fundamentadas em métodos de aprendizagem pró-ativos e problematizadores da realidade. Todavia cabe salientar que tais estratégias não garantem necessariamente a aprendizagem integrativa, elemento essencial da educação interprofissional.

No desenvolvimento das disciplinas, a ênfase será na aproximação e integração teoria/prática, aproveitando os acontecimentos da realidade para as discussões e elaboração do conhecimento. Ocorrerão discussões clínicas de casos, preparação de seminários e debates, acompanhamento dos preceptores e aulas expositivas oferecidas de forma complementar.

A aprendizagem baseada em ações comuns e compartilhadas é oportunizada nos programas de residências analisados a partir da distribuição da carga horária das atividades teóricas e práticas, porém não é possível deduzir que ocorram na lógica da interprofissionalidade.

A aprendizagem comparativa baseada em métodos de aprendizagem interativa como o meio pelo qual as profissões exploram semelhanças e diferenças em seus valores e códigos, conhecimentos e habilidades, poderes e deveres, papéis e responsabilidades e configurações de trabalho, por meio de métodos interativos de ensino, como, por exemplo, a aprendizagem baseada em problemas, aparece nos três PPP.

A aprendizagem interativa efetiva acontecendo em pequenos grupos com a utilização de diferentes metodologias de ensino não é mencionada, porém, subentende-se que isso ocorra. E como referido anteriormente faz-se uso tanto de metodologias ativas quanto tradicionais, porém sem descrição da operacionalização dessas, restringido apenas a mencionar o uso de aulas expositivas, a realização de reuniões, discussões ou utilização de métodos problematizadores da realidade.

Os três programas não trazem a aprendizagem baseada na inclusão e centralização do usuário, porém tem a integralidade como diretriz para o cuidado. E não mencionam também a participação efetiva dos profissionais dos serviços nas práticas educativas, deixando a entender em alguns momentos que essa interação se dê centrada apenas na figura do preceptor e não dos demais profissionais das equipes.

Apesar de mencionar a abordagem pedagógica a ser utilizada nos programas, nenhum deles menciona como dar-se-á a operacionalização das estratégias mencionadas entendidas como capazes de promover cenários de aprendizagem configurados em itinerários de linhas de cuidado, de modo a garantir uma formação integral e interdisciplinar.

Os três programas também não mencionam que a aprendizagem será baseada em valores como a mutualidade e reciprocidade.

O PRMSM não cita a adoção de práticas baseadas em evidências, porém traz valores que podem levar a essa prática. Já os PRMSF e PRMSAI apontam que “aplicação da saúde deve se dar baseada em evidências na atenção à saúde individual e de grupos/comunidades em serviços de atenção básica”.

Como diferencial no PRMSAI no tópico “ações específicas a serem desenvolvidas” é mencionado que o residente enfermeiro deve “desenvolver ações de enfermagem baseada em evidências e conhecimentos técnico-científicos”.

---

## **A avaliação de aprendizagem nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde**

Nesse último tema emergido a partir da análise dos PPP dos três programas traz como se dá a operacionalização do processo de avaliação envolvendo não só os residentes, mas os demais atores e os próprios programas.

Os três PPP declararam que as atividades de ensino serão realizadas de forma integrada, multiprofissional e estarão sob a responsabilidade de docentes e preceptores contratados, além de profissionais dos serviços de saúde (tutores das Unidades de Saúde da Família e Centro de Saúde Escola). E que no decorrer do programa estarão previstas reuniões com as equipes, com o objetivo de planejar, acompanhar as atividades de ensino e contribuir com o aprimoramento dos serviços.

As avaliações ocorreram a fim de verificar o conhecimento, as habilidades, a capacidade de resolução de problemas e as atitudes de forma contínua e processual. E serão respeitadas as experiências prévias dos residentes, aumentando os níveis de complexidade do aprendizado gradativamente, elaboração, reflexão ativa, consolidação do novo conhecimento ou habilidade e estímulo às tomadas de decisão e às posições de liderança.

Traz os seguintes aspectos a serem considerados na avaliação: frequência, pontualidade, criatividade, capacidade de articulação entre a teoria e a prática, responsabilidade, assiduidade, relacionamento com a equipe e com a população, comportamento ético, pró-atividade e interesse pelas atividades da residência. Porém, nenhum menciona se será avaliado o desenvolvimento das competências colaborativas.

Apenas o PPP do PRMSM menciona que a avaliação será formativa apesar de trazer elementos que se aproximam de uma avaliação somativa; os mesmos listados nos outros dois programas. Os três programas não apontam a frequência que essa avaliação ocorrerá, não traz se há algum instrumento utilizado para avaliação e nem se a avaliação do conhecimento, das habilidades e atitudes se dará na perspectiva do desenvolvimento das competências comuns, colaborativas e/ou específicas.

Também não é apontado se é utilizado alguma nota ou conceito para cada ponto avaliado, informando apenas que "ao final, os residentes deverão apresentar monografia desenvolvida durante os dois anos da residência" sem especificar se há por exemplo alguma intencionalidade para sua elaboração ou critérios de avaliação do mesmo. Não menciona também se a avaliação feita pelos tutores, preceptores e professores ocorrerão de maneira "interpar" ou separada.

Chama-se a atenção que apesar de não ocorrer a menção declarada da colaboração interprofissional como algo a ser avaliado, tais aspectos confluem com as competências colaborativas nos três programas, como a capacidade de resolução de problemas, o relacionamento com a equipe e com a população, o comportamento ético e interesse e desempenho nas atividades propostas pela residência.

Os três programas no item "auto-avaliação do programa" é explicitado que essa deverá ser realizada por todos atores do processo. E que "no decorrer do programa estão previstas reuniões com as equipes, com o objetivo de planejar, acompanhar as atividades de ensino e contribuir com o aprimoramento dos serviços", porém, não se menciona aqui a possibilidade de contribuir com o aprimoramento do programa de residência. Traz também que "serão organizadas reuniões periódicas com os coordenadores, preceptores e tutores para avaliação do andamento do programa", não incluindo todos os atores envolvidos com o programa, pois, os usuários, profissionais de saúde que não são tutores/preceptores, mas, que atuam nos serviços e os próprios residentes, não são aqui mencionados e/ou incluídos.

Os PPP dos PRMSF e PRMSAI elencam os papéis e as responsabilidades específicas dos coordenadores, docentes, tutores e preceptores apresentando similaridades no texto apresentado voltados ao processo de avaliação.

As diferenças recaem no exposto a seguir em que no PRMSAI cabe ao preceptor "coordenar a avaliação do processo de educação e aprendizagem junto aos residentes, podendo sugerir modificações que facilitem a consecução dos objetivos proposto pela residência, ao tutor são trazidos elementos que levam a entender que para a execução de uma dada "ação" o processo avaliativo está inserido e faz parte, porém, não se pode afirmar com certeza, pois não se traz de forma declarada.

No PRMSF o coordenador deve "coordenar o processo de auto-avaliação do programa", ao tutor que deve "organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PPP; participar do processo de avaliação dos residentes; participar da avaliação do PPP, contribuindo para o seu aprimoramento", o preceptor precisa "proceder em conjunto com tutores a formalização do processo avaliativo do residente; participar da avaliação da implementação do PPP contribuindo para o seu aprimoramento".

Os três PPP não mencionam se há divulgação dos resultados da "auto-avaliação do programa". Porém, o PPP do PRMSF traz nas habilidades requeridas ao residente "divulgar o trabalho realizado pela equipe multiprofissional", porém sem mencionar a frequência ou o canal de divulgação.

Em contrapartida o PRMSAI apresenta de forma mais clara uma habilidade requerida ao residente: "promover a disseminação do conhecimento construído pelos profissionais através de participação e divulgação em eventos locais, regionais, nacionais e internacionais e periódicos científicos".

### **4.3 Intervenção-ação: conhecimento e aproximação aos marcos teórico-conceituais e metodológicos da educação interprofissional**

A terceira etapa dessa pesquisa consistiu na realização de duas oficinas a partir do referencial da pesquisa-ação com a participação dos residentes dos segundos anos de dois PRMS da FMB-UNESP visando conhecer qual a incorporação dos marcos teóricos-conceituais e metodológicos da educação interprofissional no contexto dos programas analisados com foco no fortalecimento das práticas colaborativas a partir das experiências relatadas.

A idade dos participantes variou entre 22 e 34 anos com maior representação daqueles que tinham 25 anos. Apenas um representante se identificou como sendo agênero. Todos concluíram a graduação na modalidade presencial em IES no estado de SP, sobretudo em instituições estaduais e grande parte em 2019 como descrito no Quadro 13 em que consta a caracterização dos participantes dessa pesquisa excluindo qualquer informação que pudesse identificá-los.

**Quadro 15 – Caracterização dos participantes da pesquisa, 2022**

| <b>Idade</b> | <b>Gênero</b> | <b>Ano de conclusão da graduação</b> | <b>IES da Graduação</b> | <b>Estado da IES da Graduação</b> | <b>Modalidade do Curso de Graduação</b> |
|--------------|---------------|--------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------|---|
| 25           | Mulher Cis    | 2018                                 | Estadual                | São Paulo                         | Presencial                              |
| 22           | Mulher Cis    | 2019                                 | Estadual                | São Paulo                         | Presencial                              |
| 22           | Mulher Cis    | 2019                                 | Estadual                | São Paulo                         | Presencial                              |
| 29           | Agênero       | 2018                                 | Estadual                | São Paulo                         | Presencial                              |
| 26           | Homem Cis     | 2017                                 | Estadual                | São Paulo                         | Presencial                              |
| 28           | Homem Cis     | 2015                                 | Privada                 | São Paulo                         | Presencial                              |
| 24           | Homem Cis     | 2020                                 | Estadual                | São Paulo                         | Presencial                              |

|    |            |      |           |           |            |
|----|------------|------|-----------|-----------|------------|
| 34 | Mulher Cis | 2019 | Privada   | São Paulo | Presencial |
| 27 | Homem Cis  | 2016 | Municipal | São Paulo | Presencial |
| 25 | Mulher Cis | 2019 | Federal   | São Paulo | Presencial |
| 23 | Mulher Cis | 2019 | Estadual  | São Paulo | Presencial |
| 28 | Mulher Cis | 2017 | Estadual  | São Paulo | Presencial |
| 25 | Mulher Cis | 2019 | Estadual  | São Paulo | Presencial |
| 26 | Mulher Cis | 2018 | Estadual  | São Paulo | Presencial |
| 25 | Homem Cis  | 2019 | Municipal | São Paulo | Presencial |
| 26 | Mulher Cis | 2019 | Estadual  | São Paulo | Presencial |
| 29 | Mulher Cis | 2019 | Estadual  | São Paulo | Presencial |
| 23 | Mulher Cis | 2019 | Estadual  | São Paulo | Presencial |

A avaliação da intervenção-ação operacionalizada por meio de duas oficinas foi considerada positiva, visto que os atributos relacionados aos objetivos e a organização da oficina, a atuação dos pesquisadores e mediadores e a autoavaliação dos residentes foram analisados em sua grande maioria com o critério “concordo totalmente” (Quadro 14).

As ponderações oriundas das questões abertas – *“Eu nem esperava e aconteceu; Decepcionei-me um pouco com; Se eu fosse fazer uma propaganda a um colega sobre essa oficina eu diria que”* – reafirmaram as respostas dadas na primeira parte do questionário.

Quanto ao que os participantes relataram que não esperavam mas encontraram nas oficinas as opiniões voltadas à reflexão da prática, aprendizagem sobre o que é a educação e prática interprofissional e a troca de experiências.

As decepções apontadas residiram não nas oficinas ou nos pesquisadores e mediadores mas nas angústias e reflexões que essas geraram. Alguns mencionaram que saíram da oficina decepcionados com a realidade em que estão inseridos e por julgarem a interprofissionalidade ainda distante da formação e da prática do trabalho.

Quanto a última pergunta os residentes validaram o quanto as oficinas foram importantes para a reavaliação sobre a prática na Residência, o compartilhamento das dificuldades e angústias comuns entre os participantes e envoltas nas atividades dos programas

e a reflexão de novas formas de como estar nos serviços, trabalhar em equipe e de produzir saúde.

**Quadro 16 – Avaliação dos participantes em relação as oficinas, 2022**

| Perguntas  | Primeira Oficina |           | Segunda Oficina |           |
|--|------------------|-----------|-----------------|-----------|
|  | CT               | CP        | CT              | CP        |
| Os objetivos da oficina foram coerentes com minha realidade?   | CT<br>(13)       | CP<br>(2) | CT<br>(11)      | CP<br>(2) |
| Percebi a importância da oficina para minha atuação profissional?  | CT<br>(14)       | CP<br>(1) | CT<br>(13)      |           |
| Percebi a importância da oficina para a minha formação profissional?   | CT<br>(14)       | CP<br>(1) | CT<br>(13)      |           |
| O conteúdo da oficina foi adequado?  | CT<br>(18)       |           | CT<br>(13)      |           |
| O tempo da oficina foi adequado?   | CT<br>(11)       | CP<br>(5) | CT<br>(10)      | CP<br>(3) |
| A metodologia adotada favoreceu o processo de aprendizagem, reflexão e discussão?  | CT<br>(14)       | CP<br>(1) | CT<br>(13)      |           |
| Houve oportunidade de avaliação e re-orientação da oficina?  | CT<br>(14)       | N<br>(1)  | CT<br>(12)      | CP<br>(1) |
| O relacionamento, em grupo, estabelecido entre pesquisadores e participantes favoreceu o processo de aprendizagem, reflexão e discussão? | CT<br>(13)       | CP<br>(2) | CT<br>(13)      |           |
| Os pesquisadores demonstraram ter  | CT<br>(14)       | CP<br>(1) | CT<br>(13)      |           |

|  |                   |                  |                   |                  |                 |
|--|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-----------------|
| <b>conhecimentos da temática abordada na oficina?</b>  |                   |                  |                   |                  |                 |
| <b>Os pesquisadores demonstraram motivação para a discussão da temática e mediação da oficina?</b> | <b>CT</b><br>(18) |                  | <b>CT</b><br>(13) |                  |                 |
| <b>Você participou ativamente das atividades</b>   | <b>CT</b><br>(11) | <b>CP</b><br>(5) | <b>CT</b><br>(10) | <b>CP</b><br>(2) | <b>N</b><br>(1) |
| <b>Você conseguiu contribuir com as discussões</b>   | <b>CT</b><br>(12) | <b>CP</b><br>(3) | <b>CT</b><br>(11) | <b>CP</b><br>(1) | <b>N</b><br>(1) |
| <b>Você estava comprometido com a oficina</b>  | <b>CT</b><br>(14) | <b>CP</b><br>(1) | <b>CT</b><br>(10) | <b>CP</b><br>(2) | <b>N</b><br>(1) |

\* **Legenda:** CT = concordo totalmente; CP = concordo parcialmente; N = neutro

Os resultados emergidos das duas oficinas originaram quatro temas: Oportunidades identificadas como potentes para a prática interprofissional; As aprendizagens adquiridas por meio da prática compartilhada; Componentes necessários para a prática do trabalho interprofissional; Os desafios barreiras para a consecução da prática interprofissional.

#### **Quadro 17 – Apresentação dos temas da intervenção-ação, 2022**

| <b>TEMA</b>   |
|---|
| <b>Oportunidades identificadas como potentes para a prática interprofissional</b> |
| <b>As aprendizagens adquiridas por meio da prática compartilhada</b>              |
| <b>Componentes necessários para a prática do trabalho interprofissional</b>       |
| <b>Os desafios barreiras para a consecução da prática interprofissional</b>       |

## **Oportunidades identificadas como potentes a prática interprofissional**

O primeiro tema “*Oportunidades identificadas como potentes para uma prática interprofissional*” os residentes dos dois programas trouxeram exemplos de situações nas atividades da residência que julgaram atuar interprofissionalmente.

Dentre aquelas que figuraram de igual modo nos dois grupos, têm-se: os atendimentos compartilhados, o planejamento e a execução de atividades comuns, as discussões e os estudos de caso, os espaços de apoio matricial e tutoria e o trabalho em rede e intersetorial.

“Foi uma fala comum no nosso grupo os atendimentos compartilhados. Ter a possibilidade de atender com o outro, de estar ali, de discutir aquela demanda, discutir com mais propriedade depois, de estar ali como apoio também, suporte no momento do atendimento” (3 PRMSM).

“Nas visitas domiciliares cada profissional consegue contribuir no caso” (15 PRMSF).

Os atendimentos compartilhados, realizados por meio de consultas e visitas domiciliares, e o planejamento de atividades comuns a serem executadas junto aos pacientes, como os grupos de educação em saúde, foram os primeiros exemplos dados pelos dois grupos como meio para uma prática interprofissional.

Os residentes assim o fizeram por identificarem primeiro as atividades assistenciais realizadas com profissional de diferente formação mesmo que independentemente da lógica ou intencionalidade do trabalho a ser realizado.

Nesse sentido, atenta-se que essas situações partem apenas do pressuposto de se ter um colega com formação profissional diferente atuando de forma conjunta e não na consecução da colaboração interprofissional e por consequência em melhores resultados na assistência ofertada.

As discussões no modelo de apoio matricial com a Equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família foram lembradas como potentes para o trabalho interprofissional, por se apresentarem como espaço em que o pensamento conjunto é construído e debatido e não apenas tem-se a intenção de encaminhar o paciente a outro profissional.

O matriciamento, no entanto, foi mencionado enquanto um espaço centrado no saber do profissional médico (PRMSM) ou por vezes ocorrendo apenas numa lógica multiprofissional (PRMSF). Os residentes do primeiro programa exemplificaram que por vezes as discussões giravam em torno da medicação a ser prescrita e/ou da necessidade de atendimento com o médico psiquiatra ou não.

Como exemplo de ações envolvendo mais de um serviço, o trabalho em rede e intersetorial foi bastante debatido, uma vez que sua configuração foi caracterizada como multiprofissional. Esse funcionamento revela também a dinâmica de trabalho que ocorre entre os serviços, pois a intenção por vezes é identificar para qual profissional o paciente será encaminhado e não de se discutir ou construir o cuidado de forma compartilhada.

“As reuniões com a Rede são oportunidades para se trabalhar interprofissional mas não que isso seja garantido e que aconteça na prática” (14 PRMSF).

Dois serviços foram citados como cenários para uma prática interprofissional colaborativa pelos residentes do PRMSM: o Centro de Atenção Psicossocial e o Serviço de Atenção de Referência em Álcool e Drogas. Identificaram a integralidade e o trabalho em equipe como componentes no modo que se dá a produção de cuidado e que vão ao encontro da prática interprofissional nesses serviços.

Já os residentes do PRMSF mencionaram o Centro de Testagem e Acolhimento que assiste pacientes com diferentes necessidades de saúde, o que complexifica a assistência ofertada e tenciona para o compartilhamento das ações apesar das dificuldades identificadas e mencionadas pelos participantes.

Percebe-se que poucos serviços foram relatados pelos residentes e que mesmo naqueles que eles passam maior tempo durante as atividades da Residência no segundo ano não foram mencionados.

Os papéis dos tutores e preceptores apresentam-se então de forma relevante por serem personagens que mediarão e colocarão em prática todo o processo didático-pedagógico na residência potencializando os diversos cenários de prática.

Além das oportunidades descritas, cada grupo identificou particularidades vivenciadas entre as atividades do programa. Os residentes do PRMSM mencionaram a utilização do método de ensino *Problem Based Learning* (PBL) e os encontros espontâneos e informais da prática do trabalho.

“Algo mais recente que é o PBL. Momento que elencamos casos e a partir desse caso nós vamos esmiuçando questões e principalmente as lacunas que percebemos de conhecimento. Coisas que estamos mais distante na prática, temáticas que não vemos na grade teórica da Residência. A partir disso, a gente pega esses conhecimentos prévios, busca entender melhor esse caso e partir para a literatura. É um momento que a gente discute, entende um pouco do que a gente já tem na nossa bagagem e consegue ir buscar para o além daquilo. E a pesquisa de cada um vai de uma forma muito diferente” (3 PRMSM).

---

“O PBL como espaço que ajuda a pensar sobre a prática e as intervenções dos demais profissionais” (6 PRMSM).

O uso de métodos ativos oportunizou discussões aprofundadas e a construção do conhecimento de forma compartilhada, componentes da educação interprofissional e que corroboram para o desenvolvimento de competências colaborativas. Contudo pondera-se mencionar que por vezes as atividades tidas como PBL são tidas como sinônimas da problematização e que mesmo não sendo o objetivo desse estudo vale destacar essa confusão que acaba por invalidar as metodologias ativas de ensino.

Para esse mesmo grupo, as aprendizagens mais marcantes ocorreram por meio de ações espontâneas por parte dos residentes em que as discussões de caso nos corredores e as discussões foram exemplos disso. E reforçaram que quando por vezes discutiam um caso com o colega informalmente, buscavam aprender algo específico do saber do outro, com o intuito de sanar uma demanda pontual advinda de algum atendimento.

“A gente não se pega muito pensando se eu vou aprender algo com o outro colega; é mais para poder resolver a demanda de saúde do usuário. É mais para suprir lacunas de conhecimento e as demandas dos serviços do que de aprendizagem mesmo” (6 PRMSM).

Percebe-se assim que a intencionalidade está alocada a partir apenas das necessidades de saúde do paciente e não na colaboração entre os profissionais o que impossibilita validar tal prática como interprofissional.

Os residentes do PRMSF trouxeram a interprofissionalidade como algo utópico em alguns momentos e exequível no ensino e na prática do trabalho e que a residência acaba por proporcionar atividades na lógica multiprofissional e não interprofissional. Porém, apresentaram situações particulares além das já citadas: as reuniões entre os próprios residentes, com a Coordenação do Programa e com as equipes dos serviços, a elaboração do genograma, ecomapa e PTS, a utilização de instrumentos para abordagem familiar, o processo de territorialização, as aulas teóricas em que estão outros programas de residência.

“PTS é uma ferramenta [...] que conseguimos sentar e discutir porque há um espaço [tempo] que está garantido [para isso]. Trabalhamos objetivos comuns e todos conseguem contribuir a partir de um objetivo central” (14 PRMSF).

“As reuniões são importantes por permitir revermos os processos de trabalho [...] é um facilitador para que se trabalhe mais interprofissional nas reuniões de equipe. É importante isso! Entender o processo de trabalho, o que são essas vivências e o que agrega valor para a nossa formação” (15 PRMSF).

Essas estratégias citadas para o planejamento e para a produção do cuidado utilizadas pelos residentes do PRMSF apesar de se apresentarem de diferentes formas, confluem como meio para o trabalho interprofissional por oportunizar a descoberta e o desenvolvimento de competências para utilizá-las.

As situações elencadas pelos residentes de ambos os grupos demonstram um cenário de prática fértil e com múltiplas oportunidades em ambos os programas analisados o que torna o processo de ensino-aprendizagem-trabalho potente para a prática interprofissional.

### **As aprendizagens adquiridas por meio da prática compartilhada**

O segundo tema “*As aprendizagens adquiridas por meio da prática compartilhada*” versa sobre as aprendizagens adquiridas pelos residentes a partir de práticas compartilhadas com profissionais de diferentes categorias nos cenários de formação da residência.

Os residentes do PRMSM exemplificaram que nos atendimentos compartilhados as perguntas realizadas pelo colega de outra categoria profissional permitiram: apreender uma nova forma de abordar o paciente, direcionar os atendimentos para a identificação das reais necessidades de saúde, compreender o núcleo profissional do colega, observar o modo de fazer do outro, identificar as competências comuns e a lógica de trabalho exercida na ação realizada em conjunto, se multi ou interprofissional.

“Os atendimentos compartilhados permitiram aprender mais sobre o modo de fazer dos demais profissionais” (6 PRMSM).

Os residentes do PRMSF complementaram ainda como sendo potentes para se identificar as competências específicas e comuns dos profissionais e que em um prazo maior perceberam ganhos na qualidade da assistência ofertada e nos resultados de saúde alcançados. Ressaltaram, contudo, que esse modo de atender ocorre muito mais entre os próprios residentes do que entre os residentes e os profissionais dos serviços.

Os ganhos alcançados e mencionados pelos residentes por meio de atividades realizadas de forma compartilhada vão ao encontro dos objetivos da prática interprofissional que são: melhoria de resultados na saúde e o desenvolvimento de competências colaborativas, principalmente a que tange a clareza dos papéis profissionais.

O desenvolvimento de estudos e discussões de casos colocados em evidência pelos dois grupos permite o reconhecimento dos papéis das diferentes categorias profissionais envolvidas

---

no trabalho e na formação na Residência. As diferentes percepções e os próprios conflitos interpessoais que emergem dos espaços de discussão oportunizam a interprofissionalidade e a construção de limites nas áreas de atuação profissional.

“Os estudos de casos acabam sendo um espaço em que ocorre o pensamento conjunto e não apenas discutir os casos e jogar para o profissional atender” (16 PRMSF).

“A discussão de caso que temos é também boa para resolvermos conflitos que existem entre nós, inclusive nas nossas opiniões diferentes sobre um mesmo caso” (1 PRMSM).

As discussões de caso também foram lembradas como um dos poucos espaços em que os profissionais dos serviços se envolvem, o que propicia uma aproximação entre os envolvidos e a construção compartilhada de ações a serem executadas. Além disso permite a reflexão da prática executada pelos profissionais, sejam eles residentes ou não.

As práticas compartilhadas no contexto do trabalho e de formação aparecem como possibilidades de se atender as necessidades de saúde dos pacientes, porém não a partir da colaboração entre os profissionais.

As reuniões que ocorrem com os diferentes serviços da rede foram mencionadas como facilitadoras para o desenvolvimento da colaboração entre os profissionais e para o efetivo trabalho em rede.

“As reuniões são muito ricas por permitiram pensar naquilo que estamos fazendo e consiga parar e ouvir o outro e pensar possibilidades” (4 PRMSM).

Nesse sentido, os residentes observam a contribuição da prática colaborativa para o trabalho em equipe por não reproduzir o modelo biomédico nos serviços e nos cenários de formação.

Os residentes da saúde mental relataram que não ter o profissional médico como integrante do programa é um facilitador para o planejamento de ações que fujam da lógica da assistência focada no profissional médico. Dado que chama a atenção por reforçar a fragmentação no trabalho, a hegemonia do profissional médico e as barreiras encontradas para uma prática interprofissional colaborativa, dentre elas o papel histórico de cada profissão e o território de competitividade entre as profissões.

“Não ter o médico na Residência possibilita criar outro modelo de atenção à saúde. Com o médico fica difícil pelo olhar biomédico, e quando a gente aponta e questiona além da hegemonia, produz reflexão” (1 PRMSM).

A educação interprofissional apresenta-se então como ferramenta de ensino potente nos cenários de formação das residências justamente por se apresentar como meio para o rompimento das barreiras que impedem uma prática colaborativa efetiva.

Os participantes do PRMSM foram unânimes em mencionar que o fato de atuarem em duas mini-equipes compostas de forma equânime por todas as categorias profissionais do programa também permite que a educação interprofissional se materialize com maior facilidade, diferente do PRMSF em que a divisão dos residentes pelos cenários de prática ocorre de forma a não permitir característica similar.

“Estar próximos dos sujeitos facilita o trabalho. Conseguimos rodar os campos de prática enquanto uma mini-equipe. Nós vamos rodar os serviços mas enquanto uma mini-equipe. E nos espaços de plantão nós vamos estar como um grande grupo da saúde mental. Isso facilita nossa troca, também” (3 PRMSM).

“Rodar junto permite o vínculo e os espaços de discussão” (4 PRMSM).

Estar sempre juntos e nos mesmos cenários de prática foi referido como forma do residente participar na prática do outro de forma contínua, entender o funcionamento do grupo, planejar e dar continuidade nas atividades planejadas, tomar decisão, resolver problemas de forma mais rápida e (re)conhecer os papéis profissionais.

Os residentes de saúde da família destacaram o processo de territorialização como oportunidade de atuarem de forma a compreender as potencialidades e fragilidades do território, as demandas de saúde dos usuários e suas famílias e os processos de trabalho dos serviços estão inseridos.

“O processo de territorialização a gente identificou como uma potência para o processo de ensino-aprendizagem porque nesse momento a gente consegue perceber como é o território que a gente está trabalhando, então a gente compreende melhor os trabalhadores, os usuários, o próprio território, como aquele território produz adoecimento nos próprios sujeitos que ali moram” (14 PRMSF).

Tais oportunidades oportunizam aos residentes a compreensão do funcionamento das equipes dos serviços em que estão inseridos e o planejamento de ações em que paciente está no centro do cuidado tornando as experiências durante a Residência mais próximas do trabalho em equipe e exitosas.

Pelo exposto, percebe-se que as aprendizagens alcançadas por ambos os grupos durante as atividades das Residências instrumentalizaram os residentes na e para a prática e foram destacadas por permitirem (re)pensar o trabalho executado e o desenvolvimento das

competências colaborativas, mesmo que sem essa nomeação explícita ou declarada pelos participantes.

### **Componentes necessários para a prática do trabalho interprofissional**

Esse tema – “Componentes necessários para a prática do trabalho interprofissional” – aborda os componentes e características relatados pelos residentes como elementos inerentes para o alcance de uma prática interprofissional.

Aspectos atitudinais foram mencionados pelos residentes dos dois grupos como elementos necessários para uma prática interprofissional, como: querer conhecer a necessidade do outro, os papéis profissionais dos pares e aprender com o outro e em equipe.

Justificaram que o modo como se operacionaliza o trabalho entre um profissional e outro sofre grande influência da disponibilidade pessoa dos profissionais, pois, a colaboração não é uma prática já posta e enraizada nos processos de trabalho na maioria das vezes.

Destacaram a necessidade do entendimento de que não há saberes absolutos e que o profissional deve estar apto a colaborar nas lacunas do conhecimento dos colegas sem julgamentos. Há a necessidade, portanto, de ceder para confiar no que o outro está afirmando, assumindo o lugar de não entendimento sobre algo.

“O outro tem que entender que o conhecimento dele, a formação dele, vai chegar em um limite e nesse limite a gente precisa trabalhar enquanto equipe para que possamos ampliar esse cuidado. Sozinho eu posso chegar até num momento e a partir de um ponto como é que eu vou propiciar esse cuidado?” (3 PRMSM).

Para aprender com o outro é então necessário extrapolar o lugar de costume e compreender antes que a atuação uniprofissional e individualizada não tem o mesmo alcance nos resultados produzidos em saúde. E que para modificar a realidade que os pacientes estão inseridos, a colaboração entre os profissionais deve existir e nortear as ações das equipes.

O vínculo foi lembrado pelos dois grupos como característica que facilita as interações e que oportuniza que as inseguranças e os desconhecimentos sejam postos sem receio do julgamento pelo colega possibilitando assim uma aprendizagem colaborativa.

“O que facilita é o nosso desejo de trabalhar em equipe. De fazer uma prática diferente. E também de ter esse vínculo entre os residentes, os trabalhadores e os usuários” (14 PRMSF).

A disponibilidade pessoal para a colaboração, o saber ouvir, o respeito entre os profissionais, a confiança no trabalho e no saber do colega foram características acrescentadas pelo grupo da saúde mental. Já os residentes da saúde família elencaram a atuação conjunta, a troca de saberes e experiências e o compartilhamento de objetivos em comum.

“A troca de conhecimento entre os diferentes núcleos, para o além do outro. O outro precisa estar disponível para que a gente possa questionar, conversar, discutir as questões que permeiam a prática. A disponibilidade é um fator muito importante. Principalmente o do ouvir” (3 PRMSM).

Características essas que vão ao encontro das competências colaborativas por desenvolver um clima de confiança e um ambiente favorável à efetiva comunicação, uma escuta respeitosa, respeito aos valores e preceitos éticos e a compreensão da interdependência entre todos os membros da equipe.

Os participantes dos dois programas destacaram a relevância dos preceptores, tutores, coordenadores e gestores dos serviços terem conhecimento acerca da interprofissionalidade. Tais personagens figuram como elementos chave para o processo ensino-aprendizagem-trabalho e para a consecução de uma prática interprofissional no contexto de formação das residências.

O entendimento da prática interprofissional por parte do preceptor e tutor e a importância dada por esses para a formação foram mencionados como atributos diferenciais. E a falta desses são tidos como justificativa para que alguns cenários sejam percebidos como campos de estágios ruins pelos residentes.

Os residentes do PRMSF reforçaram o papel do preceptor como articulador entre os diferentes atores nos cenários de prática e a necessidade de que os espaços de preceptoria sejam protegidos sem interferências ou atravessamentos por parte dos gestores dos serviços, das equipes e até mesmo da Coordenação dos programas.

Evidenciaram a necessidade de haver uma intencionalidade declarada no planejamento de atividades interprofissionais por parte de todos os atores envolvidos na Residência, mas que na prática há uma inversão nessa lógica que acaba por residir nas demandas por atendimento dos serviços e não no desenvolvimento das competências colaborativas.

“Quando tem intencionalidade e interesse de fazer das práticas algo interprofissional as coisas na Residências acontecem diferente mas não vemos um planejamento das atividades para serem interprofissionais de forma explícita” (9 PRMSF).

“Há uma captura pelas demandas do trabalho que dificulta a intencionalidade. A intencionalidade é subordinada pela demanda” (3 PRMSM).

O grupo da saúde da família justificou o desvio da premissa posta para uma prática interprofissional efetiva o entendimento de que o campo de atuação comum dos profissionais é frágil. E o grupo da saúde mental trouxe que a alta demanda de atendimentos faz com que o intuito de se compartilhar saberes seja para suprir a necessidade por mão de obra dos serviços.

Faz-se necessário, portando, destacar o propósito explícito da prática interprofissional que é o de proporcionar a colaboração interprofissional. E para que essa finalidade seja alcançada na prática há de se basear em um método que assegure essa operacionalização. Porém, os residentes de ambos os grupos relataram que as atividades na residência não apresentam tal intenção e afirmaram que se há, não é algo declarado e sistematizado. Como exemplo os residentes de saúde mental contaram que após as atividades desenvolvidas não levantam em grupo quais foram as possíveis competências adquiridas, o aprendizado emergido da interação com o outro e as possíveis melhorias alcançadas no processo saúde-doença dos pacientes assistidos.

É necessário pensar então não só nas características que são inerentes para uma prática interprofissional mas também estrategicamente em métodos e processos de aprendizagem para que as competências colaborativas possam ser desenvolvidas. O esforço de se avaliar os diversos cenários de atuação dos residentes deve estar incluído e os objetivos educacionais desejados e os atores sociais que serão envolvidos no processo de formação devem estar declarados e explícitos.

### **Os desafios para a consecução da prática interprofissional**

O presente tema – *“As barreiras para a consecução da prática interprofissional”* – dialoga com as dificuldades percebidas pelos residentes para a realização de uma prática interprofissional envolvendo três subtemas: a prática do trabalho na residência, a organização do programa de residência e o arcabouço teórico envolvido nos programas.

Relacionadas as estratégias educacionais práticas que são aquelas voltadas ao treinamento em serviço os residentes citaram algumas barreiras que envolvem essa dimensão, como a gestão dos serviços, a demanda alta para a realização de atendimentos, as múltiplas necessidades dos pacientes e equipes, a falta de tempo para discussões entre os profissionais, a hegemonia do profissional médico em alguns cenários e quando não do profissional psicólogo ou enfermeiro, a resistência de profissionais antigos para aderirem a mudanças processuais no trabalho, a prática do trabalho que caminha mais na lógica da multiprofissionalidade do que na

interprofissionalidade, o espaço físico dos serviços, a rotatividades de profissionais e aos atravessamentos de diferentes atores nas atividades planejadas.

Dentre as dificuldades relacionadas aos programas de residência figuraram as seguintes colocações: mudanças no escopo de atuação dos residentes do primeiro para o segundo ano, a falta de atividades planejadas entre programas de residências diferentes, a carga horária do programa, a coordenação da residência e os poucos cenários de prática.

Já aquelas pertinentes ao arcabouço teórico citaram: a falta de entendimento dos preceptores, tutores, coordenadores da Residência e gestores dos serviços para o planejamento de ações na lógica interprofissional e sua importância para a formação, o trabalho e o cuidado em saúde e a falta de clareza dos papéis profissionais e sociais dos residentes.

A gestão do serviço foi citada por ambos os programas como fator que interfere nas atividades da residência e no papel profissional e social a ser desempenhado pelos residentes sobretudo nas solicitações com vistas a suprir necessidades e demandas do serviço.

“A coordenação do serviço acaba demandando mais para uma categoria profissional e algumas profissões acabam não sendo vistas nos processos de discussão, de atendimentos compartilhados e o quanto isso dificulta a inserção de novos profissionais no cuidado. [...] acaba invisibilizando algumas profissões” (3 PRMSM).

“Não consciência sobre o que fazem os diferentes núcleos de saber dificulta a conformação do trabalho. [...] Há estigmas e saberes cristalizados sobre o que determinados profissionais sabem sobre outras categorias profissionais” (1 PRMSM).

Essa fragilidade reside não só na dificuldade de se compreender o papel do residente dentro do serviço, mas também na falta de entendimento dos profissionais dos serviços de se perceberem como agentes no processo de formação na Residência e não apenas como um colega de trabalho. Além disso há uma ausência de compreensão nas delimitações do especialista em saúde mental e saúde da família, reduzindo por vezes algumas categorias à margem no planejamento e execução das atividades da Residência e dos próprios serviços.

Nesse ensejo, os residentes de saúde mental reforçaram a necessidade do fortalecimento de uma educação dialógica e da articulação entre: o ensino e o serviço, a teoria e a prática e o profissional generalista e especialista.

A quantidade de atendimentos realizados sempre alta coloca os profissionais em um ritmo que caracteriza outras racionalidades e que não vão ao encontro da interprofissionalidade, precarizando assim o trabalho dos residentes e de todo o serviço.

“Por vezes somos cobrados dessa produtividade. O quanto que isso precariza o nosso trabalho e de toda equipe” (3 PRMSM).

---

“É também sistemático e estrutural o porquê de ficarmos separados [...] também para estimular essa competitividade, essa fragmentação do cuidado [...] o que faz com que a gente tente sempre trabalhar na contramão” (14 PRMSF).

Há ainda uma pressão por parte de algumas equipes para que os residentes supram as demandas dos serviços pela falta de profissionais que existe. E por vezes com a compreensão de que atendimentos compartilhados são menos produtores quando comparados aos individuais.

“A alta demanda do serviço acaba empurrando a gente para uma prática uniprofissional. E a gente tem que dar conta disso de alguma forma e o interprofissional vai ficando de lado” (7 PRMSM).

“Falta de profissionais em vários campos da nossa prática. Não conseguimos passar por um processo de formação porque ficamos responsáveis pela demanda do serviço. A falta de garantia de espaços democráticos dificulta muito a gente a fazer um trabalho interprofissional porque muitas vezes a gente toma conta da demanda que seria de um profissional ou do serviço” (14 PRMSF).

“A falta de profissionais para atuar no serviço [...] que não seja um serviço que tenha atividades apenas tocadas pelos residentes. Como o serviço é dependente do residente. E acabamos ouvindo muitas vezes: vocês vão iniciar esse trabalho e daqui a dois anos vocês vão sair e como que vai ficar isso?” (15 PRMSF).

As atividades práticas da residência acabam então por estar mais voltadas as demandas espontâneas e as características dos serviços do que com interface à prática do trabalho interprofissional.

Exemplificaram que os profissionais envolvidos na coordenação e nos processos de tutoria e preceptoria não oportunizam atividades para que a interprofissionalidade seja utilizada como referencial pela falta de conhecimento sobre a temática. E que se discute e estimula muito mais as competências específicas e comuns quando comparadas às colaborativas.

“O desconhecimento dos preceptores e coordenadores e mesmo da Coordenação a respeito da prática interprofissional e a importância dela faz com que não tenhamos atividades interprofissionais na Residência de forma planejada” (12 PRMSF).

A formação uniprofissional e a falta de familiaridade com o núcleo profissional de algumas categorias profissionais fragiliza ainda mais o processo de formação voltado para a interprofissionalidade e a inserção de alguns residentes nos cenários de prática.

“Fragilidade na formação que garanta a interprofissionalidade. Exemplo a enfermagem que fica só com a enfermagem. Formação que mostre a importância de cada profissão na graduação, a formação será outra” (14 PRMSF).

Os residentes da saúde da família associaram o processo de trabalho dos serviços a uma lógica empresarial de saúde e à mercantilização do trabalho em saúde e exemplificaram que esse modo de organização pode estimular a competitividade entre os profissionais, repercutindo negativamente sobre as relações interpessoais. E os residentes da saúde mental relataram que quando estão com pouca demanda de trabalho facilita os momentos de troca e aprendizagem entre os profissionais.

“Entramos nessa lógica da saúde da família que é terceirizada e que é estimulada a bater metas, a cumprir os protocolos [...] a gente tem que produzir [...] existe uma quantidade de consultas, de visitas domiciliares e daí a gente fica nessa lógica [...] e somos atravessados e acho que é um ponto bem chave do porquê não fazemos práticas interprofissionais” (14 PRMSF).

Somado a isso, o volume de atendimentos dos serviços faz com que não se tenha ou crie discussões e assim novas questões sejam postas e (re)pensadas. Essa linha tênue entre a residência e o trabalho fica mais evidenciada quando a reflexão ocorre apenas nos espaços das Residências.

A carga horária do programa também foi lembrada por ambos os programas como fator que alimenta esse processo por fazer com que os residentes fiquem mais cansados, optando por vezes por reproduzir o modelo já posto nos serviços.

As atividades da residência como mudam do primeiro para o segundo ano também dificultam os encontros entre os residentes seja do mesmo programa ou não.

“A carga horária da Residência e as demandas no R2 que são maiores e os locais de práticas no segundo ano que são maiores também faz com a parte educacional da nossa prática fique de lado” (6 PRMSM).

O cenário de pandemia da COVID-19 foi lembrado por ambos os grupos como algo que dificultou as aulas na residência não só pelo fato de terem ocorrido de modo remoto, mas de forma expositiva. Outra influência que o contexto sanitário ocasionou foi que muitas ações que os residentes costumavam executar nos serviços, como a realização de atividades em grupo e mesmo os atendimentos individuais, foram suspensas.

“Pandemia dificultou bastante as atividades na residência” (15 PRMSF).

“A pandemia aumentou a demanda de forma surreal para questões saúde mental” (3 PRMSM).

Os residentes apontaram a residência como uma oportunidade para mudar a prática de trabalho, mas que acabam por reproduzir velhos modos de operacionalizar o cuidado, tendo visto que a aprendizagem se dá majoritariamente na prática dos serviços, porém sem objetivos e um método claro de aprendizagem e sem espaços pedagógicos para pensar a educação interprofissional de maneira a implementá-la nos cenários de formação da Residência.

Nesse contexto o processo de avaliação do processo ensino-aprendizagem-trabalho apresenta-se como etapa importante ao processo de formação dos residentes, porém falho a partir da percepção dos participantes dessa pesquisa.

Os residentes relataram que há uma tentativa em se discutir o que necessita de melhoria, principalmente nas avaliações finais da residência, nos espaços de tutoria e reuniões com a Coordenação, porém, sem grandes mudanças apesar das várias discussões realizadas.

Descreveram também que a avaliação reside em critérios que não abrem caminho para discussão do processo de ensino-aprendizagem e das atividades desenvolvidas por personagens para além dos residentes como os tutores, preceptores e coordenadores.

Os residentes da saúde mental colocaram ainda a falta de remuneração, formação adequada e tempo para os tutores e preceptores operacionalizarem atividades práticas interprofissionais dentro da lógica que estão inseridos e as dificuldades enfrentadas, especialmente, com os profissionais mais antigos diante da necessidade de se discutir e implementar mudanças voltadas aos processos e fluxos de trabalho. E que se percebem ao longo do segundo ano da residência não tendo mais estímulo para implementar mudanças nos contextos em que estão inseridos, contrariando uma premissa dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

Já o grupo da saúde da família diferenciou ao elencar: a falta de conhecimento acerca das competências comuns, específicas e colaborativas pelos atores envolvidos na Residência, a dificuldade no diálogo entre os serviços, a fragilidade na referência e contrarreferência, a falta de garantia do espaço para as reuniões de equipe que ocorrem como momento para passagem de informes e não dentro de uma lógica formativa, a formação uniprofissional nas graduações em saúde, as atividades propostas em aulas aos diferentes programas de residência que não oportunizam a educação interprofissional, falta de envolvimento da equipe dos serviços nas ações executadas, falta de profissionais e a prática de trabalho pouco discutida.

Os residentes da saúde da família discorreram também acerca das aulas teóricas que compõem o programa e elencaram fragilidades nas áreas temáticas escolhidas e debatidas. E apesar de trazerem elementos que justificassem os temas abordados em aulas voltados as

competências comuns, ainda assim trouxeram o entendimento como sendo temas não pertinentes à prática profissional.

“Muitas vezes os temas das aulas ficam presos a medicina centrada sem interação entre as disciplinas” (15 PRMSF).

“O quanto muitas vezes a gente acaba absorvendo aquilo que é negativo durante a Residência porque isso marca muito a gente. Isso marca as nossas dificuldades. Isso marca muitas vezes as lacunas de conhecimento. Isso marca quando observamos uma grade teórica que não nos contempla. Então isso nos deixa muito marcado. E aquilo que é positivo muitas vezes vai passando, vai passando de uma forma mais rápida. A gente faz, é legal, a mas gente não consegue reparar e se apropriar daquilo a gente está fazendo” (3 PRMSM).

Entende-se pelo exposto que várias são os entraves que permeiam a educação e prática interprofissional no contexto de formação das residências e que esses precisam ser considerados e identificados para que mudanças sejam implementadas nos diversos cenários que envolvem o processo ensino-aprendizagem-trabalho nos programas de residência multiprofissional em saúde.

#### **4.4 O inter cruzamento entre as três etapas de procedimentos de coletas de dados**

Apresenta-se a seguir o inter cruzamento entre os resultados emergidos a partir das três etapas de procedimentos de coleta de dados com a pretensão de evidenciar algumas aproximações entre os achados encontrados nessa pesquisa.

A frágil formação pedagógica voltada aos docentes, tutores e preceptores alinhada as diretrizes que regem os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde aparecem nos resultados da Revisão Integrativa e nas falas dos residentes nas oficinas realizadas sobre o assunto. Soma-se a esse processo a não compreensão por esses atores do que seriam a educação e prática interprofissional colaborativa, o que torna ainda mais difícil que essa temática seja debatida e considerada na operacionalização das atividades práticas das Residências.

Várias causas podem estar relacionadas a pouca compreensão evidenciada no parágrafo anterior. O fato da temática ainda ser discutida apenas de forma recente no Brasil e até mesmo de ser colocada em um lugar comum e tratada como sinônimo de uma prática multiprofissional e interdisciplinar. Com isso, perde-se a força para a ampliação das discussões envolvendo esse referencial teórico.

Há de se pensar e considerar que para chegar ao objeto-imagem que representa a educação interprofissional, necessariamente, passa-se pela lógica da multiprofissionalidade, o que possibilita por exemplo aos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde a tomarem a parte (multiprofissionalidade) pelo todo (interprofissionalidade) para o alcance de uma formação em serviço e interprofissional.

Os três procedimentos de coleta de dados enfatizaram o distanciamento do referencial teórico da educação interprofissional. Por meio da revisão integrativa, observou-se que os participantes das pesquisas analisadas apreendiam tais referências de modo frágil. Essa evidência alinhou-se ao produto das oficinas realizadas com os residentes, permitindo-nos enxergar uma dificuldade na compreensão dos marcos teóricos da educação interprofissional. Por último, a análise crítica dos PPP, realizada na etapa documental, notou-se que um dos três tomou a educação interprofissional como diretriz pedagógica não elucidando, contudo, o desenvolvimento das competências colaborativas entre as atividades práticas, teóricas e teórico-práticas.

Nesse sentido importante validar a importância dos PPP dos Programas de Residências documentarem as intencionalidades por detrás dos seus objetivos pedagógicos e que cada vez mais possam estar alinhados aos da educação interprofissional.

Entende-se que os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde de modo geral não trazem em sua conformação a interprofissionalidade como diretriz pedagógica como evidenciado nas três etapas dessa pesquisa, até porque não foram desenhados a partir desse referencial. Todavia trazem elementos que dialogam com a interprofissionalidade tornado fértil os cenários de formação para a colaboração interprofissional como as políticas públicas de saúde, o próprio SUS e a integração ensino-serviço-comunidade.

A forma como se dá a operacionalização do currículo dos programas de residência multiprofissional tanto nos artigos da revisão quanto nos discursos dos residentes nas oficinas são confluentes e que junto da análise dos PPP reforçam a constatação de que não consta detalhes e de forma mais descritiva as atividades envolvendo atividades teóricas, teórico-práticas, práticas, de tutoria e preceptoria, por exemplo.

Nesse contexto ainda os PPP analisados não especificam como se dá a integração com a graduação ou outros Programas de Residência algo valorizado nos artigos analisados na Revisão e pelos residentes durante as oficinas.

O processo de fazer juntos dos residentes com os profissionais dos serviços é tido como ação que se esgota em si e que garante por si só o trabalho em equipe e interprofissional e

---

melhores resultados em saúde. Na prática, todavia, como não há uma articulação dos núcleos profissionais e um método de avaliação que analise o processo ensino-aprendizagem-trabalho, sobretudo as competências voltadas a colaboração interprofissional, por vezes apenas se perpetua o modo já operante nos serviços não trazendo mudanças na formação profissional e no modelo de atuação.

A dissonância entre o currículo declarado, ensinado e o aprendido aparece nas três etapas de coleta de dados, algo que chama a atenção de maneira preocupante e faz pensar no distanciamento da universidade à realidade dos serviços e comunidades. E sob um outro prisma tem-se os desafios relacionados a implicação dos trabalhadores a produzirem modelos de atenção contra hegemônicos.

A percepção sobre os cenários de prática percebidas pelos residentes são confluentes com o posto na literatura analisada, considerando que muitos colocam a potência do serviço a determinados personagens e profissionais, e não no território vivo com suas necessidades e particularidades.

O processo de ensino-aprendizagem-trabalho desse modo não se conforma na e pela experiência completa da produção do trabalho em saúde ficando subordinado a aproximação e preferências do residente ao modo de trabalho de determinados profissionais dos serviços fragilizando a dimensão interacional do trabalho em equipe.

Os atravessamentos que ocorrem nas atividades dos programas de residência mencionados nas oficinas confluem com os achados da literatura analisada na primeira etapa dessa revisão sobretudo dos gestores dos serviços e coordenações dos Programas de Residência produzindo rupturas no planejamento de atividades principalmente daquelas que fogem à lógica do atendimento individual, como atividades em grupos, discussões de casos, atendimentos compartilhados.

Na Revisão ficou evidenciado que nem sempre há uma (tripla) consonância entre os objetivos específicos, as atividades para concretizá-los e o processo de avaliação utilizado nos programas de residência. Algo percebido também na análise dos PPP na segunda etapa dessa pesquisa.

A avaliação deve permear todo o período de dois anos da Residência em que pese a inclusão de espaço e poder de fala não só dos tutores e preceptores voltadas aos residentes mas também dos residentes para com esses personagens e ainda a inclusão dos profissionais dos serviços e usuários. Porém, nas três etapas ficou evidenciado o quanto o componente

“avaliação” é frágil nos programas de residência abrindo a possibilidade para que essa possa ser executada apenas como uma norma do programa.

Há uma necessidade de vários atores serem envolvidos na elaboração dos PPP e na execução e acompanhamento das atividades da residência, como os trabalhadores do SUS, os gestores de serviços de saúde e instituições parceiras, dos usuários e dos próprios residentes e egressos dos programas.

Nos PPP analisados não fica declarado quem foram os personagens envolvidos nessa criação deixando como uma possibilidade que os coordenadores, tutores e preceptores citados, participaram nessa construção.

Destaca-se o não envolvimento explícito dos usuários dos serviços ou de profissionais que não sejam preceptores propriamente dito nas avaliações bem como nas pesquisas analisadas na primeira etapa em que não se contempla os usuários como participantes das investigações realizadas.

Os papéis dos residentes, tutores e preceptores não tão bem delimitados aparecem como um entrave à consecução das atividades voltadas a uma prática colaborativa. Nos resultados da revisão, nas oficinas e nos PPP analisados fica elucidada essa questão que por vezes trazem ações tidas como específicas quando na verdade não deixam de ser competências apenas comuns à todos os residentes, por exemplo.

O preceptor como já constatado na literatura apresenta papel relevante nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde o que foi corroborado nas três etapas dessa pesquisa, em que fica evidenciado o seu papel de mediador e articulador nas atividades dos programas. Portanto, conflui novamente com o já posto na bibliografia acerca do tema que traz por vezes uma dependência da figura do preceptor para o sucesso ou insucesso das atividades da Residência, figurando assim em um processo dependente de um personagem e não a um método formativo e com objetivos de aprendizados e avaliação claros.

A jornada e o papel duplo desempenhado pelos preceptores por manterem todas suas funções nos serviços que estão alocados também se apresentaram como obstáculos identificados nos resultados da revisão, oficinas e PPP analisados ao considerar que esses serão profissionais dos serviços.

Os residentes nas oficinas e os resultados da revisão apontaram a falta de financiamento para as atividades desempenhadas pelos preceptores e tutores como fator que reverbera nos aspectos atitudinais desses personagens comprometendo na qualidade das atividades

---

desempenhadas. Contudo nos três procedimentos de coleta de dados fica destacado a relevância dos espaços de tutoria e preceptoria para o processo de formação dos residentes.

O papel do residente que por vezes não está claro para as equipes e os pacientes como elucidado nos resultados da revisão e das oficinas, é ainda mais confundido quando a esse personagem são atreladas metas, produtividade e até mesmo a responsabilidade de suprir a falta de profissionais nos serviços.

A falta de clareza dos papéis de algumas profissões também figurou na análise dos resultados das três etapas de coleta de dados. Trazer o arcabouço da educação interprofissional apresenta-se como meio para a definição dos contornos dos limites do núcleo profissional compreendido como competência colaborativa levando à clareza de papéis.

Segundo resultados apresentados na revisão o enfermeiro consegue se inserir com mais facilidade nas atividades dos serviços, dado posto também nas oficinas pelos participantes, à exceção dos enfermeiros do PRMSM que relataram uma dificuldade por parte dos seus pares, profissionais dos serviços e docentes em compreender qual seria o papel desse profissional nessa área de atuação.

Vale considerar, nesse sentido, se determinadas categorias profissionais que tem em seu histórico de criação um alinhamento maior ao modelo biomédico tendem a ter mais facilidade de se inserir em serviços que reproduzem essa lógica de cuidado e trabalho do que outras.

Os diferentes momentos e estratégias que oportunizam a educação e prática interprofissional nas diferentes etapas dessa pesquisa se confluem, como: os atendimentos compartilhados, o apoio matricial, as discussões de caso, as reuniões de equipe, entre outros.

Nas três etapas as metodologias ativas aparecem como estratégias pedagógicas que oportunizam vivências potentes voltadas a mudanças nos processos de formação e no cuidado ofertado. Destaca-se apenas que pelos procedimentos de coleta de dados aqui utilizados não é possível considerar se de fato esse método ocorre na sua plenitude, pois o uso dessas metodologias no processo de ensino-aprendizagem depende de outros elementos que dialogam com a perspectiva construtivista da formação.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde apresentaram-se como meio para a educação e prática interprofissional potencializando o trabalho em rede, uma assistência integral e integrada ofertada, aprender com e sobre o outro e uma melhora na interação e comunicação da equipe. E tanto na primeira quanto na terceira etapa fica elucidado a relevância do aprender com e sobre o outro potencializa o cuidado e o trabalho em equipe.

## *Discussão*

---

O número pouco expressivo de estudos sobre a educação interprofissional no Brasil merece atenção dos diversos setores envolvidos com a formação na área da saúde, de educadores, gestores da educação e saúde e pesquisadores (MICHEL; OLSSON; TOASSI, 2019; MALLMANN; TOASSI, 2019).

O baixo quantitativo de publicações que aborda o ensino interprofissional no país evidencia que as discussões voltadas ao tema e aos seus benefícios para a formação, para o trabalho em equipe e para o cuidado caminham em uma velocidade que não atende a emergência das mudanças nos cenários de formação e de trabalho (COSTA, 2016).

Outro ponto que vale ser lembrado são os desafios relacionados ao desenvolvimento de pesquisas e publicação em revistas científicas conceituadas, pois os artigos científicos têm sido por vezes transformados em mercadorias comercializadas e como moeda de troca suas citações desempenham papel importante e influenciador nos processos de avaliação das revistas e agências de fomentos para pesquisas (BARATA, 2019).

A diminuição nos últimos anos dos financiamentos para o desenvolvimento de pesquisas por parte de instituições (SERAFIM; DIAS; ETULAIN, 2021) como a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoa de Nível Superior (CAPES), a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ), entre outras, influencia sobremaneira o desenvolvimento de novas pesquisas e, por consequência, observa-se um impacto negativo em áreas de pesquisas não elencadas na agenda prioritária.

O intervalo no valor do fator de impacto das revistas analisadas na etapa de Revisão Integrativa apresenta similaridade com outros periódicos brasileiros, porém com mediana menor do que revistas internacionais e mais bem avaliadas. Há, portanto, um movimento cada vez mais frequente pela busca por revistas estrangeiras apesar de as taxas de publicação e submissão por vezes operarem em moeda estrangeira e não permitirem o acesso aberto às obras publicadas que retroalimentam esse processo de publicação mercantil (BARATA, 2019).

Diferente do encontrado nos resultados da revisão, a língua inglesa se apresenta com predominância nos estudos publicados em todo o mundo sendo que apenas 1 % estava disponível em português, tornando o idioma em uma barreira de acesso à informação e ao conhecimento e no desenvolvimento loco-regional, cedendo ao mercado capitalista e a comercialização das produções científicas (BONILLA, 2021).

A maioria das pesquisas analisadas na etapa da revisão tomara como referencial metodológico a pesquisa qualitativa. Sabe-se que esse tipo de pesquisa não é compreendido por alguns centros de pesquisas, órgãos de fomentos ou mesmo revistas científicas (BAIXINHO; PRESADO; RIBEIRO, 2019). Acredita-se, todavia, que esse método têm a vantagem de analisar temas e assuntos poucos explorados e assim levantar hipóteses e variáveis para novos estudos envolvendo outros métodos (MINAYO, 2010; BARDIN, 2016), como é o caso da educação e prática interprofissional colaborativa no cenário brasileiro.

Ademais, percebe-se um elevado número de estudos exploratórios e descritivos entre as pesquisas que se debruçam sobre a interprofissionalidade o que vai ao encontro da preocupação em compreender a realidade a partir de uma perspectiva complacente e interpretativa ampliada sobre os fenômenos estudados, aspecto que se potencializa por meio do desenho qualitativo (BAIXINHO; PRESADO; RIBEIRO, 2019).

A despeito dessas considerações, percebe-se, no Brasil, um aumento de publicações a partir do ano de 2015, confluindo com alguns marcos e conquistas que trouxeram maior visibilidade, como: a Revista Interface que, por meio de um Editorial em 2016, convidou a comunidade científica a publicar sobre o avanço da colaboração interprofissional no Brasil e, em 2018, publicou um número especial voltado à temática; o I Colóquio Internacional de Educação e Trabalho Interprofissional, realizado em 2015, na cidade de Natal (Rio Grande do Norte, Brasil); e, no mesmo ano, a criação da ReBETIS (CÂMARA, et al., 2016; INTERFACE, 2018).

Nesse período, o PET-Saúde, em sua nona edição (2018), teve como eixo temático a educação interprofissional e as práticas colaborativas em saúde, oportunidade que intensificou as discussões envoltas à formação em saúde e as experiências de ensino interprofissional. Por consequência, observou-se um aumento no número de publicações, sobretudo, relato de experiências e estudos de casos, como demonstrado em estudo desenvolvido em parceria entre três universidades públicas: Universidade Federal da Fronteira Sul, Universidade do Oeste de Santa Catarina e Universidade do Estado de Santa Catarina (VENDRUSCOLO, et al., 2020).

Enquanto na literatura internacional, percebeu-se um crescimento relevante no número de publicações a partir dos anos 2000, especialmente, a partir de 2010, ano em que a Organização Mundial da Saúde divulgou o Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, exercendo importante papel na divulgação dos pressupostos da educação

interprofissional no mundo e com grande influência no contexto nacional (WORD HEALTH ORGANIZATION, 2010; GERMANI et al., 2012).

Considerar os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde como cenário para o desenvolvimento da educação e prática interprofissional também se apresenta como possível justificativa para o aumento de publicações voltadas nessa temática, principalmente ao correlacionar ao crescente número de programas nessa modalidade entre os últimos anos (SARMENTO; FRANÇA; MEDEIROS; SANTOS; NEY, 2017).

Concretamente, entre 2009 e 2015, evidenciou-se um cenário em que 320 programas foram homologados, com maior concentração nos estados do sudeste do país. Essa discrepância, legitima o *status* econômico da região como centro do mercado de trabalho do país e reforça a necessidade de ações e incentivos coordenados, envolvendo os diferentes órgãos e instâncias públicos voltados a consolidação do SUS, para reduzir as várias diferenças que envolvem a geografia brasileira (SARMENTO; FRANÇA; MEDEIROS; SANTOS; NEY, 2017).

Outro estudo confirma tal achado ao demonstrar que os Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde Mental se concentram na região sudeste, diferindo das regiões norte e centro-oeste que figuram com menor quantitativo de vagas por programas (MOURA; RICCI; FERIGATO, 2021).

Iniquidade similar é percebida na distribuição das vagas nos programas de Residência Médica com menor representação na região norte, caracterizada pelo menor número de programas, maiores taxas de ociosidade e menor financiamento de bolsas, refletindo as diferenças sociodemográficas brasileiras (CAMPOS, et al., 2019).

Sobre a questão da desconcentração dos programas de residência nas regiões norte, nordeste e centro-oeste, há de se considerar a disparidade entre a oferta e a demanda, envolvendo os setores da educação e da saúde, e o “perfil heterogêneo da conformação do país, decorrente de sua extensa área geográfica, da densidade populacional, das diferenças o desenvolvimento econômico” (SARMENTO; FRANÇA; MEDEIROS; SANTOS; NEY, 2017, p. 421).

A Portaria nº 1598 de julho de 2021 que instituiu o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde no âmbito do SUS visa valorizar e qualificar os residentes, o corpo docente-assistencial e os gestores de programas de residência em saúde, ampliar o investimento financeiro para qualificação dos programas já existentes, incentivar a abertura de novos

---

programas com aumento no valor da bolsa dos residentes e conceder bolsas de incentivo financeiro ao corpo docente-assistencial com intuito de fixar profissionais em regiões com vazios assistenciais (BRASIL, 2021b).

Nesse contexto, vale considerar que o MS, ao ofertar bolsas como incentivo para fixação de profissionais pelo Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional (BRASIL, 2012c), passa a assumir a regulação na oferta de vagas por profissão e região. Mesmo com tal iniciativa, a concentração de programas na região sudeste permanece maior quando comparada às demais (SARMENTO; FRANÇA; MEDEIROS; SANTOS; NEY, 2017, p. 421).

Para ser caracterizado como um Programa de Residência Multiprofissional há de se ter na sua configuração, no mínimo, três profissões distintas (BRASIL, 2012d) A predominância das categorias profissionais nos diferentes programas varia e está associada ao campo da intervenção assistencial ou gerencial.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, de maneira geral, apresentam predominância de quatro categorias, a saber: enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional (MOURA; RICCI; FERIGATO, 2021).

A evolução nos currículos dos cursos da área da saúde não se desenvolveu no mesmo ritmo das mudanças dos cenários de trabalho e das necessidades de saúde da população, reverberando em profissionais que contribuem de modo frágil para a melhora do desempenho dos sistemas de saúde (FRENK, et al., 2010).

As residências foram estruturadas com a intencionalidade de produzir mudanças no modelo formação e, por consequência, interferir sobre a lógica do trabalho e produção do cuidado nos serviços. Em contrapartida, os profissionais de saúde ainda são formados de maneira separada em núcleos profissionais, para posteriormente atuarem juntos, lógica essa contraditória e desatualizada.

Desse cenário, nota-se a importância do referencial teórico-conceitual e metodológico da EPS que busca construir mudanças no trabalho e na formação dos profissionais com contribuição para a construção do trabalho em saúde (OGATA, et al., 2021). Nessa direcionalidade, as Residências podem se configurarem como espaços de EPS por oportunizarem a reconstrução do conhecimento e de transformação das práticas nos serviços.

A EPS aparece na análise dos PPP observada na necessidade para os serviços e na contribuição para o processo ensino-aprendizagem-trabalho ao oportunizar a reflexão-ação

crítica dos atores envolvidos: residentes, profissionais dos serviços, representantes das instituições de ensino, preponentes dos programas de residência e usuários. Ressalta-se a condição de que para a EPS ser considerada uma estratégia e meio para a educação e a prática interprofissional colaborativa se a intencionalidade da ação estiver direcionada para a colaboração (MOURA; RICCI; FERIGATO, 2021).

A EPS possibilita a qualificação de recursos humanos por meio do desenvolvimento de um processo educacional contínuo, integração ensino e serviço e criação de novos valores, permeados das preocupações integrais, coletivas e sociais, descentrando as ações hospitalares, curativas e individuais e que, sobretudo, assumam tais transformações tendo por base a educação e prática interprofissional (MOURA; RICCI; FERIGATO, 2021; OGATA, et al., 2021).

A ampliação do conceito de saúde que passou a ser instituída como um direito fundamental do cidadão e influenciada pela determinação social, entendida no acesso à alimentação, à moradia, ao saneamento básico, ao meio ambiente, ao trabalho, à renda, à educação, à atividade física, ao transporte, ao lazer e ao acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990b); tensiona a produção do cuidado para o trabalho em equipe e para mudanças nas práticas dos serviços e na formação em saúde. A formação uniprofissional, nesse sentido, não fornece subsídios que atendam ao desenvolvimento de competências para o trabalho colaborativo em equipe (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Incorporar a educação interprofissional e a prática interprofissional colaborativa em cenários de formação apresenta-se como estratégia potencial para qualificar o cuidado integral centrado nas pessoas e nas suas necessidades de saúde, pois apresenta-se como ferramenta de ensino capaz de trazer mudanças nesse contexto, na prática nos serviços e na qualidade da assistência ofertada (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; MALLMANN; TOASSI, 2019). Para tanto, uma reorganização dos currículos é necessária de forma a promover a interação entre os estudantes de diferentes profissões, visando romper com o paradigma do modelo curricular hegemonicamente uniprofissional e disciplinar.

Para a introdução da educação interprofissional são requeridos para os gestores e planejadores atributos, como: habilidade e preparação para lidar com as adversidades e as responsabilidades dos participantes, experiência prévia em trabalho interprofissional, métodos interativos de aprendizagem, conhecimento de dinâmica de grupo, confiança em trabalhar com

grupos interprofissionais e atitude flexível, apoio institucional, estrutura física e organização dos currículos (BATISTA; BATISTA, 2016; REEVES, 2016).

A educação interprofissional articula-se com os princípios do SUS (PEDUZZI, 2016) e “suas bases teóricas e metodológicas, complementa e fortalece os ideários do SUS e os subsídios para a construção de um projeto novo de sociedade, a partir da concepção ampliada de saúde” (COSTA, 2016, p. 197).

O não entendimento e o uso de terminologias voltadas aos marcos teórico-conceituais e metodológicos da educação interprofissional seja nos resultados da revisão, nos PPP analisados ou mesmo pelos residentes nas oficinas realizadas confluem com os achados na literatura e com as bases teóricas dos programas de residência multiprofissional em saúde que de maneira geral trazem (outras) propostas como centrais: a integralidade do cuidado e o trabalho interdisciplinar (SILVA, 2018).

A educação interprofissional não tem a intencionalidade de anular ou sobrepor o ensino multiprofissional, interdisciplinar e uniprofissional, pois, complementam-se e são fundamentais para o desenvolvimento das competências comuns, colaborativas e específicas (MIRANDA NETO; LEONELLO; OLIVEIRA, 2015).

A análise documental dos PPP revelou os cenários de formação e as aproximações que os programas apresentam da educação e prática interprofissional a partir do conjunto de questões aplicadas.

A educação interprofissional está ancorada em três focos interligados e interdependentes: a preparação individual para a colaboração, o cultivo da colaboração no grupo e na equipe, e a melhoria dos serviços (BAAR, et al., 2005). Esses pressupostos e as abordagens metodológicas embora não tenham aparecido de forma explícita nas três etapas dessa pesquisa, se mostraram coerentes com o desenvolvimento da colaboração.

O uso de metodologias ativas foi apontado como estratégia para o desenvolvimento do pensamento crítico, por sua vez, possibilitando um raciocínio profissional alinhado às demandas sociais e ao caráter complexo e dinâmico das necessidades de saúde da população. A complexidade do trabalho em saúde justifica também a emergência e a relevância da educação interprofissional nos cenários de formação como diretriz pedagógica e da prática interprofissional colaborativa para a resolução de problemas por meio do trabalho colaborativo (L'ECUYER; POLE; LEANDER, 2015).

Nessa intersecção, as metodologias ativas são fortemente indicadas para os processos formativos guiados pelo referencial da educação interprofissional uma vez que estimulam a interação ativa do estudante com o conteúdo, o seu protagonismo e a sua autonomia na construção do conhecimento (ROCHA, et al., 2017). Portanto, métodos de aprendizagem que permitem a interação são características cruciais para o ensino interprofissional, como: aprendizado baseado em seminário, aprendizado baseado em observação, aprendizado baseado em problemas, aprendizado baseado em simulação, aprendizado baseado na prática clínica, aprendizado *e-learning*, aprendizado integrando diferentes métodos (REEVES, 2016).

As residências buscam integrar os saberes e os conhecimentos das diferentes categorias profissionais com vistas a qualificar o trabalho. Para tanto, utiliza de diferentes métodos pedagógicos, como estratégias para o desenvolvimento de competências profissionais para que ocorra a superação do modelo tradicional de formação em saúde a partir de temas transversais, da troca de conhecimento e da aprendizagem colaborativa. O uso de diferentes métodos de aprendizado em atividades interprofissionais pode gerar maior estímulo entre os participantes, tornando a experiência mais interessante e por consequência um maior nível de aprendizado (REEVES, 2016).

A Portaria nº 1077, de 12 de novembro de 2009, que institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde preconizam a adoção de abordagens pedagógicas que considerem os sujeitos como participantes ativos do processo ensino-aprendizagem-trabalho, explicitando-os entre os eixos norteadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2009).

Métodos ativos de aprendizagem apareceram na análise dos três PPP, nos resultados da revisão e na experiência dos residentes. Tais métodos apresentam elementos importantes que permitem a reflexão dos problemas e das necessidades complexas de saúde por meio da aprendizagem compartilhada e prática baseada em evidências, aspectos que demonstram aproximação com os conceitos da educação interprofissional.

Nos três procedimentos de coleta de dados dessa pesquisa foram identificados métodos de aprendizagem problematizadores da realidade e da organização do trabalho e do cuidado que se assemelham com o uso de diários reflexivos, da construção de portfólios e de narrativas, dos projetos terapêuticos singulares, dos processos de territorialização, do planejamento e da

execução de grupos de educação em saúde, da realização de atendimentos compartilhados e do apoio matricial, das reuniões de equipe e das articulações com os diferentes serviços da rede.

O aprendizado em pequenos grupos com a representação equilibrada de todas as categorias profissionais envolvidas apresenta-se como elemento importante para a aprendizagem interprofissional (BAAR; LOW, 2013), algo percebido em apenas um programa analisado (PRMSM) que apresenta número equânime de vagas por categoria profissional. Esse achado se alinha à experiência dos residentes que refletem acerca dessa não conformação como uma barreira para consecução de atividades planejadas de forma interprofissional.

Destaca-se a importância dessas diferentes estratégias para o desenvolvimento da colaboração entre os profissionais e para a melhoria do cuidado ofertado. Como já explanado nos resultados, algumas estratégias são utilizadas para o cuidado e para a organização do cuidado e do trabalho apenas pelos residentes, experiência dissociada da realidade dos serviços. Além disso, a utilização dessas estratégias não necessariamente garante a aprendizagem integrativa, elemento essencial da educação e prática interprofissional

Nesse rumo, é de extrema importância que o processo avaliativo dos programas de residências reflita seus preceitos e suas bases teóricas. Sendo assim, os PPP aqui analisados necessitam de maiores aprofundamentos, isto é, além de reduzirem-se à descrição dos modelos de avaliação, semelhantes entre si, também não exibem detalhamentos acerca dos métodos pedagógicos utilizados, como ratificado pelos residentes durante as oficinas.

Estudo que objetivou construir um modelo de autoavaliação para Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família enfatizou que a falta de padronizações nos modelos de avaliação dos programas analisados desencadeia uma diversidade de propostas que acabam por dificultar a evidência da efetividade desse modelo para a formação (VASCONCELOS, et al., 2015).

Esse mesmo estudo (VASCONCELOS, et al., 2015) analisou a necessidade de os programas de residência refletirem e considerarem em suas propostas pedagógicas os princípios do SUS, a diversidade de cenários de aprendizagem, as realidades institucionais e localregional e, o diálogo entre os componentes do quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Indica-se que o processo avaliativo possa contemplar avaliações do processo ensino-aprendizagem na perspectiva de núcleo e campo profissional, das atividades de ensino e serviço, e não apenas centrarem-se nas atividades teórico-conceituais (VASCONCELOS, et al., 2015).

Essa fragilidade foi encontrada em outras pesquisas que se debruçaram na análise de PPP ou na reflexão da formação e do processo de trabalho no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde (MIRANDA NETO; LEONELLO; OLIVEIRA; 2015; BERNARDO, et al, 2020). Apesar desse dado, há um consenso de que esse processo deva ocorrer de forma dialógica, processual, participativa e formativa, para tanto, faz-se necessária a implicação e o envolvimento dos atores, sobretudo, preceptores e tutores para que ocorra, efetivamente, o rompimento com os métodos de ensino tradicionais, que por sua vez reforçam o modelo de formação curativista, biomédico e individual (SCHAEDLER, 2010).

Os modelos avaliativos são partes cruciais e relevantes para a adoção da educação interprofissional, visto que reconhecem a importância da avaliação sistemática e contínua, do aprendizado compartilhado e da aquisição de habilidades colaborativas, que contemplam a capacidade do residente atuar em conjunto com outros profissionais e usuários, assegurando que a intencionalidade das atividades esteja declarada e voltada para a colaboração (REEVES, 2016; FREIRE FILHO; MAGNAGO; COSTA; FORSTER, 2018) .

A realização de avaliações formativas principalmente nas fases iniciais da educação interprofissional e avaliações somativas ao término dos processos são mais recomendadas, apesar de não haver um consenso em torno de sua oportunidade (BAAR; LOW, 2013; REEVES, 2016). Menciona-se também que os estudantes acabam por preferirem as avaliações somativas em detrimento das formativas por verem seus esforços reconhecidos (BERNARDO, et al., 2020).

De forma geral, as iniciativas de educação interprofissional empregam avaliações formativas do aprendizado com a utilização de técnicas de avaliação na forma de atividades individuais escritas e/ou apresentações em equipe com descrição das aprendizagens interprofissionais construídas e adquiridas (REEVES, 2016).

A percepção dos participantes sobre o processo avaliativo e seus instrumentos varia a depender do programa e dos métodos utilizados. Os PPP analisados defendem a avaliação formativa apesar de trazerem elementos que se aproximam mais de uma avaliação somativa, confluindo com os discursos dos residentes durante as oficinas.

A avaliação é um processo que merece atenção e cuidado na execução pelos preceptores e tutores, atores que muitas vezes não apresentam qualificação e segurança para executá-la. Residentes de um programa voltado à atenção integral em ortopedia e traumatologia relataram que: sentiram-se prejudicados em alguns momentos das avaliações, o processo avaliativo não é

contínuo, o pouco contato com os preceptores torna a avaliação pouco fidedigna, sentem-se inseguros no preenchimento dos instrumentos de avaliação utilizados e percebem insegurança por parte dos preceptores e tutores na realização das avaliações. Ademais reconhecem pouco o papel do feedback na prática (ALVARENGA; GALVÃO; TAKANASHI, 2019).

Os preceptores e tutores exercem papel importante e decisivo no processo ensino-aprendizagem-trabalho no contexto de formação das Residência Multiprofissional em Saúde e por isso necessitam de capacitações e qualificações frequentes alinhadas as diretrizes e bases dos programas.

Nesse sentido foi ofertado pelo Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS formação didático-pedagógica para preceptoria de Residência Multiprofissional em Saúde tomando como referência a integralidade, interprofissionalidade, resolubilidade da Atenção à Saúde e os fundamentos da EPS, no sentido de qualificar os programas em desenvolvimento no país (BRASIL, 2018a).

Para tal é emergente que os preceptores e tutores possam participar de formações pedagógicas para mediar o pensar e agir de forma crítica e reflexiva, contribuindo para a prática do trabalho e da formação em saúde (MELLO; ARRUDA; TERRA; ARNEMANN; SIQUEIRA, 2019). Visto que a escolha por cursar um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde pode também estar atribuída ao preceptor por ser percebido como aquele que dará apoio direto e profissional favorecendo maior suporte no processo ensino-aprendizagem-trabalho (PINTO; CYRINO, 2022).

A função do tutor “caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo”. Enquanto, a do preceptor, “supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa” (BRASIL, 2012d).

O papel do tutor se confunde com a do preceptor, no entanto, os tutores não se inserem no campo da prática, como os preceptores, e geralmente apresentam vínculo com IES, o que dificulta sua presença frequente nos cenários dos serviços. Devem, contudo, compreender a realidade dos serviços e mediar as atividades teórico-práticas entre preceptores e residentes, e durante os momentos de tutoria oportunizar a troca de conhecimento, experiências, vivências e a reflexão sobre os processos de trabalho (BERNARDO, et al, 2020).

Os preceptores são profissionais que desempenham funções interdependentes e atuam de forma decisiva na composição e no funcionamento das redes de saúde e educação. Devem

---

ainda articular as pactuações entre as instituições preponentes dos programas de residências e os serviços em que os residentes estão inseridos, “estimular e desenvolver o senso crítico nos residentes, motivá-los a agir interdisciplinarmente e, ainda, atuar como apoiador e exemplo profissional”. (BERNARDO, et al, 2020, p. 4)

Os preceptores e tutores por exercerem função dupla nos serviços, manterem suas funções assistenciais e/ou docentes, podem não desempenhar todas as atividades atribuídas a eles, como discussões de casos ou de temas específicos com os residentes. Esse desafio dificulta a criação de vínculo entre residente-preceptor, residente-tutor e tutor-preceptor, bem como, o planejamento de ações conjunta e com supervisão, de modo similar ao observado na experiência dos residentes na etapa de intervenção-ação (MELLO; ARRUDA; TERRA; ARNEMANN; SIQUEIRA, 2019).

Em pesquisa que investigou o papel da tutoria e preceptoria do Serviço Social nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde foram levantados outros desafios: a lógica produtivista, as questões estruturais dos serviços, as condições de trabalho, a falta de qualificação e de capacitação para os tutores e preceptores, a falta de articulação entre a preceptoria e tutoria, poucos espaços efetivos para supervisão dos residentes e a mercantilização da saúde. E reforça que, apesar desses entraves, os espaços de preceptoria e tutoria ainda qualificam a formação em serviço (CAPUTO; SILVA; TRISTÃO, 2019).

Chama-se a atenção que no processo ensino-aprendizagem-trabalho todos os atores têm o seu papel e ações a serem executadas, principalmente quando se utiliza de métodos ativos. Percebe-se, contudo, que o sucesso ou insucesso das atividades no contexto do ensino fica sempre atrelado à figura do professor ou daquele que desempenha a função de mediar o aprendizado (SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018). O que caracteriza uma hegemonia nos currículos que se alinham à hegemonia da educação tradicional, onde a experiência de aprendizagem centra-se no professor.

As atividades realizadas que foram relatadas pelos residentes nos seus diferentes cenários de prática apresentam-se potentes para a constituição de um espaço de educação interprofissional. Desse modo, merece atenção para que possam estar ancoradas sobre os marcos teórico-conceituais e metodológicos desse referencial, especialmente com a intencionalidade declarada de melhorar a colaboração entre os envolvidos.

Alguns serviços, cenários e contextos parecem apresentar melhores condições para a educação e prática interprofissional colaborativa, como os voltados aos atendimentos de urgências e emergências e a Atenção Primária à Saúde (MICHEL; OLSSON; TOASSI, 2019).

Experiências de ensino na Atenção Primária se mostram potente para a interação e para as trocas de forma que os saberes entre estudantes, professores, trabalhadores e os usuários se integrem, oportunizando o aprendizado compartilhado. O ensino, nesse contexto, pauta-se sobre o território, o trabalho em equipe, a longitudinalidade e a integralidade do cuidado, oportunizando o aprendizado interprofissional a partir do contato com o SUS e da aproximação com as diferentes realidades de vida (ELY; TOASSI, 2018).

A interação universidade-serviço-comunidade oportuniza ao usuário participar do seu processo saúde-doença como ator central do cuidado e como “professor”, tomando o lugar do saber. Aprender com e a partir dos usuários configura-se em uma possibilidade de os estudantes aprimorarem o raciocínio clínico, as habilidades clínicas, a comunicação interpessoal e a empatia com o próximo (TOWLE, 2016), aproximando-os das características que compõem a educação e prática interprofissional (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

O espaço vivo dos territórios se mostra como um cenário que favorece a educação interprofissional. É necessário, contudo, reforçar que no processo ensino-aprendizagem-trabalho o compartilhamento de espaços por si só não garante o aprendizado interprofissional. Por isso, os espaços de formação nas Residências devem ser planejados e constantemente avaliados, pois quando assim ocorrem, possibilitam estímulo ao trabalho em equipe, condição essencial para a integralidade do cuidado, para a resolubilidade, para o fortalecimento do SUS e para a integração ensino-serviço-comunidade (BERNARDO, et al., 2020).

A articulação ensino-serviço-comunidade apresenta-se como uma possibilidade para a efetivação da educação interprofissional, trazendo benefícios para todos os envolvidos nessa tríade ao oportunizar a comunicação entre os pares, a escuta ao saber do outro, a melhora do clima de confiança entre os membros da equipe, o debate de ideias. Desse modo, essa articulação representa uma das potências dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (SILVA; DALBERTO-ARAÚJO, 2019).

O trabalho em equipe apresenta elementos da colaboração como o respeito, confiança, tomada compartilhada de decisão e o compartilhamento de responsabilidades. Características que instrumentalizam os profissionais para ações articuladas, interdisciplinares e interprofissionais (ORCHARD; BAINBRIDGE, 2016; ELY; TOASSI, 2018).

Não há um consenso na literatura, tanto entre os autores brasileiros quanto estrangeiros, acerca das definições envolvendo os termos equipe e trabalho em equipe. Embora haja pesquisas com frágil rigor metodológico acerca da efetividade e da eficácia do trabalho em equipe, existem evidências da relação do trabalho em equipe e assistência com qualidade (PEDUZZI; OLIVEIRA; SILVA; AGRELI; MIRANDA NETO, 2016).

O trabalho em equipe requer objetivos comuns e implica em compromisso, em responsabilidade compartilhadas e em integração entre os métodos utilizados para o cuidado. Assim, é necessário o entendimento do papel e da função de cada profissional componente das equipes, elementos que dialogam com as competências colaborativas, efetivando a prática interprofissional colaborativa (BERNARDO, et al., 2020).

A Residência Multiprofissional em Saúde integra uma proposta indutora capaz de desenvolver a interprofissionalidade e a interdisciplinaridade, espaço em que o trabalho em equipe constitui em uma das formas do trabalho interprofissional com práticas colaborativas que se materializam com usuários e comunidade por meio do trabalho em rede (intra-equipe e inter-equipe) (PEDUZZI; OLIVEIRA; SILVA; AGRELI; MIRANDA NETO, 2016; PEDUZZI; AGRELI; SILVA; SOUZA, 2020).

Estudo que analisou a integração dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde à conformação das Redes de Atenção constatou-se que esses programas favorecem a operacionalização da Rede de Atenção à Saúde, evidenciando sua importância para a formação no e para o SUS (PINTO; CYRINO, 2022).

A Residência apresenta-se como oportunidade para quebra de estereótipos profissionais, resultados observados na primeira e na terceira etapas dessa pesquisa, o que traduziu a importância da clareza dos papéis profissionais para um efetivo trabalho colaborativo em equipe, favorecendo a reconstrução dos saberes específicos do núcleo profissional. Há o reconhecimento de que uma categoria profissional complementa a outra de forma interdependente e compreender essa interdependência é de extrema relevância para a educação e prática interprofissional, pois, permite a quebra de barreiras entre as profissões (FRENK, et al., 2010).

Em pesquisa que objetivou conhecer as experiências vivenciadas por egressos de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família que puderam contribuir para o desenvolvimento da Educação Interprofissional e/ou Prática Colaborativa identificou-se que a Residência se apresenta como cenário para a aprender com o outro e compreender o papel do

outro (ARAÚJO; SANTOS; DOMINGOS; ALENCAR, 2021). Esse achado potencializa o papel da interação entre os residentes, permitindo que cada profissional amplie a compreensão sobre seu próprio desempenho e complementando o de outros profissionais (CAIPE, 2002).

A colaboração interprofissional pode ser compreendida quando profissionais de diferentes categorias de mesmo ou diferentes serviços trabalham juntos com vistas a produzir impactos positivos no cuidado à saúde ofertado aos usuários. Para isso é necessário que seja estabelecida uma cultura de colaboração nos diferentes cenários e contextos de formação com base na educação interprofissional (REEVES, 2016).

A educação interprofissional no contexto da pós-graduação ainda é pouco explorada na literatura apesar dos seus benefícios reconhecidos e voltados ao trabalho em equipe, maior aproximação entre os profissionais dos serviços e os estudantes, intensificação nos sentimentos de confiança na equipe, melhor compreensão dos papéis das diversas profissões e na colaboração interprofissional, aumento na troca de informações entre os colegas, maior reciprocidade entre os pares (MELLO; ARRUDA; TERRA; ARNEMANN; SIQUEIRA, 2019)

Incorporar a educação interprofissional nos diferentes currículos e cenários de formação nas pós-graduações em saúde apresenta-se como uma forma potente para a quebra de estereótipos das profissões e no modo de fazer e pensar saúde (EL-AWAISI; WILBY; WILBUR; EL HAJJ; AWAISSU; PARAVATTIL, 2017; GRIGGIO, et al, 2020; ARAÚJO; SANTOS; DOMINGOS; ALENCAR, 2021).

As barreiras para a efetivação da educação interprofissional podem ser divididas em três dimensões: relações e interações interpessoais e interprofissionais (micro); desenhos curriculares e programas dos componentes curriculares (médio); políticas de reorientação da formação profissional em saúde (macro) (COSTA, 2014), assemelhando-se as encontradas nessa investigação.

Em pesquisa que identificou os fatores que interferem no ensino e aprendizagem de residentes multiprofissionais em saúde tem-se a construção do aprender e do fazer no trabalho coletivo (compreensão do papel do residente, formação pedagógica, interação entre as diferentes profissões), a integração ensino-serviço (pactuações das atividades, relação teoria e prática, ações de EPS), a organização didática pedagógica (espaços formativos, processos avaliativos, estratégias de ensino-aprendizagem) (MELLO; ARRUDA; TERRA; ARNEMANN; SIQUEIRA, 2018).

Somados a esses fatores, que confluem com os achados dessa pesquisa, tem-se ainda a carga horária semanal, os conflitos interpessoais, o distanciamento entre o currículo ensinado e o vivido, a falta de reconhecimento sobre as competências comuns e específicas, os estereótipos profissionais, o não reconhecimento de todos os papéis profissionais e a disposição para o aprendizado interprofissional (SILVA; MOREIRA, 2019).

Em pesquisa desenvolvida no Irã com 500 estudantes de cursos de pós-graduação da área da saúde identificou-se que os principais desafios relacionados à consecução do ensino interprofissional residem sobre os limites rígidos entre as profissões, a falta de comunicação, a ênfase no desempenho individual, o frágil respeito e confiança entre os estudantes, e a competitividade (VAFADAR; VANAKI; EBADI, 2015).

A residência para além dos benefícios já mencionados para a formação e para a prática profissional causa, por outro lado, sentimentos de prazer e de sofrimento nos residentes motivados por diferentes fatores. As situações prazerosas estão associadas ao aprender com diferentes profissões, ao compartilhamento de saberes e ao reconhecimento profissional advindo dos usuários. Já o sofrimento relacionado à complexidade dos casos atendidos, aos conflitos interpessoais, ao desinteresse de tutores e preceptores, à carga horária semanal e à falta de reconhecimento por parte das equipes dos serviços em que os residentes são reduzidos à “mão de obra” (SILVA; MOREIRA, 2019).

Esses achados se alinham com os dessa pesquisa, diferentemente, de outra desenvolvida na Universidade Federal de Santa Maria em que os sentimentos de prazer e sofrimento estiveram associados às práticas de caráter multiprofissional (FERNANDES, 2013). Já em investigação desenvolvida com residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará evidenciou-se escores elevados e associados a depressão, a ansiedade e a sintomas psicóticos (PINHEIRO, et al., 2021).

A realidade de muitos cenários de práticas dos Programas de Residência em que os residentes são substitutos de profissionais que faltam nos serviços aparece como um fator desencadeador para o sofrimento mental, merecendo atenção por parte das instituições proponentes (SILVA; MOREIRA, 2019).

Os residentes presentes no cotidiano do trabalho resultam em um aumento na força de trabalho dos serviços e na capacidade da equipe solucionar os problemas de saúde dos usuários ao mesmo tempo em que gera uma confusão no entendimento de qual seria os seus papéis nos

cenários de formação, sendo tomados como possibilidade de suprir a falta de recursos humanos das equipes, desviando da premissa dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

Desse modo e considerando a lógica dos serviços e as forças que o atravessam, o conjunto de atividades elencadas no currículo declarado não devem estar descoladas do currículo ensinado e aprendido. Indica-se que a formação dos residentes precisa ser compreendida como um processo e não como algo isolado das realidades que constituem o processo de trabalho em saúde.

A carga horária semanal da residência foi apontada como desafio pelos residentes nas oficinas como um dificultador para que as ações possam ser sempre planejadas e executadas sem que o componente cansaço não interfira. A quantidade e distribuição das horas de trabalho dos programas de residência multiprofissional é instituída pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 506/2008 em 60 horas semanais, anteriormente, poderia variar entre 40 e 60 horas semanais (Portaria Interministerial MEC/MS nº 47/2007). Tal mudança se deu na intenção de igualar a carga horária entre os programas de residência médica, uniprofissional e multiprofissional, sem a consideração de que os profissionais não médicos não executam plantões noturnos ou mesmo com duração de 24 horas como permitido por essa última categoria (BRASIL, 2007d; BRASIL, 2008c).

Uma carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, ainda que associe atividades práticas e teórico-práticas, é altamente espoliante, apontando para uma lógica inclinada à exploração do trabalho, em detrimento de uma proposta de formação para o trabalho em saúde (SILVA, 2018, p 203).

Das 60 horas semanais, 80% contemplam as atividades práticas, há de se considerar que os residentes executam 48 horas de prática assistencial, configurando inclusive mais do que é permitido hoje pela Consolidação das Leis do Trabalho (BRASIL, 1943) e pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

Não é a intenção apontar a necessidade de diminuição da carga horária da residência, mas trazer à discussão se as atividades propostas têm conseguido trazer mudanças nos cenários de prática e de formação ou apenas têm reproduzido práticas já dominantes e legitimadas nos serviços.

O desconhecimento sobre o papel de algumas profissões aparece no discurso dos participantes nas oficinas, bem como, nos resultados da revisão. Algumas categorias por serem

historicamente mais antigas acabam por serem mais bem compreendidas, mesmo que erroneamente pelos diversos setores da sociedade, como a medicina e a enfermagem. Outras como o terapeuta ocupacional, por exemplo, geram estranheza entre as demais categorias profissionais e os usuários acerca do seu papel profissional (MEDINA, 2016; MOURA; RICCI; FERIGATO, 2021).

Há diferentes percepções se existem profissões cujo perfil é mais propenso à educação interprofissional. E para tal existem instrumentos, como o *Readiness for interprofessional Learning Scale* (RIPLS) que mensura a prontidão dos estudantes para a aprendizagem compartilhada com diferentes áreas profissionais, avaliando três fatores: o trabalho em equipe e colaboração, a identidade profissional e a atenção à saúde centrada no paciente (PEDUZZI; NORMAN; COSTER; MEIRELES, 2015).

Os achados dos estudos que utilizam essa ferramenta investigam especificamente um curso e/ou área específica, realizando comparações entre as diferentes profissões e em momentos distintos seja no início, meio ou final da graduação (BONFIM; SOUZA, 2021).

Algumas experiências de educação interprofissional sugerem que a oferta de momentos interprofissionais no início do curso colabora para a diminuição dos estereótipos e outras, no final, para o desenvolvimento de competências colaborativas (REEVES, et al., 2016; NUTO, et al., 2017). Há consenso de que a educação interprofissional contribui para a formação de profissionais mais aptos à prática interprofissional colaborativa e, por isso, experiências de ensino interprofissional durante toda a trajetória de formação e profissional são indicadas (REEVES, 2016).

Percebe-se que os estudantes apresentam maior disponibilidade para a colaboração nas series iniciais, pois, tem-se constatado que os concluintes apresentam *score* menor se comparado com os estudos que analisaram os ingressantes nos cursos de graduação (NUTO, et al., 2017). Há divergências na literatura entre as escalas utilizadas, o que fragiliza a comparação entre os achados que analisam os estudantes de forma longitudinal durante toda a graduação e após ao término do curso (REEVES, 2016; BONFIM; SOUZA, 2021).

A odontologia figura entre as profissões mais investigadas por meio da aplicação de instrumentos, seguida da fisioterapia, psicologia, educação física, enfermagem e farmácia. Enquanto os cursos de fonoaudiologia e serviço social são os que menos figuram entre as pesquisas. Achados que confluem com a oferta de vagas por cursos na área da saúde em que

aqueles que apresentam maior número de vagas acabam por figurar com maior frequência nas pesquisas (BONFIM; SOUZA, 2021).

Estudantes de farmácia podem apresentar menor disponibilidade para o fator “atenção à saúde centrada no paciente” quando comparados aos dos cursos de enfermagem, fisioterapia, medicina, odontologia e terapia ocupacional quanto para a pontuação global. E a terapia ocupacional maior disponibilidade se comparada aos demais cursos (BARBOSA; SAMPAIO; APPENZELLER, 2021). Em outra experiência observou-se que os estudantes da enfermagem apresentaram maior prontidão para a aprendizagem interprofissional quando comparado a outros cursos como odontologia, farmácia, psicologia, medicina e educação física (ordem decrescente) (MICHEL; OLSSON; TOASSI, 2019; BARBOSA; SAMPAIO; APPENZELLER, 2021).

Algumas categorias profissionais, que inclusive compõem os programas aqui analisados, aparecem na literatura como sendo aquelas que mais apresentam dificuldade de inserção nos espaços dos serviços como a fonoaudiologia, nutrição, psicologia e a terapia ocupacional. Como justificativa apresenta-se o fato de os profissionais, sobretudo dos serviços secundários da Rede de Atenção à Saúde, esperarem uma atuação mais individualizada desses profissionais e não em uma lógica do trabalho multiprofissional baseada no exercício de atendimentos em grupos e compartilhados (SILVA; DALBERTO-ARAÚJO, 2019).

Os artigos acerca da formação interprofissional no contexto das Residências Multiprofissionais em Saúde demonstram e evidenciam a hegemonia do modelo biomédico na saúde, precárias condições de trabalho e estruturas físicas dos serviços (SILVA; DALBERTO-ARAÚJO, 2019), confluindo com os achados dessa pesquisa.

Outros entraves identificados para a implementação da educação interprofissional nos cenários de formação das Residências Multiprofissionais em Saúde são apresentados como: ausência de preceptores nos cenários de prática, comunicação inefetiva entre profissionais dos serviços e residentes, dificuldades de parcerias entre as instituições promotoras e os serviços da Rede de Saúde, falta de clareza na definição do papel do residente, percepção dos residentes como mão-de-obra dos serviços, falta de interação entre preceptores, tutores e residentes, prática fragmentada nos serviços, sobrecarga de trabalho, entre outras (MELLO; ARRUDA; TERRA; ARNEMANN; SIQUEIRA, 2019).

### **5.1 Limitações do estudo**

As limitações decorrem de a investigação ser em apenas uma instituição proponente de Programas de Residências Multiprofissional em Saúde, o que restringe a possibilidade de generalizações. A realização das oficinas por meio digital pode limitar a participação de todos os envolvidos e o aprofundamento das respostas dadas pelos participantes.

A não participação dos residentes do PRMSAI e de outros atores como preceptores, tutores, coordenadores, usuários e profissionais dos serviços apresentam-se como limitadores desse estudo por não oportunizar a análise do contexto a partir da vivência de todos os envolvidos nos cenários de prática e formação das residências.

### **5.2 Contribuições do estudo para o trabalho e a formação em saúde**

As contribuições dessa pesquisa indicam subsídios e caminhos que norteiam a conformação e a reformulação de Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde a partir do ensino interprofissional e da prática interprofissional colaborativa.

Apresenta a partir do instrumento de coleta de dados utilizado na Análise Documental dos PPP orientações para que os Programas de Residência Multiprofissional estejam alinhados ao referencial da educação interprofissional e das diretrizes preconizadas pelo MS, bem como, a adoção de questões norteadoras, utilizadas nas duas oficinas, que podem ser replicadas no contexto da formação e do trabalho em saúde.

Reitera a potencialidade da educação interprofissional como meio para a prática interprofissional nos cenários de formação em serviços, com vistas a produzir mudanças no contexto do ensino do trabalho em saúde.

## *Considerações Finais*

---

---

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu analisar a incorporação dos marcos teórico-conceituais e metodológicos da educação interprofissional no contexto das Residências Multiprofissionais em Saúde para o fortalecimento das práticas colaborativas em saúde a partir de três diferentes etapas para coleta de dados.

A análise da literatura científica permitiu identificar os métodos de aprendizagem mais utilizados no contexto das Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil e os seus efeitos para o ensino e prática profissional, os desafios impostos para a consecução da prática interprofissional colaborativa no contexto desses programas e a dissonância curricular entre o ensinado, o aprendido e o vivido.

Avaliar os PPP dos três programas legitimou o quanto os marcos teórico-conceituais e metodológicos dos Programas de Residência Multiprofissional se alinham e aproximam do referencial da educação interprofissional por meio dos elementos didáticos, pedagógicos, políticos e organizacionais identificados.

Conhecer as vivências e experiências dos residentes em consideração aos preceitos da educação e prática interprofissional colaborativa possibilitou a compreensão de que os cenários de formação das Residências subsidiam o desenvolvimento de competências para as práticas colaborativas.

Percebeu-se que proposto nos PPP dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde analisados não acontece na prática como planejado demonstrando um distanciamento entre o currículo organizado e prescrito e o currículo em ação. E que a articulação entre o ensino, a aprendizagem e o trabalho acontece de forma fragmentada, reproduzindo o modelo tradicional de ensino e de saúde, não assegurando mudanças nos cenários de formação e prática como preconizado nos ideários desses programas.

Sendo assim, a educação interprofissional precisa ser estimulada para que seja implementada sobretudo em ações que não sejam isoladas ou pontuais nos currículos rompendo com paradigmas tradicionais de ensino e do trabalho em saúde refletindo em um atendimento futuro de maior qualidade baseado nas necessidades de saúde dos usuários e na colaboração interprofissional.

Vislumbra-se, por fim, a importância de pesquisas que considerem diferentes contextos, abordagens e populações especialmente com o desenvolvimento de estudos longitudinais e intervencionistas, assim como métodos mistos os quais são escassos em relação a essa temática.

Pois, acredita-se que novas investigações envolvendo o tema possam subsidiar mudanças na formação ainda alicerçada no modelo uniprofissional e a formulação de novas políticas públicas de saúde.

## *Referências*

---

---

**REFERÊNCIAS**

- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M.C. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(59):905-16.
- ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saude Publica**. 2010; 26(12):2234-49.
- ALVARENGA, G. A. B.; GALVÃO, E. F. C.; TAKANASHI, S. L. Y. Percepção dos residentes do processo avaliativo e seus instrumentos na residência multiprofissional na atenção integral em ortopedia e traumatologia. *Revista Exitus*. 2019;9(1):455-79.
- AMARANTE, P. Saúde mental e atenção psicossocial. 3ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
- ANDRADE, S. R.; SCHIMITT, M.D.; STORCK, B.C.; PICCOLI, T.; RUOFF, A.B. Análise documental nas teses de enfermagem: técnica de coleta de dados e método de pesquisa. *Cogitare Enferm*. 2018;23(1):e53598.
- ARAÚJO, T. A. M. et al. Multiprofessionality and interprofessionality in a hospital residence: preceptors and residents' view. **Interface (Botucatu)**. 2017;21(62):601-13.
- ARAÚJO, H. P. A.; SANTOS, L. C.; DOMINGOS, T. S.; ALENCAR, R. A. A residência multiprofissional em saúde da família como cenário para educação e práticas interprofissionais. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021;29:e3450.
- ARAÚJO, W. C. O. Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. *Conv. Ciênc.*, v. 3, n. 2, p. 101-34, 2020.
- BARATA, R. B. Desafios da editoração de revistas científicas brasileiras da área da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019;24(3):929-39.
- BARR, H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. **J. Interprof. Care**. 1998;12:181-8.
- BAAR, H. Ensuring quality in interprofessional education. *CAIPE Bulletin*. 2003;22:2-3.
- BAAR, H. et al. **Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence**. London: Blackwell, CAIPE; 2005.
- BAAR, H.; LOW, H. *Introducing interprofessional education*. Fareham: Center for The Advancement of Interprofessional Education (CAIPE); 2013.
- BARBOSA, G. R.; SAMPAIO, R. A. C.; APPENZELLER, S. Disponibilidade para educação interprofissional em cursos orientados por métodos ativos de Ensino-aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2021;45(3):e177.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.

BARR, H. Interprofessional education: the genesis of a global movement. London: Centre for Advancement of Interprofessional Education; 2015.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Cad. Fnepas**. 2012;2:25-8.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. Educação interprofissional na formação em saúde: tecendo redes de práticas e saberes. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(56):202-4.

BAIXINHO, C. L.; PRESADO, M. H.; RIBEIRO, J. Investigação qualitativa e transformação da saúde coletiva. *Ciênc. Saúde Colet*. 2019;24(5):2324.

BONFIM, M. R.; SOUZA, B. C. A utilização da escala de disponibilidade para educação interprofissional em saúde nas publicações nacionais. *Revista de Atenção à Saúde*. 2021;19(67):369380.

BRASIL. Casa Civil. Decreto-Lei nº 5.452 de 1 de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília; 1943.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Decreto nº 80.281 de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica. Brasília; 1977.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília; 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília; 1990a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8080, 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. **Diário Oficial [do] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 set. 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em 22 set. 2021.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [do] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 28 dez. 1990c. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)>. Acesso em 22 set. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Brasília. COSAC; 1994.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília: Casa Civil; 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 1.301 de 6 de novembro de 2001. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Ciências Biológicas. Brasília: Ministério da Educação; 2001a.

---

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Política Nacional da Saúde Mental. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília; 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Políticas de Saúde. Secretaria de Ensino Superior. **Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de medicina**: uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Decreto nº 4.726 de 9 de junho de 2003. Aprova a estrutura regimental e o quadro demonstrativo dos cargos em comissão. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. 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. Brasília: Casa Civil; 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 3.019 de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: para os cursos de graduação da área da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007a.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Decreto nº 6.096 de 24 de abril de 2007. Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI. Brasília; 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996 de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007c.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial MEC/MS no 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília; 2007d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802 de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2008b.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial MEC/MS nº 506, de 24 de abril de 2008. Altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/MEC/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Brasília; 2008c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e Institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011. Institui o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e o Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. 1a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 754 de 18 de abril de 2012. Altera a Portaria nº 1.111/GM/MS, de 5 de julho de 2005, que fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. Brasília: Ministério da Saúde; 2012c.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 2 de 13 de abril de 2012. Brasília; 2012d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3 de 20 de julho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Ministério da Educação; 2014a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 16 de 22 de dezembro de 2014. Altera a Portaria Interministerial nº 1.077/MEC/MS, de 12 de novembro de 2009, a Portaria Interministerial nº 1.320/MEC/MS, de 11 de novembro de 2010 e revoga a Portaria Interministerial nº 1.224/MEC/MS, de 3 de outubro de 2012, para atualizar o processo de designação dos membros da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e para incluir áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014b.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias para instituir o Novo Regime Fiscal. Brasília; 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução CNS 510, de 07 de abril de 2016**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2021.

---

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Saúde. Parecer Técnico nº 300/2017. Princípios Gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde. Brasília: Ministério da Educação; 2017a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569 de 8 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União. 26 Fevereiro 2017b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3588 de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6 de 28 de setembro de 2017 para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2017c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2017d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Resolução nº 32 de 14 de setembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2017e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 573 de 31 de janeiro de 2018. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação Bacharelado em Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação; 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Hospitais PROAD-SUS a serviço do SUS do Brasil. Brasília; 2018b. Disponível em: <https://hospitais.proadi-sus.org.br/>

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde; 2019a.

\_\_\_\_\_. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 9.761 de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Secretaria-Geral; 2019b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS. Orientações para procedimentos em pesquisa com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio\\_Circular\\_2\\_24fev2021.pdf](http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2021a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.598 de 15 de julho de 2021. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, para instituir o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2021b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº1/2022 Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde 2022-2023). Brasília: Ministério da Saúde; 2022a.

Ministério da Saúde. Programa Cuida Mais Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.

BERNARDO, M. S.; FABRIZIO, G. C.; SOUZA, M. L.; SANTOS, T. O.; ANDRADE, R. A. A formação e o processo de trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia inovadora. *Rev Bras Enferm*; 2020;73(6):e20190635.

BEZERRA, R. K. C. et al. Impacto da educação interprofissional na pós-graduação: uma revisão integrativa.

BONILLA, J. M. H. Em 95% dos artigos científicos, inglês cria 'ditadura da língua'. Apenas 1% está em português e espanhol. *El País*: 28 jul 2021. Disponível em:

[https://brasil.elpais.com/ciencia/2021-07-28/em-95-dos-artigos-cientificos-ingles-cria-ditadura-da-lingua-apenas-1-esta-em-portugues-e-espanhol.html?mid=DM73920&bid=663725515#?sma=newsletter\\_brasil\\_diaria20210730](https://brasil.elpais.com/ciencia/2021-07-28/em-95-dos-artigos-cientificos-ingles-cria-ditadura-da-lingua-apenas-1-esta-em-portugues-e-espanhol.html?mid=DM73920&bid=663725515#?sma=newsletter_brasil_diaria20210730)

CÂMARA, A. M. C. S. et al. Educação Interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. 2016;20(56):9-12.

CAMPOS, V. D. G. et al. Recorte Demográfico da Residência Médica Brasileira em 2019. 2019;32.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. **Interprofessional Education & Core Competencies**: literature review. Vancouver: CIHCpis; 2007.

\_\_\_\_\_. A national interprofessional competence framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010.

CAPUTO, L. R.; SILVA, P. C.; TRISTÃO, V. A. C. Tutoria e preceptoria de Residência Multiprofissional em Saúde: analyses do Serviço Social. *Revista Libertas*. 2019;19(2).

CARPENTER, J. et al. Outcomes of interprofessional education for Community Mental Health Services in England. The longitudinal evaluation of a postgraduate programme. **J. Interprof. Care**. 2006;20(2):145-61.

CARPENTER, J.; DICKINSON, H. **Interprofessional education and training**. Bristol: The Policy Press; 2008.

CARVALHO, M. A. P. et al. De casulo a borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família. 1ª ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2020.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**.2004;14(1):41-65.

CENTER FOR ADVANCEMENT IN INTERPROFESSIONAL EDUCATION (CAIPE). **Interprofessional education**: a definition. London: CAIPE; 2002.

COOPER, H. et al. Developing an evidence base for interdisciplinary learning: a systematic review. **J. Adv. Nurs**. 2001;35(2):228-37.

COOPER, H.; SPENDER-DAWE, E.; McLEAN, E. Beginning the processo of teamwork: desing, implementation and evaluation of an inter-professional education intervencion for first year undergraduate students. **J. Interprof. Care.** 2005;19(5):492-508.

COSTA, M. V. **A educação interprofissional como abordagem para a reorientação da formação profissional em saúde [tese].** Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2014.

COSTA, M. V. A Educação Interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(56):197-8.

COSTA, M. V.; FREIRE FILHO, J. R.; BRANDÃO, C.; SILVA, J. A. M. A educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2018;22(Suppl 2),1507-10.

COSTA, M. V.; AEVEDO, G. D.; VILAR, M. J. P. Aspectos institucionais para a doção da educação interprofissional na formação em enfermagem e medicina. *Saúde Debate*. 2019;42(suppl 1):64-76.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab. Educ. Saúde*. 2020;18(3):e00285117.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessional as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **J. Interprof. Care.** 2005;19(suppl 1):8-20.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. **A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS.** *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(6):1613-24.

DIAS, I. M. A. V.; PEREIRA, A. K.; BATISTA, S. H. S. S.; CASANOVA, I. A. A tutorial no processo de Ensino-aprendizagem no context da formação interprofissional em saúde. *Saúde Debate*. 2016;40(11):257-67.

DIAS, K. D. C.; DIAS, D. S.; DIAS, N. S.; TURCI, M. A. Contribuições da educação interprofisisonal ao Ensino odontológico no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2021;13(2):e6490.

EL-AWAISI, A.; WILBY, K. J.; WILBUR, K.; EL HAJJ, M. S.; AWAISU, A.; PARAVATTIL, B. A Middle Eastern journey of integrating Interprofessional Education into the healthcare curriculum: a SWOC analysis. *BMC medical education*. 2017;17(1).

ELY, L. I.; TOASSI, R. F. C. Integração entre currículos na educação de profissionais da saúde: a potência para educação interprofissional na graduação. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(Supl 2):1563-75.

- FELTEN, S. et al. Implementation of collaborative practice through interdisciplinary rounds on a general surgery service. **Nurs. Case Manag.** 1997;2(3):122-6.
- FERNANDES, M. N. S. Prazer e sofrimento no processo de formação de residentes multiprofissionais de saúde [dissertação]. Santa Maria: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria; 2013.
- FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Cienc. Saude Colet.** 2007;12(4):965-71.
- FEUERWERKER, L. C. M.; CAPOZZOLO, A. A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo trabalho em saúde. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENS, A. O.(Org.). **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde.** São Paulo: Editora Hucitec; 2013.
- FREETH, D. et al. **Effective interprofessional education: development, delivery and evaluation.** London: Blackwell; 2005.
- FREIRE FILHO, J. R.; MAGNAGO, C.; COSTA, M. V.; FORSTER, A. C. Cursos de especialização ofertados no âmbito do Mais Médicos: análise documental na perspectiva da Educação Interprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(Supl 1):613-24.
- FREIRE FILHO, J. R.; SILVA, C. B. G.; COSTA, M. V.; FORSTER, A. C. Educação interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2019a; 43(n. especial):86-96.
- FREIRE FILHO, J. R.; MAGNAGO, C.; COSTA, M. V.; FORSTER, A. C. Educação interprofissional e as ações formativas do eixo do provimento emergencial do Programa Mais Médico. *Saúde Debate*. 2019b;43(n. especial):50-63.
- FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in independent world. **Lancet.** 2010;376(9756):1923-58.
- FRIEDSON, E. **Profession of medicine.** Chicago: Chicago University Press; 1970.
- GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Res. Nurs. Health.** 1987;10(1):1-11.
- GERMANI, A. C. G. G.; PEDUZZI, M.; SOUZA, G. C.; Silva, J. A. M. Considerações sobre a educação interprofissional no contexto internacional. In: VIII Workshop Multidisciplinar sobre ensino e aprendizagem – Prática Docentes no Ensino Superior, 2012, Campo Limpo Paulista. Atas do evento do VIII Workshop Multidisciplinar sobre ensino e aprendizagem. Campo Limpo Paulista – SP: Faculdade Campo Limpo Paulista. 2012;1:64-6.
- GOELEN, G. et al. Measuring the effect of interprofessional problem-based learning on the attitudes of undergraduate health care students. **Med. Educ.** 2006;40(6):555-61.
- GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Cienc. Saude Colet.** 2010;15(3):757-62.

GRANEHEIM, U. H.; LUNDMAN, B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. **Nurse Educ Today**. 2004;24(2):105-12.

GRIGGIO, A. P.; SILVA, J. A. M. D.; ROSSIT, R. A. S.; MIEIRO, D. B.; MIRANDA, F. M. D.; MININEL, V. A. Analysis of an interprofessional education activity in the occupational health field. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020;28(e3247).

GRANEHEIM, U. H.; LINDGREN, B.; LUNDMAN, B. Methodological challenges in qualitative content analysis: a discussion paper. *Nurse Education Today*. 2017;56:29-34.

HALL, P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. **J. Interprof. Care**. 2005;19(suppl 1):188-96.

HENNEMAN, E. A.; LEE, J. L.; COHEN, J. I. Collaboration: a concept analysis. **J. Adv. Nurs**. 1995;21(1):103-9.

HIND, M. et al. Interprofessional perceptions of health care students. **J. Interprof. Care**. 2003;17(1):21-34.

INTERFACE. Interface (Botucatu). 2018;22(Supl2). Disponível em: <https://interface.org.br/edicoes/v-22-supl-2-2018/>

INTERPROFESSIONAL EDUCATION CONSORTIUM (IPEC). **Creating, implementing and sustaining interprofessional education**. San Francisco: Stuart Foundation; 2002.

\_\_\_\_\_. **Interprofessional education collaborative expert panel. Core competencies for interprofessional practice**: Report on an Expert Panel. Washington: IPEC Group; 2011a.

\_\_\_\_\_. **Interprofessional education collaborative expert panel. Core competencies for interprofessional practice**: Report on an Expert Panel. Washington: IPEC Group, 2011b. Disponível em: <[https://www.aamc.org/download/186750/data/core\\_competencies.pdf](https://www.aamc.org/download/186750/data/core_competencies.pdf)>. Acesso em: 22 set. 2021.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To err is human**: building a safer health system. Washington: Institute of Medicine; 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**: características da população – amostra. Botucatu. Brasília: IBGE, 2021. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/botucatu.html>>. Acesso em: 22 jan. 2022.

INZUNZA, L. M.; MONTENEGRO, V. R.; REYES, J. R.; CONTRERAS, M. B.; VALENZUELA, C. A.; GONZÁLEZ, V. M. Formation in interprofessional education in nursing and medical students globally: scoping review. *Invest Educ Enferm*. 2020;38(2):e6.

JOSIAH MACY JR. FOUNDATION. **Interprofessional care coordination**: looking to the future. New York: The New York Academy of Medicine; 2013.

- KELLER-FRANCO, E.; KUNTZE, T. D.; COSTA, L. S. D. Inovação curricular na formação dos profissionais da saúde. **Rev e-curric**. 2012;8(2):1-14.
- KHALILI, H. et al. An interprofesional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. **J. Interprof. Care**. 2013; 27(6):448-53.
- L'ECUYER, K. M.; POLE, D.; LEANDER, S. A. The use of PBL in na interprofessional education course for health care professional studentes. *Interdiscip J Problem-Base Learn*. 2015;9(1):8-18.
- MACHADO, M. H. Profissionais de saúde em tempos de COVID-19. Conselho Federal de Enfermagem, 2020. Disponível em: [http://www.cofen.gov.br/artigo-profissionais-de-saude-em-tempos-de-covid-19\\_78151.html](http://www.cofen.gov.br/artigo-profissionais-de-saude-em-tempos-de-covid-19_78151.html).
- MALLMANN, F. H.; TOASSI, R. F. C. Educação e trabalho interprofissional em saúde no contexto da Atenção Primária no Brasil: análise da produção científica de 2010 a 2017. *Saberes Plurais: Educação na Saúde*. 2019;3(1):70-84.
- MARION-MARTINS, A. D.; PINHO, D. L. M. Interprofessional simulation effects for healthcare students: a systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ Today*. 2020;94, v. 94:104568.
- MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. M.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001.
- MEDINA, A. G. Terapia Ocupacional e a educação para a interprofissionalidade em residências multiprossionais em saúde. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.
- MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice. 2. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Pippincott Williams & Wilkins; 2011.
- MELO, E.; et al. Mudanças na política nacional de atenção básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde Debate*. 2018;42:38-51.
- MELLO, A. L.; ARRUDA, G. T.; TERRA, M. G.; ARNEMANN, C. T.; SIQUEIRA, D. F. Fatores que interferem no ensino e aprendizagem de residentes multiprofissionais em saúde: revisão integrativa. *ABCS Health Sci*. 2019;44(2):138-48.
- MENDES, A. G. Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). *Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. São Paulo: Papel Social; 2013.

- MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação da evidência da saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**. 2008;17(4):758-64.
- McNAIR, R. et al. Australian evidence for interprofessional education contributing to effective teamwork preparation and interest in rural practice. **J. Interprof. Care**. 2005;19(6):579-94.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MICHEL, C.; OLSSON, T. O.; TOASSI, R. F. C. Educação Interprofissional em Saúde: análise bibliométrica da produção científica nacional. *Revista Da ABENO*. 2019;19(4):78–90.
- MIRANDA NETO, M. V.; LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos políticos pedagógicos. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(4):586-93.
- MOHER D.; LIBERATI A.; TETZLAFF J.; ALTMAN, D. G. PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and metaanalyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000100.
- MOURA, A. S.; RICCI, E. C. FERIGATO, S. H. Programas de residência multiprofissional em saúde mental e a terapia ocupacional. *Cad. Bras. Ter. Ocup*. 2021;29:e2951.
- NUTO, S. A. S. et al. Avaliação da disponibilidade para aprendizagem interprofissional de estudantes de ciências da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2017;41(1):50-7.
- OGATA, M. N. et al. Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03733.
- ORCHARD, C.; BAINBRIDGE, L. Competent for collaborative practice: what does a collaborative practitioner look like and how does the practice context influence interprofessional education? *J Taibah Univ Med Sci*. 2016.11(6):526-32.
- OUZZANI, M.; HAMMADY, H.; FEDOROWICZ, Z.; ELMAGARMID, A. Rayyan a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Ver*. 2016;5(210).
- PAIM, J. S. A formação de recursos humanos em saúde coletiva: contribuição da Residência em Medicina Preventiva Social. *R. Bras. Méd*. 1985;9(2):88-94.
- PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.
- PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde*, v. 21, n. 1, p. 15-35, 2014.

- PARREIRA, C. M. S. F.; CYRINO, A. P. P.; ESCALDA, P. M. F. Educação interprofissional e os desafios para a formação docente em saúde: o caso da Faculdade de Ceilândia/Universidade de Brasília. *Criar Educação*. 2016.
- PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2013;47(4):977-83.
- PEDUZZI, M.; NORMAN, I.; COSTER, S.; MEIRELES, E. Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2015;49:7-15.
- PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. *Interface (Botucatu)*, v.20,n.56, p. 199-201, 2016.
- PEDUZZI, M.; LEONELLO, V. M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e prática colaborativa. In: KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
- PEDUZZI, M.; OLIVEIRA, M. A. C.; SILVA, J. A. M.; AGRELI, H. L. F.; MIRANDA NETO, M.V. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: *Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria*. Barueri: Manole; 2016.
- PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, H. S. Trabalho em Equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde*. 2020;18(supl. 1):e0024678.
- PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, H. S. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. Educ. Saúde*. 2020; 18(n. s1):e0024678.
- PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface (Botucatu)**. 2013;17(45):327-40.
- PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações, para efetivar o ensino em integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMES/ UERJ, CEPESQ, ABRASCO; 2005.
- PINHEIRO, C. W. et al. Panorama de saúde mental de discentes em um programa de residência multiprofissional. *Journal of Nursing and Health*. 2021;11(1):e2111119020.
- PINTO, I. C. M.; ESPIRIDIÃO, M. A.; SILVA, I. V. Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. *Cienc. Saúde Colet*. 2013;18(6):1525-34.
- PINTO, T. R.; CYRINO, E. G. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na conformação das redes prioritárias de atenção. *Interface (Botucatu)*. 2022;26:e200770.

- RATKA, A.; ZOREK, J. A.; MEYER, S. M. Overview of faculty development programs for interprofessional education. **American Journal of Pharmaceutical Education**, 2017;81(5):96.
- REEVES, S.; TASSONE, M.; PARKER, K.; WAGNER, S. J.; SIMMONS, B. Interprofessional education: an overview of key developments in the past three decades. Article in *Work*. 2012;41:3.
- REEVES, S.; PERRIER, L.; GOLDMAN, J.; ZWARENSTEIN. Interprofessional education: effects on professional practice and health outcomes (update). **Cochrane Database Syst. Rev.** 2013;2013(3):CD002213.
- REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(56):185-96.
- REEVES, S. et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide n. 39. *Medical Teacher*, 2016;39:1-27.
- ROCHA, N. B.; SILVA, M. C.; SILVA, I. R. G., LOLLI, L. F.; FUJIMAKI, M.; ALVES, R. N. Percepções de aprendizagem sobre disciplina interprofissional em Odontologia. *Rev ABENO*. 2017;17(3):41-54.
- ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trab Educ Saúde**. 2009;7(3):479-98.
- SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. D. P. B. Metodologia de pesquisa. Porto Alegre: Editora Penso, 2013.
- SANGALETI, C.; SCHVEITZER, M. C.; PEDUZZI, M.; ZOBOLI, E. L. C. P.; SOARES, C. B. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2017;15(11):2723-88.
- SANTOS, L. C.; SIMONETTI, J. P.; CYRINO, A. P. A educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem em prática na atenção primária à saúde: a perspectiva dos estudantes. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(supl. 2):1601-11.
- SÃO PAULO. Decreto nº 13.919 de 11 de setembro de 1979. Institui o Programa de Bolsas aprimoramento de médicos e outros profissionais de nível superior que atuam na área da saúde. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo. 1979.
- SARMENTO, L. F.; FRANÇA, T.; MEDEIROS, K. R.; SANTOS, M. R.; NEY, M. S. A distribuição regional da oferta de formação na modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde. *Saúde Debate*. 2017;41(113):415-24.
- SCHAEDLER, Lucia I. Por um plano estético da avaliação nas residências multiprofissionais: construindo abordagens avaliativas SUS-implicadas. 2010. 184f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande de Sul, Porto Alegre, 2010.

SERAFIM, M.; DIAS, R.; ETULAIN, C. R. Os cortes no orçamento da ciência brasileira: da fronteira sem fim ao fim da linha? *Avaliação (Campinas)*. 2021;26(3).

SETA, M. H.; OCKÉ-REIS, C. O.; RAMOS, A. L. P. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? *Ciências & Saúde Coletiva*. 2021; 26(Supl. 2):3781-6.

SILVA, C. A.; DALBERTO-ARAÚJO, M. D. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. *Saúde Debate*. 2019;43(123):1240-58.

SILVA, R. H. A. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). **Educar Rev.** 2011;39:159-75.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. *R. Katál.* 2018;21(1):200-9.

SILVA, R. M. B.; MOREIRA, S. N. T. Estresse e Residência Multiprofissional em Saúde: compreendendo significados no processo de formação. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 2019;43(4):157-66.

SOARES, C.B.; et al. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev. esc. enferm. USP.** 2014;48(2):335-45.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein.** 2010;8(1):102-6.

SUNGUYA, B. F. et al. Interprofessional education for whom? Challenges and lessons learned from its implementation in developed countries and their application to developing countries: a systematic review. **PLoS ONE.** 2014;9(5):e96724.

SUTER, E. et al. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *J. Interprof. Care*. 2009;23(1):41-51.

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo: Editora Cortez, 2011.

TOASSI, R. F. C.; OLSSON, T. O.; LEWGOY, A. M. B.; BUENO, D.; PEDUZZI, M. Ensino da graduação em cenário da atenção primária: espaço para aprendizagem interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020;18(2):e0026798.

TOWLE, A. Onde está a voz do paciente na educação profissional em saúde? *Interface (Botucatu)*. 2016;20(57):289-92.

UNITED KINGDOM. Department of Health. **The national health service: a service with ambitions.** London: Department of Health; 1996.

VAFADAR, Z.; VANAKI, Z.; EBADI, A. The readiness of postgraduate health sciences students for interprofessional education in Iran. *Glob J Health Sci*. 2015;7(4):190-9.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Cienc. Saude Colet.** 2005;10(3):599-613.

---

VASCONCELOS, M. I. O. et al. Avaliação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família por indicadores. *Trab Educ Saúde*. 2015;13(Supl 2):53-77.

VENDRUSCOLO, C.; TOMBINI, L. H. T.; FONSECA, G. S.; SILVA FILHO, C. C.; SILVA, D. T. R.; LARENTES, G.; GARGHETTI, F. PET-Saúde Interprofissionalidade: reflexões sobre uma estratégia interinstitucional para reorientação da formação. *Saúde em Reedes*. 2020;6(2):275-87.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Learning together to work together for health**. Geneva: WHO; 1998.

\_\_\_\_\_. Health professions network nursing and midwifery office within the department of human. Resources for health. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. Geneva: WHO; 2010.

YASUI, S.; LUZIO, C.; AMARANTE, P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Rev Polis Psique*. 2018;8(1):173-90.

*Anexos*

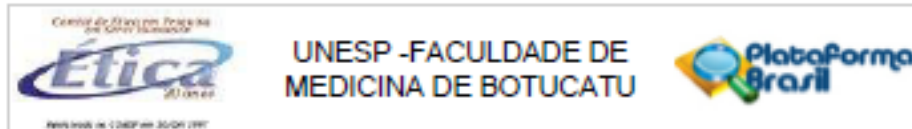
---

## ANEXO I - Instrumento de coleta de dados – Revisão Integrativa de Literatura

| A) Identificação                           |                   |  |  |
|--|-------------------|--|--|
| Título do artigo                           |                   |  |  |
| Título do periódico                        |                   |  |  |
| Autores                                    | Nome              |  |  |
|  | Local de trabalho |  |  |
|  | Graduação         |  |  |
| País                                       |                   |  |  |
| Idioma                                     |                   |  |  |
| Ano de Publicação                          |                   |  |  |
| B) Instituição sede do estudo              |                   |  |  |
| Hospital                                   |                   |  |  |
| Universidade                               |                   |  |  |
| Centro de pesquisa                         |                   |  |  |
| Instituição única                          |                   |  |  |
| Pesquisa multicêntrica                     |                   |  |  |
| Outras instituições                        |                   |  |  |
| Não identifica o local                     |                   |  |  |
| C) Tipo de publicação                      |                   |  |  |
| Publicação de enfermagem                   |                   |  |  |
| Publicação médica                          |                   |  |  |
| Publicação de outra área da saúde. Qual?   |                   |  |  |
| D) Características metodológicas do estudo |                   |  |  |
| 1. Tipo de publicação                      | 1.1 Pesquisa      | Abordagem quantitativa                                 | <input type="checkbox"/> Delineamento experimental       |
|  |                   |  | <input type="checkbox"/> Delineamento quase-experimental |
|  |                   | <input type="checkbox"/> Delineamento não experimental |  |
|  | 1.2 Não pesquisa  | Abordagem qualitativa                                  | <input type="checkbox"/> Revisão de literatura           |
|  |                   |  | <input type="checkbox"/> Relato de experiência           |
|  |                   |  | <input type="checkbox"/> Outras:                         |
| 2. Objetivo ou questão de investigação     |                   |  |  |
| 3. Amostra                                 |                   | 3.1 Seleção  | <input type="checkbox"/> Randômica                       |

|  |  |                  |
|--|--|------------------|
|  |  | ( ) Conveniência |
|  |  | ( ) Outra:       |
|  | 3.2 Tamanho (n)  | ( ) Inicial:     |
|  |  | ( ) Final:       |
|  | 3.3 Características  | Idade:           |
|  |  | Sexo: M( ) F ( ) |
|  |  | Raça:            |
|  |  | Diagnóstico:     |
|  |  | Tipo de cirurgia |
|  | 3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos sujeitos            |                  |
| 4. Tratamento dos dados  |  |                  |
| 5. Intervenções realizadas   | 5.1 Variável independente                                  |                  |
|  | 5.2 Variável dependente                                    |                  |
|  | 5.3 Grupo controle: sim ( ) não ( )                        |                  |
|  | 5.4 Instrumento de medida: sim ( ) não ( )                 |                  |
|  | 5.5 Duração do estudo                                      |                  |
|  | 5.6 Métodos empregados para mensuração da intervenção      |                  |
| 6. Resultados  |  |                  |
| 7. Análise   | 7.1 Tratamento estatístico                                 |                  |
|  | 7.2 Nível de significância                                 |                  |
| 8. Implicações   | 8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados |                  |
|  | 8.2 Quais são as recomendações dos autores                 |                  |
| 9. Nível de evidência  |  |                  |
| <b>E) Avaliação do rigor metodológico</b>  |  |                  |
| Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados) |  |                  |
| Identificação de limitações ou vieses  |  |                  |

## ANEXO II - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A Educação Interprofissional para Prática Colaborativa no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde: uma proposta de reorientação

**Pesquisador:** Lucas Cardoso dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 29238420.6.0000.5411

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

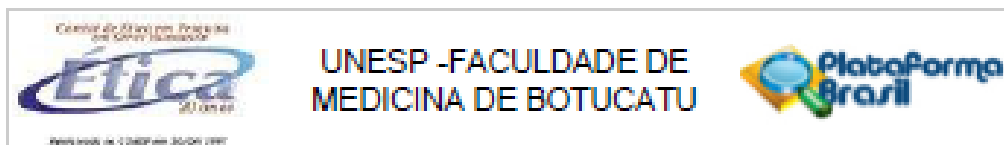
## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.961.371

## Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa de doutorado, onde os pesquisadores pretendem sistematizar uma proposta de incorporação dos marcos teórico-conceituais e metodológicos da educação interprofissional no contexto das Residências Multiprofissionais em Saúde. Para tanto os autores se valerão de três etapas distintas, sendo a primeira relativa a uma revisão integrativa da literatura sobre o tema. Já a segunda etapa da pesquisa envolve a análise documental dos projetos políticos pedagógicos dos três programas de residência multiprofissional em saúde da FMB. Finalmente, a última etapa corresponderá a uma pesquisa-ação, que aparentemente consistirá na realização de quatro oficinas envolvendo residentes, preceptores, tutores, coordenadores e vice-coordenadores dos três programas de residência multiprofissional. Na plataforma Brasil, os autores informaram um tamanho amostral de 206 indivíduos e no texto do projeto anexado, informaram apenas 45 participantes, sendo 15 de cada programa. Os critérios de inclusão para escolha dos participantes dessa pesquisa são: • ter interesse em colaborar com essa pesquisa; • atuar como residente de algum dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da FMB; • atuar como preceptor, tutor, vice-coordenador ou coordenador em um dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da FMB. Critério de Exclusão: • desligamento da residência; • licenças médicas prolongadas; • período de férias coincidentes com a etapa da pesquisa.

Endereço: Chácara Butignoli, s/n  
Bairro: Rubião Junior CEP: 13.618-970  
UF: SP Município: BOTUCATU  
Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.981.371

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo geral** • Sistematizar uma proposta de incorporação dos marcos teórico-conceituais e metodológicos da educação interprofissional no contexto das Residências Multiprofissionais em Saúde para o fortalecimento das práticas colaborativas em saúde. **Objetivos específicos** • Elaborar uma revisão integrativa de literatura acerca da educação e prática interprofissional colaborativa em saúde no contexto brasileiro. • Avaliar a aproximação dos Projetos Políticos Pedagógicos das Residências Multiprofissionais em Saúde de uma Instituição de ensino pública do Interior de São Paulo em relação à educação interprofissional e prática interprofissional colaborativa. • Identificar a experiência dos atores envolvidos nos programas de Residência Multiprofissional em Saúde em consideração ao referencial da educação interprofissional e prática interprofissional colaborativa.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores afirmam que os riscos são mínimos. Os benefícios são indiretos e se remetem ao fortalecimento das práticas colaborativas em saúde no âmbito das residências multiprofissionais em saúde.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante. O pesquisador informa no orçamento do projeto um custo de R\$ R\$ 7.250,00 com financiamento próprio.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados: folha de rosto, anuência da FMB, anuência do conselho de residência multiprofissional da FMB, projeto na íntegra, cronograma da pesquisa e TCLE.

#### Recomendações:

Atender as pendências.

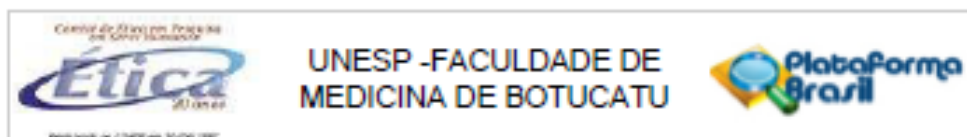
#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após análise em REUNIÃO ORDINÁRIA, o Colegiado deliberou APROVAÇÃO do PROJETO de Pesquisa apresentado.

#### Considerações Finais e critério do CEP:

Conforme deliberação do Colegiado, em REUNIÃO ORDINÁRIA do Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP, realizada em 06/04/2020, do PROJETO de Pesquisa apresentado encontra-se APROVADO. Ao final da execução da pesquisa, o Pesquisador deverá enviar o Relatório Final de Atividades, na forma de Notificação, via Plataforma Brasil.

Endereço: Chácara Butignoll, s/n  
Bairro: Rubião Júnior CEP: 18.618-970  
UF: SP Município: BOTUCATU  
Telefones: (14)3880-1809 E-mail: cep@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 3.961.371

Atenciosamente,

Comitê de Ética em Pesquisa FMB/UNESP

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento  | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                    | Situação |
|---|---|------------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1508912.pdf | 15/03/2020<br>18:02:06 |                          | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | ProjetoDoutoradoVersao2.pdf                   | 15/03/2020<br>18:01:13 | Lucas Cardoso dos Santos | Aceito   |
| Recurso Anexado pelo Pesquisador                          | CartaRespostaCEP.docx                         | 15/03/2020<br>18:00:44 | Lucas Cardoso dos Santos | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE2.pdf                                     | 15/03/2020<br>17:59:44 | Lucas Cardoso dos Santos | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | TermoDeAnuenciainstitucional.pdf              | 11/02/2020<br>19:08:42 | Lucas Cardoso dos Santos | Aceito   |
| Folha de Rosto  | FolhaDeRostoAssinada.pdf                      | 11/02/2020<br>19:06:13 | Lucas Cardoso dos Santos | Aceito   |
| Declaração de concordância                                | ParecerConselho.pdf                           | 10/02/2020<br>19:50:43 | Lucas Cardoso dos Santos | Aceito   |
| Cronograma  | CRONOGRAMA.docx                               | 10/02/2020<br>19:46:09 | Lucas Cardoso dos Santos | Aceito   |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 08 de Abril de 2020

Assinado por:  
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA  
(Coordenador(a))

Endereço: Chácara Butignoli, s/n  
Bairro: Rubião Junior CEP: 18.618-970  
UF: SP Município: BOTUCATU  
Telefone: (14)3880-1609 E-mail: cep@fmb.unesp.br

## *Apêndices*

---

### APÊNDICE I - Roteiro norteador das oficinas

|                  | Planejamento   | Tempo previsto | Ferramenta               |
|------------------|--|----------------|--------------------------|
| Primeira oficina | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação dos objetivos da pesquisa;</li> <li>• Apresentação da proposta de trabalho;</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas sobre o TCLE, o questionário de caracterização dos participantes e da pesquisa.</li> </ul>  | 20 min         | Google Slides, música    |
|                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação pessoal do pesquisador;</li> <li>• Apresentação dos colaboradores da pesquisa;</li> <li>• Apresentação dos participantes.</li> </ul>   | 30 min         | Padlet                   |
|                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar pontos do contrato a serem considerados:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Netiqueta;</li> <li>○ Não consultar a internet para responder as perguntas ou subsidiar as respostas/discussões;</li> <li>○ Não gravar a oficina, tirar foto ou print;</li> <li>○ Informar que a oficina será gravada;</li> <li>○ Colocações amistosas e respeitosas;</li> <li>○ Outros que o grupo julgar necessário.</li> </ul> </li> </ul>  | 10 min         | Google slides            |
|                  | <p>Trabalho em grupo: dividir os participantes em 2 grupos.</p> <p><b>Grupo 1:</b> R2 da Saúde Mental<br/><b>Grupo 2:</b> R2 da Saúde da Família</p> <p>Elencar um moderador e um secretário:</p> <p>1. Discutir a partir das seguintes questões norteadoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em que situações nas atividades da Residência você tem a oportunidade de atuar de forma interprofissional?</li> <li>• O que caracteriza essas atividades como interprofissionais?</li> <li>• Na sua opinião o que facilita a prática do trabalho interprofissional no contexto das atividades da Residência?</li> <li>• Na sua opinião o que dificulta a prática do trabalho interprofissional no contexto das atividades da Residência?</li> </ul> | 90 min         | Google docs, google meet |

|                 |   |        |                          |
|-----------------|---|--------|--------------------------|
|                 | 2. Elaborar uma apresentação com os principais pontos de cada questão a ser apresentada à todo grupo.   |        |                          |
|                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em plenária um representante de cada grupo apresenta uma proposta-síntese;</li> <li>• Validação dos pontos trazidos por cada pequeno grupo ao grupo maior (com todos os participantes).</li> </ul>   | 90 min | Google docs, google meet |
|                 | Avaliação do encontro.  | 15 min | Google forms             |
| Segunda oficina | <ul style="list-style-type: none"> <li>• (Re)apresentação dos objetivos da pesquisa;</li> <li>• Apresentação da proposta de trabalho para o segundo dia.</li> </ul>   | 10 min | Google slides, música    |
|                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pontos do contrato a serem considerados: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Netiqueta;</li> <li>○ Não consultar a internet para responder as perguntas ou subsidiar as respostas/discussões;</li> <li>○ Não gravar a oficina, tirar foto ou print;</li> <li>○ Informar que a oficina será gravada;</li> <li>○ Colocações amistosas e respeitosas;</li> <li>○ Outros que o grupo julgar necessário.</li> </ul> </li> </ul>  | 5 min  | Google docs              |
|                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Resgate de como foi realizada a Oficina 1;</li> <li>• Apresentação do material elaborado pelo grupo sobre EIP.</li> </ul>  | 30 min | Google slides            |
|                 | Exposição dialogada da temática da educação interprofissional e prática interprofissional colaborativa.   | 60 min | Google slides            |
|                 | <p>Trabalho em grupo: dividir os participantes em 2 grupos (mantendo os grupos da Oficina 1):</p> <p><b>Grupo 1:</b> R2 da Saúde Mental<br/><b>Grupo 2:</b> R2 da Saúde da Família</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elencar um moderador e um secretário;</li> <li>2. Cada grupo deverá revisar as respostas agrupadas e validadas anteriormente e que foram apresentadas anteriormente a partir de 4 novas perguntas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quais as aprendizagens mais marcantes dessas experiências? Elas foram estimuladas</li> </ul> </li> </ol> | 60 min | Google docs, google meet |

|  |   |        |                           |
|--|---|--------|---------------------------|
|  | <p>ou desenvolvidas de diferentes formas pelos residentes?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qual(is) a(s) intencionalidades mais explícitas dessas iniciativas? Como essa intencionalidade se expressou?</li> <li>• Quais etapas do processo ensino-aprendizagem facilitaram o desenvolvimento de competências para o efetivo trabalho em equipe?</li> <li>• Em que momento as facilidades e/ou dificuldades foram discutidas para avaliação e planejamento do processo ensino-aprendizagem?</li> </ul> |        |                           |
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Em plenária um representante de cada grupo apresenta uma proposta-síntese;</li> <li>• Validação dos pontos trazidos por cada pequeno grupo ao grupo maior (com todos os participantes).</li> </ul>   | 60 min | Google docs<br>Sala única |
|  | Avaliação do encontro.  | 15 min | Metimeter                 |

## APÊNDICE II - Instrumento de avaliação das oficinas

| INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO   | DT | DP | N | CP | CT |
|--|----|----|---|----|----|
| Os objetivos da oficina foram coerentes com minha realidade?   |    |    |   |    |    |
| Percebi a importância da oficina para minha atuação profissional?  |    |    |   |    |    |
| Percebi a importância da oficina para a minha formação profissional?   |    |    |   |    |    |
| O conteúdo da oficina foi adequado?  |    |    |   |    |    |
| A metodologia adotada favoreceu o processo de aprendizagem, reflexão e discussão?  |    |    |   |    |    |
| Houve oportunidade de avaliação e re-orientação da oficina?  |    |    |   |    |    |
| O relacionamento, em grupo, estabelecido entre pesquisadores e participantes favoreceu o processo de aprendizagem, reflexão e discussão? |    |    |   |    |    |
| Os pesquisadores demonstraram ter conhecimentos da temática abordada na oficina?   |    |    |   |    |    |
| Os pesquisadores demonstraram motivação para a discussão da temática e mediação da oficina?  |    |    |   |    |    |
| Você participou ativamente das atividades?   |    |    |   |    |    |
| Você conseguiu contribuir com as discussões?   |    |    |   |    |    |
| Você estava comprometido com a oficina?  |    |    |   |    |    |

Legenda: DT = discordo totalmente; DP = discordo parcialmente; N = neutro; CP = concordo parcialmente; CT = concordo totalmente

- Eu nem esperava e aconteceu \_\_\_\_\_
- Decepcionei-me um pouco com \_\_\_\_\_
- Se eu fosse fazer uma propaganda a um colega sobre essa intervenção educativa eu diria que \_\_\_\_\_

### APÊNDICE III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Projeto de Pesquisa:** A formação para a prática colaborativa interprofissional no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde: aproximações e distanciamentos.

Você está sendo convidado para participar de quatro oficinas que constituem na etapa de pesquisa-ação da tese de doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, do pós-graduando Lucas Cardoso dos Santos. As informações existentes nesse documento são para compreender os objetivos da pesquisa, sabendo que sua participação será **VOLUNTÁRIA**. Se, durante a leitura deste documento houver alguma dúvida, você poderá fazer perguntas para que possa compreender perfeitamente do que se trata a pesquisa. Após estar esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte deste estudo, assinale ao final deste documento, a opção “Eu concordo em participar dessa pesquisa”. Caso não aceite, assinale a opção “Eu não concordo em participar dessa pesquisa”.

- **Informações sobre a pesquisa:**

**Pesquisador:** Lucas Cardoso dos Santos

**Orientadora:** Profa. Dra. Wilza Carla Spiri

**Co-orientador:** Prof. Dr. Marcelo Viana da Costa

**Instituição:** Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

- **Finalidade da pesquisa:** O estudo tem por objetivo analisar a incorporação dos marcos teórico-conceituais e metodológicos da educação interprofissional no contexto das Residências Multiprofissionais em Saúde para o fortalecimento das práticas colaborativas em saúde.
- **Procedimentos:** A coleta de dados que contará com sua participação ocorrerá por meio de duas oficinas audiogravadas com duração média de quatro horas cada e intervalo entre elas de uma semana, sem prejuízo para suas atividades pessoais, profissionais ou acadêmicas, com a análise feita pelo pesquisador.
- **Participação:** Fique ciente de que sua participação neste estudo é voluntária e que mesmo após ter dado seu consentimento para participar da pesquisa, você poderá retirá-lo a qualquer momento, sem qualquer tipo de prejuízo.
- **Riscos e Benefícios da pesquisa:** os riscos são mínimos, pois todos os dados informados serão criteriosamente analisados e o anonimato mantido. Os benefícios referem-se a contribuição do estudo para a melhoria das relações interprofissionais por meio de práticas colaborativas em saúde com repercussão na assistência à saúde com foco nos usuários

**Compromisso dos Pesquisadores:** Os pesquisadores se comprometem a usar os dados deste estudo de maneira correta e coerente aos objetivos do mesmo, garantindo que:

- todas as informações obtidas serão utilizadas de forma a proteger a identidade e privacidade dos participantes;
- as gravações contendo as falas serão apagadas depois que seu conteúdo for digitado para que os dados possam ser analisados;
- as informações não serão utilizadas em prejuízo das pessoas e grupos;
- ao final da pesquisa os resultados serão informados aos participantes;
- os resultados da pesquisa serão publicados e apresentados em órgãos acadêmicos/científicos.

## **DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO**

Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores sobre o objetivo, finalidade e procedimentos do estudo. Foi-me garantido o sigilo sobre minha participação, bem como o fato de poder retirar meu consentimento a qualquer momento sem acarretar em nenhuma penalidade.

- Eu concordo em participar dessa pesquisa  
 Eu não concordo em participar dessa pesquisa.

**Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00 às 12.00 e das 13.30 às 17horas, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo. Os dados de localização dos pesquisadores estão abaixo descritos:**

### **Contatos dos Pesquisadores:**

Pesquisadora: Profa. Dra. Wilza Carla Spiri; endereço: Avenida Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n, Faculdade de Medicina de Botucatu, Departamento de Enfermagem, Distrito Rubião Junior, Botucatu, São Paulo, CEP: 18618-687, telefone: (14) 3880-1320, e-mail: [wilza.spiri@unesp.br](mailto:wilza.spiri@unesp.br)

Pesquisador: Lucas Cardoso dos Santos; endereço: Rua Itapiru, 224, Apto 131, Saúde, São Paulo-SP, CEP 04143-010, telefone: (14) 98132-6130, email: [lucascardoso\\_santos@yahoo.com.br](mailto:lucascardoso_santos@yahoo.com.br)