



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro

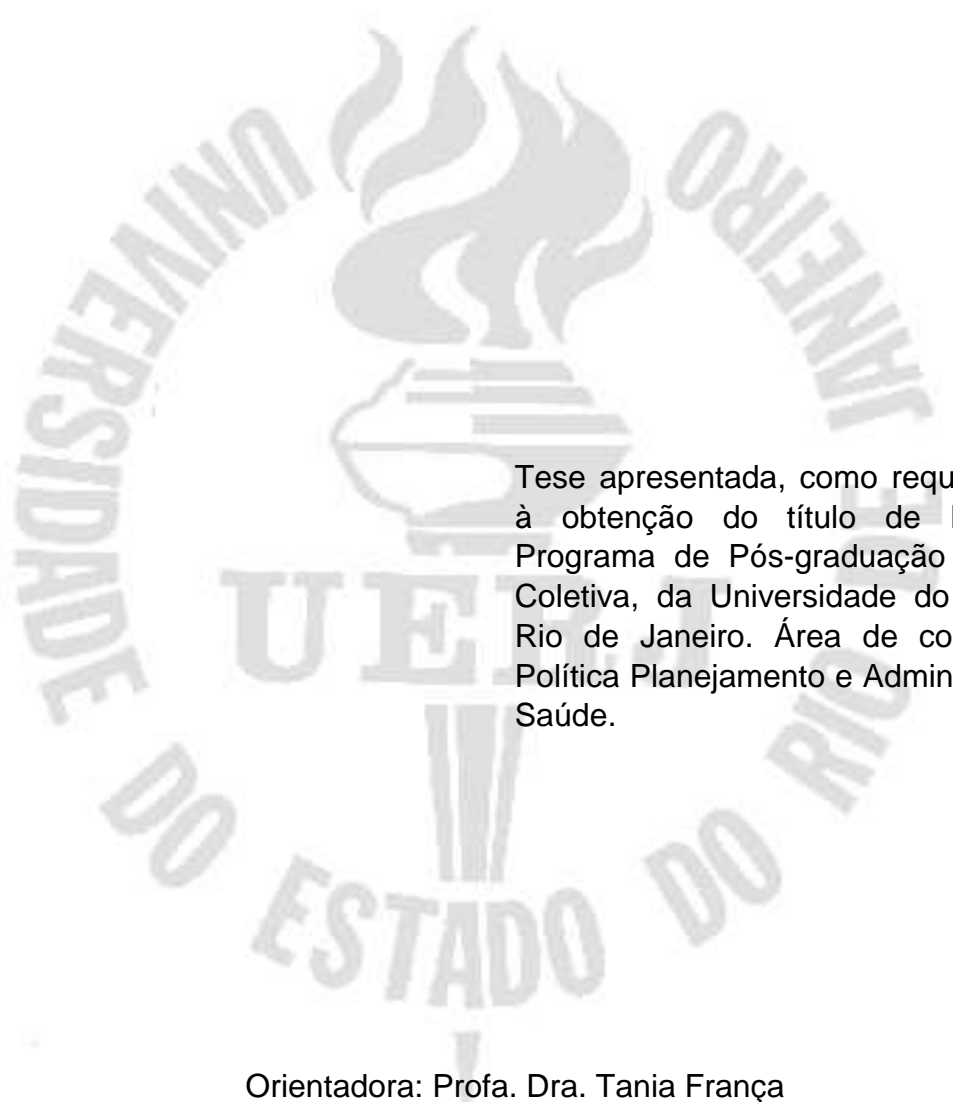
Lidiane de Freitas Sarmiento

**Residências Multiprofissionais em Saúde como cenários de  
implementação da educação interprofissional**

Rio de Janeiro  
2022

Lidiane de Freitas Sarmento

**Residências Multiprofissionais em Saúde como cenários de implementação da  
educação interprofissional**



Tese apresentada, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Tania França  
Coorientadora: Profa. Dra. Carinne Magnago

Rio de Janeiro  
2022

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

S246r	Sarmento, Lidiane de Freitas
	Residências Multiprofissionais em Saúde como cenários de implementação da educação interprofissional / Lidiane de Freitas Sarmento. – 2022. 172 f.
	Orientador: Prof. <sup>a</sup> Dra. Tania França
	Coorientadora: Prof. <sup>a</sup> Dra. Carinne Magnago
	Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro.
	1. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde – Teses. 2. Educação interprofissional – Teses. 3. Pessoal de saúde - Educação - Teses. I. França, Tania. II. Magnago, Carinne. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro. IV. Título.
	CDU 37.035.3:614

Bibliotecária: Marianna Lopes Bezerra – CRB 7 /6386

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Lidiane de Freitas Sarmento

**Residências Multiprofissionais em Saúde como cenários de implementação da  
educação interprofissional**

Tese apresentada, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política Planejamento e Administração em Saúde

Aprovada em 01 de fevereiro de 2022.

Banca Examinadora: \_\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Dra. Tania França (Orientadora)

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Fabiano Saldanha Gomes de Oliveira

Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro – UERJ

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Helena Akemi Wada Watanabe

Universidade de São Paulo

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. José Rodrigues Freire Filho

Universidade de São Paulo

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Katia Rejane de Medeiros

Fundação Oswaldo Cruz/Pernambuco

Rio de Janeiro

2022

## DEDICATÓRIA

À minha mãe, Denise, por sempre me apoiar na busca dos meus objetivos, por seu amor incondicional e cuidado inigualável; por estar presente nas conquistas e dificuldades; e por ser minha maior inspiração.

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Denise e Eduardo, pelo apoio incondicional e por me mostrarem a importância dos estudos e de alcançar minha independência, sempre com muito carinho e confiança.

Ao meu irmão, Leandro, pela amizade, cumplicidade, experiências compartilhadas e conversas enriquecedoras.

À minha família, por me ensinar que a simplicidade, a honestidade e o amor são as verdadeiras riquezas desta vida.

À minha orientadora, Tania França, pela orientação inspiradora, por toda a parceria, paciência infinita, e por acreditar e confiar na minha capacidade.

À minha coorientadora, Carinne Magnago, por sua imensa ajuda, disponibilidade, dedicação e generosidade, que permitiram a realização deste trabalho.

Aos meus colegas de profissão, por compartilharem os sonhos e as angústias, e pelos debates inspiradores.

Aos meus amigos, pela força, incentivo e escuta amorosa nos momentos difíceis, e por compreenderem meus períodos de ausência.

Aos membros da banca, pela disponibilidade e generosidade em contribuir com seus conhecimentos e experiência na discussão desta tese.

A todos os profissionais do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, que são um exemplo de resistência coletiva em tempos difíceis.

A todos os participantes dessa pesquisa, que com suas contribuições tornaram possível a realização desta tese.

A todos aqueles que de alguma forma participaram dessa trajetória me auxiliando com compreensão e empatia.

Não acredite em ninguém que fale que, como a natureza é baseada em uma luta pela vida, nós precisemos viver assim também. Muitos animais sobrevivem não por eliminar uns aos outros ou por manter tudo para eles mesmos, mas justamente por cooperarem e compartilharem.

*Aristóteles*

## RESUMO

SARMENTO, Lidiane de Freitas. **Residências Multiprofissionais em Saúde como cenários de implementação da educação interprofissional**. 2022. 172 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

As complexas demandas de saúde da sociedade contemporânea exigem a construção de um perfil profissional e uma força de trabalho em saúde mais integrada. A Educação Interprofissional em Saúde (EIP) para a prática colaborativa centrada no paciente vem sendo globalmente reconhecida como estratégia capaz de fomentar mudanças na formação e melhorar os resultados em saúde. Pautada pela integração ensino-serviço-comunidade e pela formação para o trabalho em equipe, buscando superar a tendência da atuação profissional isolada e fragmentada, a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) constitui-se modalidade de educação em serviço favorável ao desenvolvimento de competências colaborativas interprofissionais. Nesta compreensão, esta tese objetivou analisar o contexto educacional de programas de RMS na perspectiva da EIP e das práticas colaborativas em saúde. Para isso, realizou-se um estudo de casos múltiplos, multimétodo, exploratório e descritivo, entre março e novembro de 2020, com 86 atores de três programas de RMS do município do Rio de Janeiro. Os dados foram coletados por meio de pesquisa bibliográfica sobre o tema da EIP nas RMS; análise documental dos projetos político-pedagógicos (PPP) dos programas; survey online e aplicação da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI) aos residentes e preceptores; e entrevistas semiestruturadas online com os coordenadores dos cursos. A análise e a conjugação dos dados foram orientadas pelo referencial teórico-metodológico da EIP. As publicações encontradas na pesquisa bibliográfica são majoritariamente relatos de experiência que avaliaram os impactos da adoção de estratégias de EIP, estudos de percepção dos residentes sobre a atuação interprofissional, e análises de PPP. Neste estudo, a partir da análise documental, verificou-se que os PPP dos três programas de RMS se aproximam dos preceitos da EIP, porém não apresentam uma estruturação padronizada e orientada para o desenvolvimento de competências interprofissionais. A análise da EJARCI demonstrou atitude favorável para a colaboração interprofissional de todos os atores, sem diferenças estatísticas entre as variáveis estudadas. O survey e entrevistas indicaram que as RMS configuram-se como cenários educacionais potentes para a aquisição de competências colaborativas, uma vez que promovem a comunicação e trocas de conhecimentos entre diferentes profissionais a partir de atividades integradoras e metodologias de ensino contextuais que visam à integralidade do cuidado. As barreiras que limitam o sucesso da EIP nas RMS poderiam ser mitigadas por meio de qualificação de docentes e preceptores, reorganização da carga horária de trabalho dos residentes, aprofundamento do uso de metodologias interativas, maior interação com a residência médica, e diversificação dos cenários e atividades que propiciem a integração interprofissional.

Palavras-chave: Formação profissional em saúde. Formação de recursos humanos. Internato e residência. Residência Multiprofissional em Saúde. Educação Interprofissional em Saúde.



## ABSTRACT

SARMENTO, Lidiane de Freitas. **Multiprofessional Residencies in Health as scenarios for the implementation of interprofessional education.** 2022. 172f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

The complex health demands of contemporary society require the construction of a professional profile and a more integrated health workforce. Interprofessional Education (IPE) for patient-centered collaborative practice has been globally recognized as a strategy capable of fostering changes in training and improving health outcomes. Guided by the teaching-service-community integration and training for teamwork, seeking to overcome the trend of isolated and fragmented professional performance, the Multiprofessional Residency in Health (RMS) constitutes a modality of in-service education that favors the development of interprofessionals collaborative skills. This thesis aimed to analyze the educational context of RMS programs from the perspective of EIP and collaborative practices in health. For this, a multi-method, exploratory and descriptive study of multiple cases was carried out between March and November 2020, with 86 actors from three RMS programs in the city of Rio de Janeiro. Data were collected through bibliographic research on the theme of EIP in the RMS; documentary analysis of the political-pedagogical projects (PPP) of the programs; online survey and application of the Jefferson Scale of Attitudes Related to Interprofessional Collaboration (EJARCI) to residents and tutors; and semi-structured online interviews with course coordinators. The analysis and combination of data were guided by the theoretical-methodological framework of the EIP. The publications found in the bibliographic research are mostly experience reports that evaluated the impacts of adopting EIP strategies, studies on the perception of residents about interprofessional performance, and PPP analyses. From the documental analysis, it was verified that the PPP of the three RMS programs are close to the EIP precepts, but they do not present a standardized structure oriented to the development of interprofessional competences. The EJARCI analysis showed a favorable attitude towards the interprofessional collaboration of all actors, with no statistical differences between the studied variables. The survey and interviews indicated that the RMS are configured as powerful educational scenarios for the acquisition of collaborative skills, as they promote communication and knowledge exchange between different professionals from integrative activities and contextual teaching methodologies that aim care integrality. The barriers that limit the success of EIP in the RMS could be mitigated through the qualification of teachers and tutors, reorganization of the workload of residents, deepening the use of interactive methodologies, greater interaction with medical residency, and diversification of scenarios and activities that promote interprofessional integration.

Keywords: Health professional Development. Human Resources Development. Internship and Residency. Multiprofessional Residency in Health. Interprofessional education.

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Matriz analítica baseada nas diretrizes orientadoras para avaliação de contextos educacionais na perspectiva da Educação Interprofissional (EIP) .....44
- Quadro 2.** Características de indexação e aspectos metodológicos das publicações selecionadas para análise. Rio de Janeiro, RJ, 2020 (n=37) .....53
- Quadro 3.** Características de indexação e aspectos metodológicos das publicações selecionadas para análise. Rio de Janeiro, RJ, 2020 (n=37) .....58
- Quadro 4.** Checklist dos elementos teórico-metodológicos da educação interprofissional descritos nos projetos políticos pedagógicos dos programas de residência multiprofissional analisados. Rio de Janeiro, RJ, 2020.....74
- Quadro 5.** Análise dos projetos político pedagógicos dos programas de residência multiprofissional, com base nas diretrizes orientadoras para avaliação de contextos educacionais na perspectiva da educação interprofissional. Rio de Janeiro, RJ, 2020 .....82
- Quadro 6.** Diferenças conceituais apontadas pelas coordenadoras dos programas de residência multiprofissional. Rio de Janeiro, RJ, 2020 .....104
- Quadro 7.** Matriz de convergência dos resultados da pesquisa. Rio de Janeiro, 2021 .....122
- Quadro 8.** Fatores que facilitam a abordagem da educação interprofissional e da prática colaborativa no contexto das residências multiprofissionais em saúde. ....125
- Quadro 9.** Fatores que dificultam a abordagem da educação interprofissional e da prática colaborativa no contexto das residências multiprofissionais em saúde. ....130

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Amostra de participantes em relação ao universo da pesquisa, que responderam aos questionários no período estabelecido para a coleta de dados. Rio de Janeiro, RJ, 2020. ....	47
<b>Tabela 2.</b> Total de publicações listadas nas bases de dados virtuais pesquisadas. Rio de Janeiro, RJ, 2020.....	51
<b>Tabela 3.</b> Total de publicações descartadas por fator de exclusão. Rio de Janeiro, RJ, 2020 .....	51
<b>Tabela 4.</b> Caracterização do perfil socioprofissional dos preceptores e residentes (R1 e R2). Rio de Janeiro, RJ, 2020 .....	84
<b>Tabela 5.</b> Média de idade e tempo de formação dos respondentes. Rio de Janeiro, RJ, 2020 .....	85
<b>Tabela 6.</b> Distribuição percentual dos residentes por níveis de formação concluídos, atuação profissional e tempo de atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Rio de Janeiro, RJ, 2020 .....	85
<b>Tabela 7.</b> Distribuição percentual de preceptores por níveis de formação concluídos, tempo de atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) e de preceptoria, experiência prévia na formação superior, e vínculo empregatício. Rio de Janeiro, RJ, 2020 (n=29) .....	86
<b>Tabela 8.</b> Distribuição percentual dos respondentes de acordo com percepção de preparo para atuar em equipe. Rio de Janeiro, 2020 .....	87
<b>Tabela 9.</b> Distribuição percentual dos respondentes sobre aquisição de habilidades para o trabalho em equipe após inserção no programa de RMS. Rio de Janeiro, 2020 .....	88
<b>Tabela 10.</b> Distribuição percentual dos respondentes (R2 e preceptores) quanto à sua percepção sobre os elementos da educação interprofissional (EIP) aplicados pelos programas de residência multiprofissional (n=55). Rio de Janeiro, RJ, 2020 ..	90
<b>Tabela 11.</b> Distribuição percentual dos respondentes sobre o preparo dos serviços para receber os residentes. Rio de Janeiro, 2020 .....	91
<b>Tabela 12.</b> Análise da pontuação bruta entre as respostas à Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional dos diferentes grupos das RMS. Rio de Janeiro, RJ, 2020 (n=86) .....	99
<b>Tabela 13.</b> Análise entre as respostas à Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional e variáveis selecionadas. Rio de Janeiro, RJ, 2020 (n=86) .....	100

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BDTD	Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAIPE	Centro para o Avanço da Educação Interprofissional
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde
COVID-19	Doença do Coronavírus
EIP	Educação Interprofissional em Saúde
EJARCI	Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional
EPS	Educação Permanente em Saúde
FTS	Força de Trabalho em Saúde
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IDA	Programa de Integração Docente-Assistencial
IES	Instituições de Ensino Superior
IMS	Instituto de Medicina Social
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NAI	Núcleo de Atenção ao Idoso
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNEPS	Política Nacional da Educação Permanente em Saúde
PPP	Projeto Político-Pedagógico
PPREPS	Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde
Programa UNI	Programa – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União a Comunidade
Promed	Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PRÓ-RESIDÊNCIA	Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RHS	Recursos Humanos em Saúde
RIL	Revisão Integrativa da Literatura
RMS	Residências Multiprofissionais em Saúde

R1	Residentes de 1º ano
R2	Residentes de 2º ano
SGETS	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VER-SUS	Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	13
	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
1	<b>EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL COMO FERRAMENTA PARA A REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE</b> .....	24
2	<b>RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE E EIP</b> .....	33
3	<b>MÉTODOS</b> .....	39
3.1	<b>Desenho do estudo</b> .....	39
3.2	<b>Unidades de análise</b> .....	40
3.3	<b>Coleta de dados e instrumentos</b> .....	40
3.3.1	<u>Pesquisa bibliográfica</u> .....	40
3.3.2	<u>Pesquisa documental</u> .....	43
3.3.3	<u>Pesquisa de campo</u> .....	45
3.4	<b>Síntese e correlação dos dados</b> .....	49
3.5	<b>Aspectos éticos</b> .....	50
4	<b>RESULTADOS</b> .....	51
4.1	<b>Pesquisa bibliográfica</b> .....	51
4.2	<b>Pesquisa documental</b> .....	69
4.2.1	<u>Aspectos gerais</u> .....	69
4.2.2	<u>Perspectiva da educação interprofissional nos projetos pedagógicos</u> .....	72
4.3	<b>Pesquisa de campo</b> .....	84
4.3.1	<u>Survey online: questionários</u> .....	84
4.3.2	<u>Survey online: Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional</u> .....	99
4.3.3	<u>Entrevistas</u> .....	103
5	<b>SÍNTESE E CORRELAÇÃO DOS DADOS</b> .....	117
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	134
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	139
	<b>APÊNDICE A. Questionário online autoaplicável para os residentes</b> .....	155
	<b>APÊNDICE B. Questionário online autoaplicável para os preceptores</b> .....	159
	<b>APÊNDICE C. Questionário para entrevistas com coordenadores</b> .....	163
	<b>ANEXO A. Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração</b>	

Interprofissional (EJARCI) .....	167
<b>ANEXO B.</b> Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	168
<b>ANEXO C.</b> Autorização das instituições de ensino .....	173

## APRESENTAÇÃO

Minha jornada na área da saúde começou em 2006, quando decidi prestar vestibular para Fisioterapia e, no ano seguinte, iniciei meus estudos na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), no Fundão, que cito até hoje com muito carinho para aqueles que me perguntam aonde me formei. Nesta época ainda havia a dúvida se eu seguiria na Fisioterapia ou no Direito; e por um ano dividi os meus dias entre uma faculdade e outra.

Essa rotina desgastante não poderia durar muito, e cada vez mais a Fisioterapia e o Fundão foram ganhando meu coração e acabei decidindo seguir nessa área. Foi lá que tive meu primeiro contato com o universo da pesquisa científica ao ingressar no programa de iniciação científica no laboratório de bioquímica sobre contração muscular. Foi uma época muito empolgante, na qual tive uma oportunidade de realizar um intercâmbio para a Espanha e começar a expandir meus horizontes.

Após 4 anos e meio de formação, recém-formada, pensando em que caminho seguir e buscando emprego, percebi que eu gostaria de continuar estudando e que necessitava ganhar mais experiência prática. Foi quando a residência multiprofissional se tornou uma opção convidativa e desafiadora. Afinal, se formar e começar a trabalhar 60 horas semanais não é uma tarefa tão simples.

Hoje vejo que foi uma das minhas melhores escolhas acadêmicas. E foi como residente de um programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) do Hospital Gafrée e Guinle, no Rio de Janeiro, que descobri o que é trabalhar em equipe, o que é trocar conhecimentos e ideias com outros profissionais de “igual para igual”, e o quanto isso impacta positivamente no tratamento dos pacientes. Foi lá que descobri as infinitas possibilidades da minha área e a importância da minha inserção num plano de cuidados para determinado paciente. Foi lá que aprendi a valorizar minha autonomia e meu poder de decisão em alguma situação clínica e respeitosamente me comunicar e saber ouvir outras opiniões.

Até então, durante a graduação, eu não havia tido contato com outros estudantes e profissionais de categorias distintas, salvo quando comecei a fazer estágio em centro de terapia intensiva; mas, ainda assim, as interações



eram muito pontuais. Então, para mim, a residência foi uma fase importantíssima para aprender junto e sobre outros profissionais, numa época em que eu nunca tinha ouvido falar em interprofissionalidade.

A RMS também ampliou meu olhar sobre a assistência e as políticas públicas de saúde, me proporcionando, inclusive, a experiência de conhecer o sistema e os serviços de saúde pública de Cuba. Todo este processo acabou me incentivando a tentar o mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ) em 2014, no qual fiz parte do grupo de pesquisa Políticas, Programas e Ações de Educação na Saúde, sob orientação da professora Tania França.

Durante o mestrado pude me debruçar sobre o dimensionamento das RMS no país, mapeamento a sua distribuição. Contudo, por conta do tempo curto não pude me aprofundar em questões que me instigavam desde quando era residente. Juntamente ao mestrado, fui adquirindo experiências na assistência, tanto em serviços do sistema público quanto privado, além de ter trabalhado na área de judicialização de saúde como parecerista no Núcleo de Assistência Técnica do Estado do Rio do Janeiro e, na área acadêmica, como tutora de um programa de graduação *online*.

Após a defesa do mestrado, passei um ano trabalhando apenas na assistência e somando experiências, até que em 2017 passei no processo seletivo do doutorado também no IMS/UERJ. Foi nesta época que entrei em contato com o tema da Educação Interprofissional, com o qual me identifiquei instantaneamente e que me fez refletir sobre diversos aspectos da minha formação e também do meu trabalho já como profissional. Ao resgatar minhas memórias como egressa de uma residência, percebi como a RMS pode ser um terreno fértil para o modelo de formação interprofissional, o que me instigou a pesquisar e me aprofundar nessa temática ao longo do doutorado.

Alguns percalços tiveram que ser superados para que esta tese pudesse ser concluída, sendo um deles a pandemia de covid-19 que assolou o mundo e trouxe consigo desafios e a necessidade, mais do que nunca, de valorização da ciência e de repensar diferentes questões sanitárias, socioeconômicas e políticas. Dentre tantos prejuízos, a pandemia impôs adaptações também na condução desta tese, a qual concluo hoje com muita gratidão à colaboração de

todos que participaram de alguma forma e com esperanças de tempos melhores.

## INTRODUÇÃO

É reconhecido internacionalmente que muitos sistemas de saúde estão fragmentados e com dificuldades para gerenciar as suas necessidades de saúde não atendidas (OMS, 2010). Nesse contexto, a Educação Interprofissional em Saúde (EIP) vem sendo identificada como um mecanismo chave para a melhoria dos serviços de saúde prestados (STEINERT, 2005). Segundo a *Canadian Health Services Research Foundation* (2006), sistemas de saúde que apoiam e dão suporte ao efetivo trabalho em equipe podem melhorar a qualidade da assistência, aumentar a segurança dos pacientes e reduzir a sobrecarga de trabalho entre os profissionais de saúde (CHSRF, 2006; REEVES et al, 2016a).

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a lógica hegemônica de cuidado biologicista vem sendo desconstruída para dar lugar ao preceito constitucional da integralidade. E, dadas as constantes mudanças epidemiológicas e a complexidade das demandas de saúde, surge a necessidade de novos arranjos assistenciais. Assim, dimensões do cuidado em saúde como o trabalho colaborativo em equipe, a educação de pacientes e familiares, a organização dos serviços em redes e o perfil dos profissionais formados tornam-se extremamente importantes para a busca de uma resposta mais resolutiva às demandas de saúde (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

O tema da formação profissional em saúde compôs as proposições do movimento da Reforma Sanitária, presentes na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, em 1986, sinalizando a necessidade de modificação nas graduações e a importância da integração ensino-serviço. O ordenamento da formação de recursos humanos para a área da saúde foi atribuído ao SUS a partir da Constituição Federal de 1988, através de seu artigo 200, inciso III (BRASIL, 1998).

Desde então, as questões relacionadas à formação profissional constituem-se objeto de discussão das conferências nacionais de saúde e de recursos humanos, trazendo à tona a inadequação do perfil profissional às necessidades do SUS e da população (BATISTA; GONÇALVES, 2011). A partir de 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação

na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde, houve a aproximação estratégica entre saúde e educação trazendo novas iniciativas para as políticas de gestão da educação na saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

A atuação da SGTES contemplou, entre outras iniciativas relevantes, a instituição, em 2004, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Busca articular a integração entre o ensino, serviço e comunidade, além de assumir a regionalização da gestão do SUS como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas ao enfrentamento dos desafios que se apresentam ao sistema de saúde (BRASIL, 2004a).

Seguem-se à PNEPS outras iniciativas de fomento a mudanças no processo de formação profissional em saúde, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), lançado em 2005, que adotou como principais eixos a integração ensino-serviço com ênfase na atenção básica; a integralidade em saúde como eixo reorientador das práticas no processo de formação e qualificação dos profissionais para o SUS; e a reformulação do projeto político-pedagógico dos cursos de graduação baseada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2009a).

A partir do reconhecimento da complexidade e abrangência das necessidades de saúde, Peduzzi (2016) argumenta que a hipervalorização e limitação da formação às competências específicas de cada profissão tendem a ser insuficientes para dar resposta às variadas demandas socio sanitárias. Além disso, já que a qualidade dos serviços prestados requer coordenação e colaboração eficazes, a estratégia da EIP poderia diminuir as diferenças e iniquidades na atuação dos profissionais de saúde (PEDUZZI, 2016; REEVES, 2016b).

A EIP acontece quando duas ou mais profissões juntam-se para aprender com, a partir e sobre a outra com o objetivo comum de melhorar a colaboração no trabalho em equipe e, conseqüentemente, a qualidade do cuidado. É, portanto, compreendida como uma abordagem de aprendizagem interativa, que tem como objetivo fornecer subsídios teóricos e metodológicos para assegurar a formação de profissionais aptos ao trabalho colaborativo (BARR, 2013; 2015).

Dentro do contexto de crise da força de trabalho no setor da saúde, a EIP deve ser vista como oportunidade para desenvolver novas habilidades e definir perfis profissionais compatíveis com as necessidades e expectativas de saúde da população (OPAS, 2017a), devendo ser iniciada nos primeiros estágios da formação em saúde para todos os profissionais (OMS, 2010). Insere-se, portanto, no contexto universitário, em cursos e atividades realizadas na graduação e pós-graduação (BARR, 2013).

Neste contexto, a discussão e as pesquisas acerca desta proposta de educação vêm se fortalecendo em todo o mundo, especialmente em razão do envolvimento de diversas organizações internacionais, caso da Organização Mundial de Saúde (OMS) que, em 2010, publicou o documento “*O Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*”, reunindo estratégias e experiências na aplicação da EIP em sistemas de saúde pelo mundo. Tal documento demonstra que, após quase 60 anos de debates e pesquisas sobre o tema, há evidências suficientes para recomendar a EIP como uma abordagem educacional para a política de educação na saúde inovadora e eficaz para proporcionar a prática colaborativa (OMS, 2010).

Posteriormente, em 2013, o Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE) do Reino Unido, uma das principais organizações comprometidas com o avanço e o desenvolvimento da EIP e das práticas colaborativas em saúde, lançou uma publicação visando à promoção e à operacionalização da EIP na região das Américas. Esta publicação também buscou alinhar a discussão da EIP com a realidade do sistema de saúde brasileiro e suas particularidades (BARR, 2013).

Nesse movimento e a partir de uma chamada feita pela OMS, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil, articulado com o Ministério da Educação (MEC), iniciou em 2016 o processo de elaboração do Plano de Ação da Educação Interprofissional no Brasil para o período de 2017 e 2018 (FREIRE FILHO et al., 2018a). Assim, o tema da EIP passou a integrar a pauta da Gestão da Educação na Saúde no Brasil.

Nesta mesma época, mais precisamente em 2017, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), através da Resolução CSP29.R15, aprovou a “*Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde*”, reconhecendo os desafios ainda existentes no

que se refere à força de trabalho em saúde, entre eles a formação não direcionada para as necessidades do sistema de saúde (OPAS, 2017a).

Tal resolução visa instar os seus Estados Membros, incluindo o Brasil, a estabelecer mecanismos formais para assegurar e orientar o desenvolvimento de políticas nacionais de recursos humanos em saúde (RHS). A discussão da incorporação de equipes interprofissionais é trazida à luz a partir da identificação da necessidade do desenvolvimento delas, mediante a formação interprofissional em contextos de aprendizagem diversificados e com a adequação dos perfis profissionais e das formas de organização do trabalho às competências exigidas pelas redes integradas de saúde (OPAS, 2017a).

Ainda neste documento, os países foram incentivados a promover pesquisas, compartilhar experiências e a cooperar no tema da EIP, aspecto que fortaleceu ainda mais o processo de implementação da EIP na região das Américas, resultando na criação da Rede Regional de Educação Interprofissional, coordenada conjuntamente pela Argentina, Brasil e Chile (OPAS, 2017a).

A transformação da educação na área da saúde defendida por essas organizações, OPAS e OMS, também está pautada na inclusão de princípios como missão social, perspectiva da saúde pública e abordagem dos determinantes sociais como cerne para a formação dos profissionais de saúde (OPAS, 2017a).

Tendo como princípios a universalidade do acesso, a integralidade, a participação social e o trabalho baseado em equipe, o SUS apresenta uma base constitucional favorável à implementação da educação e da prática interprofissional. Pode-se dizer que há uma correspondência entre as bases metodológicas da EIP com os princípios do SUS, dada a relação intrínseca entre educação e atenção à saúde. Desta forma, nosso sistema de saúde favorece, por si só, a interprofissionalidade (BARR, 2015; PEDUZZI, 2016).

De acordo com Furtado (2007), o arranjo institucional das equipes de referência no sistema de saúde brasileiro poderia potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. O autor destaca que, para o efetivo trabalho em equipe, além do comprometimento e orientação dos profissionais, é fundamental a instauração de espaços e mecanismos institucionais que

garantam e desenvolvam práticas fundadas na cooperação e que realizem ações pautadas na atenção integral (FURTADO, 2007).

Iniciativas de EIP no cenário de prática brasileiro vem sendo realizadas em diversos formatos, porém, ainda de forma incipiente (COSTA, 2016). Experiências de educação com conformação multiprofissional, como as Vivências e Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) e as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), reorientam pensamentos e práticas e alteram a percepção das várias profissões e dos modos de cada um aprender. Amplia-se, assim, a compreensão sobre necessidades de saúde, acolhimento de usuários, responsabilidade política das práticas profissionais e potências do trabalho conjunto. Não obstante, há muito o que avançar na prática educativa interprofissional nos cenários de formação (CECCIM, 2017; ELY; TOASSI, 2016).

As residências em saúde, uma das modalidades de pós-graduação existentes no Brasil, caracterizam-se pela integração ensino-serviço-comunidade. Com a articulação dos Ministérios da Educação e Saúde, programas de pós-graduação foram formalmente criados a fim de contemplar diferentes categorias profissionais da área da saúde em um único processo formativo, possibilitando o desenvolvimento de competências na lógica da interprofissionalidade (FREIRE FILHO et al, 2018a).

Em 2012 foi definida a diferença entre a Residência em Área Profissional da Saúde e as RMS. A primeira é constituída somente por uma profissão da saúde, não médica. Seus projetos pedagógicos são orientados pelo desenvolvimento do núcleo específico dos saberes e práticas inerentes a cada profissão, em determinado campo de conhecimento. Já as RMS são constituídas por, no mínimo, três profissões de saúde, orientadas pelo desenvolvimento de práticas multiprofissionais e interdisciplinares, integradas aos núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões, em determinado campo de conhecimento (BRASIL, 2012a).

As RMS foram incorporadas às políticas públicas de saúde do País como um modelo de formação profissional voltado para o SUS e com base na Educação Permanente em Saúde (EPS), na perspectiva de transformar e qualificar o processo de trabalho, expandir o escopo de atendimento à população em áreas prioritárias e aumentar a resolutividade e eficácia do

cuidado prestado. Os programas de RMS consideram o SUS como o eixo norteador e condutor para a formação (ELY; TOASSI, 2016; FREIRE FILHO et al, 2018a). Assim, poderiam constituir-se como ambientes de educação em serviço voltados para o fortalecimento da EIP e das práticas colaborativas. E é sobre este aspecto que esta pesquisa se debruça.

Considerando que, no contexto brasileiro, o modelo de formação e o processo de trabalho em saúde ainda são fortemente baseados na lógica da fragmentação e da uniprofissionalidade, esta tese buscou fornecer evidências que contribuam para o debate e implementação da EIP no País, assumindo-a como aposta político-pedagógica capaz de preparar a força de trabalho para atender às dinâmicas e complexas necessidades de saúde. Isto porque as profissões passam por constantes mudanças à medida que o perfil populacional e as necessidades de saúde se modificam, fazendo com que o processo formativo e a organização dos serviços e do cuidado em saúde também sofram atualizações (PEDUZZI, 2016).

A partir da identificação das necessidades de saúde para um enfoque mais resolutivo e eficiente (menor desperdício de tempo, esforço e recursos), passa a ser considerada necessária a intervenção de diferentes especialidades médicas e de outros profissionais de saúde nos diferentes níveis de atenção. De tal modo, uma formação em saúde com característica interprofissional assegura um cuidado e tratamento mais efetivos e seguros (REEVES, 2016a).

Segundo Ceccim (2017, p. 53):

[...] Ao trabalharmos juntos, nossas práticas intervêm nas práticas uns dos outros, criando os modos pelos quais as compartilhamos. A qualidade de nossos compartilhamentos interferirá nas configurações contemporâneas do trabalho e, assim, em nossas compreensões, relacionamentos e disposição de nossos saberes-fazer.

Tendo em vista o contexto apresentado, as questões que nortearam este estudo foram: As RMS se configuram como um cenário favorável para a promoção da EIP? Há diferenças de atitudes em relação à colaboração interprofissional de residentes e de preceptores dos programas? O conjunto de ações formativas desenvolvidas nas RMS se alinham aos marcos teóricos e metodológicos da EIP para promoção de mudanças nas práticas profissionais em direção ao desenvolvimento da colaboração interprofissional em saúde?



Pretendendo-se responder aos questionamentos apresentados, delineou-se como objetivo geral:

- Analisar o contexto educacional de programas de RMS na perspectiva da EIP e das práticas colaborativas em saúde.

E, como objetivos específicos:

- Identificar evidências publicadas sobre experiências de EIP no âmbito das RMS brasileiras a partir de levantamento bibliográfico;
- Analisar os projetos político-pedagógicos de programas de residência multiprofissional de universidades públicas na perspectiva da EIP;
- Comparar as atitudes relacionadas à colaboração interprofissional de residentes de primeiro e segundo ano e de preceptores inseridos no contexto dos diferentes programas de RMS;
- Identificar se as ações formativas dos programas de RMS se apoiam em pressupostos teóricos e metodológicos da EIP, na perspectiva dos residentes, preceptores e coordenadores do programa.

A contextualização e o desenvolvimento desta pesquisa estão estruturados através de capítulos. O capítulo 1 discorre sobre o referencial teórico da EIP e das práticas colaborativas em saúde, no cenário nacional e internacional, e sua importância no contexto de políticas de formação em saúde.

No capítulo 2, discute-se sobre os programas de RMS no País, seus objetivos e particularidades como ensino de pós-graduação em saúde voltado para o SUS. No capítulo 3 é apresentada a metodologia utilizada para a realização do estudo, descrevendo-se as etapas necessárias à elaboração da pesquisa e ao alcance dos objetivos estabelecidos.

O capítulo 4 contempla os resultados atingidos e sua discussão; e, na última seção, se conclui o trabalho, realizando a conjugação dos dados e a correlação entre os objetivos e os resultados alcançados nas diferentes etapas, apontando enfrentamentos e limitações desta pesquisa e sugerindo questões para novas investigações.



## **1 EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL COMO FERRAMENTA PARA A REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE**

Desde a década de 1960, a OPAS indica a necessidade de transformações nos modelos de formação na área da saúde a fim de superar os déficits globais e a desigualdade de distribuição dos profissionais (PORTELA, 2017). O Brasil e a OPAS, no final de 1973, iniciaram um processo de cooperação internacional com foco na formação da força de trabalho em saúde (FTS) em larga escala a fim de produzir impactos nos serviços de saúde. Este processo culminou na elaboração do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS) (PAIVA, 2008).

Como repercussão do PPREPS houve o surgimento de experiências inovadoras reconhecendo a área de formação da FTS como um campo de produção intelectual, de práticas e políticas públicas. Seus desdobramentos se inseriram no movimento da reforma sanitária brasileira e previam a maior integração entre os sistemas de formação e serviços de saúde e o ajuste às realidades socioeconômicas com vistas à integralidade e ao aumento de cobertura (PAIVA, 2008).

Desde então, algumas iniciativas e políticas foram implementadas e contribuíram para mudanças na formação na área da saúde. Dentre elas podemos citar o Programa UNI (Programa – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União a Comunidade) e o Programa de Integração Docente-Assistencial (IDA) que fortaleceram a integração entre universidades, comunidade e serviços, além de estimular o ensino interdisciplinar e a abordagem crítico-reflexiva a partir de problematizações da realidade. O Programa UNI levantou o debate em torno de modelos pedagógicos e trouxe mudanças curriculares que se aproximam dos conceitos da EIP (PEDUZZI, 2013; OPAS, 2017a).

Outro avanço na busca pela articulação e educação de profissionais já formados, no âmbito do SUS, foi a instituição, em 2004, da PNEPS. Considerada um marco na política de educação em saúde, a PNEPS constitui uma estratégia para a formação e capacitação da FTS e se destaca pela interação entre instituições de ensino, usuários, trabalhadores e gestores dos serviços de saúde e pela utilização de metodologias e técnicas de ensino-

aprendizagem inovadoras para atender às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2004a; PEDUZZI, 2013).

A EPS é considerada uma ferramenta potente para a inserção da interprofissionalidade na realidade dos serviços, na medida em que promove práticas de formação e qualificação no e pelo trabalho (BRASIL, 2004b; 2017). A maior parte da aprendizagem interprofissional está baseada no trabalho, quando duas ou mais profissões atuam em conjunto comparando perspectivas, compartilhando conhecimentos, aprendendo sobre o papel umas das outras e explorando meios de colaborar estreitamente. A EIP baseada em trabalho é construída no desenvolvimento profissional contínuo, dando ênfase em aprender e trabalhar junto para oferecer respostas às demandas de prática, organização, prestação de serviços e progressão de carreira (BARR, 2013).

O Projeto VER-SUS, iniciado em 2004 e retomado em 2011, também pode ser citado como uma destas iniciativas ao propor vivências multiprofissionais de estudantes nos serviços de saúde, levando-os a reflexões sobre o seu papel como agentes transformadores da realidade e contribuindo para o desenvolvimento da prática multiprofissional e interdisciplinar. Ainda, apoia o debate sobre o projeto político-pedagógico da graduação em saúde, fortalece a interação ensino-serviço-gestão-participação e controle social e o compromisso do SUS com o ensino da saúde (BURILLE, 2013).

Ainda neste sentido, o Pró-Saúde, lançado em 2005 e inspirado pelos resultados do Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), trouxe avanços na integração ensino-serviço. Este programa estimulou: reformas curriculares dos cursos de medicina, odontologia e enfermagem; novas metodologias de ensino; mecanismos de cooperação entre instituições de ensino superior (IES) e gestores, visando à abordagem integral, à melhoria de qualidade e resolubilidade da assistência em saúde (BRASIL, 2007a).

Neste contexto, outras duas iniciativas podem ser destacadas: os programas de RMS e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), instituídos em 2005 e 2008, respectivamente. Os dois programas têm como objetivos a articulação ensino-serviço, indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, a formação de profissionais com perfil adequado para o enfrentamento das diferentes necessidades de saúde da população,

com a diferença que o segundo é direcionado à estudantes de graduação e o primeiro constitui-se em uma modalidade de pós-graduação. Os programas de RMS, objeto deste estudo, serão mais bem detalhados no capítulo seguinte (BRASIL, 2005a; 2008a).

A discussão sobre a EIP não é tão recente, mas no País ganhou maior impulso a partir de 2017, com o Plano de Ação da Educação Interprofissional no Brasil, que partiu do levantamento das principais estratégias em curso com potencial para aplicação dos pressupostos teóricos e metodológicos da EIP (FREIRE FILHO; SILVA, 2017; BRASIL, 2017).

Levando em conta o arcabouço organizacional do SUS e as políticas de saúde e de educação vigentes, o plano foi estruturado a partir das seguintes ações: fortalecimento da EIP no contexto das graduações em saúde; incorporação da discussão nas pós-graduações e residências em saúde; EIP nos processos formativos da EPS; desenvolvimento docente para a EIP; mapeamento das iniciativas de EIP no Brasil; experiências de EIP no trabalho em saúde; apoio às publicações das experiências nacionais de EIP; e apoio à eventos sobre educação e trabalho interprofissional em saúde (BRASIL, 2018a, p.9-10).

a. Assim, a necessidade da EIP vem sendo reconhecida dada a natureza complexa e multifacetada da área da saúde que requer a coordenação eficaz dos serviços (REEVES, 2016a).

Além disso, a importância da EIP como proposta de formação se apoia em pesquisas que demonstram a colaboração como fator essencial para a oferta de serviços eficazes e integrais (REEVES, 2016a). A problematização provocada pela prática interprofissional reduz a fragmentação do cuidado que, por sua vez, pode aumentar a resolubilidade do cuidado. De acordo com Peduzzi (2013, p. 978), ao se integrar e articular as ações de saúde pode-se:

[...] evitar omissões ou duplicações de cuidados, evitar esperas e adiamentos desnecessários, ampliar e melhorar a comunicação entre os profissionais, bem como o reconhecimento das contribuições específicas de cada área e de suas fronteiras sobrepostas, com a flexibilização dos papéis profissionais.

A EIP tem como horizonte a materialização de práticas colaborativas no âmbito das dinâmicas do trabalho em saúde (BARR, 2015). Visa oferecer à

estudantes e profissionais oportunidades de aprendizado em conjunto para que estes desenvolvam aptidões para o trabalho coletivo (REEVES, 2016b).

Segundo relatório da OPAS (2017a, p.10), a EIP:

[...] melhora a capacidade de os profissionais trabalharem mais eficazmente juntos como parceiros equitativos, com uma visão compartilhada, respeito mútuo e um sólido compromisso com a assistência de saúde acessível, de baixo custo e de alta qualidade.

Em sua proposta, o sistema educacional e o sistema de saúde possuem uma relação interdependente, na qual educação e atenção à saúde se influenciam mutuamente. Sendo assim, o SUS, por seu modelo construído em espaços de educação profissional e assistência pautados pelos princípios de integralidade, equidade, universalidade e participação, pode ser considerado interprofissional (PEDUZZI, 2016).

O alinhamento dos princípios do SUS com a EIP traz uma perspectiva favorável, e apesar de algumas instituições de ensino possuírem um histórico de inovações no processo educacional dos profissionais de saúde, estas ainda não são suficientemente próximas das ações e estratégias da EIP. Assim, a EIP é um tema ainda a ser mais bem explorado pelo País (BARR, 2015).

Neste sentido, em 2018, o MS publicou um documento visando potencializar o debate sobre a formalização da incorporação do tema na agenda da SGTES e nos processos de EPS. Segundo este documento, a correspondência entre as bases conceituais da EIP com os elementos constituintes do SUS é evidente, favorecendo a sua implementação nas políticas de saúde. Reforça ainda cinco linhas de ação do Plano de Ação da EIP no Brasil: fortalecimento da EIP como dispositivo para a reorientação dos cursos de graduação em saúde, levantamento das iniciativas de EIP no Brasil, desenvolvimento docente para a EIP, educação interprofissional nos espaços de educação permanente em saúde, e fortalecimento dos espaços de divulgação e produção do conhecimento em EIP (BRASIL, 2018a).

O ajuste entre educação e as necessidades da população, com o aperfeiçoamento dos ambientes de aprendizado nos ambientes clínicos, e o alcance de um novo sentido de profissionalismo, de continuidade de relações significativas e de colaboração profissional são estratégias para que se

alcancem os objetivos da EIP. Além disso, são necessários alguns requisitos para que esta abordagem educacional de fato aconteça (OPAS, 2017a):

- a) Cultura e liderança: liderança capaz de promover colaboração e abordar incertezas;
- b) Modalidades e domínios do aprendizado: instrução formal, aprendizagem no local de trabalho e a prática reflexiva são os domínios necessários para agregar complexidade e criar maneiras de pensar o trabalho. O ambiente a ser construído é o local de trabalho, no qual pessoas de diferentes áreas de formação devem aprender umas com as outras e trabalhar juntas, guiadas pelo problema e não por hierarquias.
- c) Alinhamento do sistema: necessidade de comprometimento proposital e integral entre a educação e os sistemas de prestação de serviços de saúde para avaliar o impacto das intervenções de EIP;
- d) Modelos conceituais: devem ser integrais e baseados em evidências sistematizadas que conectem à EIP tanto ao aprendizado quanto aos resultados de saúde;
- e) Relação custo-benefício: são necessárias mais pesquisas e evidências que incorporem em seus resultados comportamentos e benefícios à população e sistemas, mas os dados existentes já sustentam resultados positivos de aprendizagem e enfatizam os resultados a curto prazo.

Quanto às características institucionais necessárias para o êxito da EIP, a OPAS (2017a) sinaliza o compromisso claro por parte da liderança; a existência de um órgão centralizador que organize e coordene, ou uma sede administrativa para a EIP; apoio para o desenvolvimento do corpo docente; reconhecimento da carga de trabalho associada à EIP; e flexibilidade organizacional. Este mesmo relatório identifica algumas estratégias para superar as barreiras comumente encontrada, entre as quais:

- Alinhar os currículos às competências da EIP;
- Usar tecnologias, particularmente para as profissões que não atuam no mesmo local;
- Integrar a EIP no currículo existente em vez de elaborar novos currículos;

- Apoiar as iniciativas colaborativas interprofissionais lideradas por estudantes e outros.

Para assegurar sua sustentabilidade e o alcance de resultados em curto, médio e longo prazo, a EIP necessita de bases sólidas que implica mudanças culturais, institucionais e políticas. Nesse sentido, a implantação exitosa da EIP está atrelada a um conjunto de iniciativas articuladas e relacionadas a três dimensões que influenciam a sua adoção: micro, meso e macro (COSTA, 2017; OANDASAN; REEVES, 2005).

A dimensão micro corresponde às relações interpessoais, interações entre profissionais e contextos de aprendizados; a meso diz respeito à fatores organizacionais e institucionais, incluindo propostas pedagógicas, organizações curriculares, metodologias de ensino e aprendizagem e recursos financeiros; e a macro se relaciona com fatores sistêmicos, como políticas de saúde e educação, valores culturais e sociais (D'AMOUR; OANDASAN, 2005; OANDASAN; REEVES, 2005).

A operacionalização do trabalho interprofissional ainda permanece como um desafio e a imprecisão conceitual também é um fator que contribui para tal (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Segundo documento do CAIPE, o trabalho em equipe interprofissional “envolve membros de duas ou mais profissões com competências complementares em práticas colaborativas visando objetivos comuns” (BARR, 2013, p. 7).

Cabe destacar a diferença entre interprofissionalidade e interdisciplinaridade. A primeira se refere à esfera da prática profissional, onde se desenvolvem o trabalho em equipe e a articulação intencional e colaborativa entre diferentes profissões, buscando ações mais resolutivas e integrais. A segunda se refere à esfera das disciplinas, ciências ou áreas de conhecimento, podendo ser uma ferramenta de formação de uma única categoria profissional para ampliar o conhecimento de um dado fenômeno. A ausência de descrição precisa dos termos ainda é encontrada em estudos sobre o tema e acarreta fragilidades no alcance dos objetivos da EIP, já que um dos requisitos para sua implantação exitosa é a definição clara e consistente de sua terminologia nas produções científicas (FURTADO, 2007; PEDUZZI, 2013; OPAS, 2017a, COSTA, 2015).



Além disso, a diferenciação de interprofissionalidade e multiprofissionalidade também se faz necessária para a compreensão da lógica que sustenta a aprendizagem efetivamente compartilhada e colaborativa. O prefixo 'inter' remete à um maior nível de interação colaborativa entre diferentes categorias profissionais; enquanto 'multi' denota relações independentes entre diferentes áreas profissionais sem o compromisso explícito de desenvolver competências colaborativas para o alcance de resultados em saúde mais efetivos. No entanto, a multiprofissionalidade pode se configurar como um caminho para o alcance e adoção da interprofissionalidade (OANDASAN; REEVES, 2005; COSTA et al, 2015).

A interprofissionalidade surge como resposta às práticas fragmentadas de saúde, nas quais cada profissional carrega diferentes concepções e visões sobre o processo de cuidado. Desta maneira, tem como objetivo desenvolver práticas integradas entre os profissionais de saúde e entregar resultados coesos através de interações contínuas e compartilhamento de conhecimentos (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

A construção de uma equipe interprofissional é um processo dinâmico, no qual os profissionais, ao conhecerem os papéis de cada profissão, trabalham em conjunto definindo objetivos em comum e traçando planos terapêuticos compartilhados para atender determinada demanda (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Isso, pois, a interprofissionalidade beneficia a troca de informações e conhecimentos, a cooperação e corresponsabilização e propicia o senso de pertencimento a uma equipe (CECCIM, 2018).

Dessa forma, a admissão programática da interprofissionalidade pode interferir nos processos de trabalho, trazendo problematização das relações de poder e transformação de conflitos em estratégias didático-pedagógicas de debate de ideias e negociação (CECCIM, 2018). Segundo Batista e Gonçalves (2011, p. 884):

O ideal de profissional que queremos para o nosso Sistema de Saúde pode ser atingido se reconhecermos as necessidades e o poder criativo de cada um, ouvir o que cada um tem para dizer e refletir sobre a prática profissional inicialmente cheia de valores e de significados, os quais, muitas vezes, se perdem pelo caminho.

É sugerido que a EIP faça parte do desenvolvimento contínuo dos profissionais a fim de preparar, reforçar e apoiar as práticas colaborativas.

Pesquisas indicam que estudantes que iniciam a graduação em saúde já possuem diversos estereótipos estabelecidos em relação a outros profissionais e que a EIP possui o potencial de reduzir os efeitos negativos destes nas relações de trabalho (BAAR et al., 2005; REEVES, 2016b).

A formação separada, especializada e focada na divisão do trabalho para posteriormente trabalhar em equipe ainda é o modelo majoritário na área da saúde (PEDUZZI; AGRELI, 2018), que também repercute na visão dos usuários sobre os serviços. Estudos apontam que a busca de usuários por assistência está fortemente ligada à figura do médico e centrada no modelo biomédico de ações curativas, medicalização e atenção hospitalar de alta densidade tecnológica. Porém, no contexto atual, este modelo de atenção é considerado limitado tendo em vista os aspectos multidimensionais do processo saúde-doença (GOMIDE et al, 2018; MISHIMA et al, 2010).

A EIP traz a intencionalidade em desenvolver a colaboração e, a partir desta, horizontalizar as relações e diluir a histórica hierarquia entre os profissionais e entre esses e os usuários. Desta forma, a centralidade do processo fica concentrada nas necessidades de saúde dos usuários (COSTA, 2017; OMS, 2009; REEVES, 2010).

A colaboração, por sua vez, pode ser mais bem compreendida a partir de quatro pilares: compartilhamento, parceria, interdependência e poder. O compartilhamento diz respeito ao estabelecimento de objetivos, metas e bases teóricas ou conceituais em comum, orientados para a oferta de cuidados integrais e resolutivos. A parceria se refere à atuação pautada pela comunicação efetiva, confiança, respeito mútuo e reconhecimento da importância dos demais profissionais. Estes aspectos podem ser alcançados pela valorização e conhecimento sobre o papel do outro (D'AMOUR et al, 2005; COSTA, 2017).

A partir do reconhecimento das limitações que cada área profissional apresenta surge o pilar da interdependência. Neste, a complementaridade dos profissionais nas ações em saúde fica evidente e assume-se a necessidade do outro e a existência de um objetivo comum a todas as profissões. Tais pilares apenas são possíveis caso haja um equilíbrio nas relações de poder, gerando empoderamento e autonomia para cada membro da equipe na tomada de decisões e na comunicação (D'AMOUR et al, 2005; COSTA, 2017).

Portanto, o entendimento destes pilares elucida os princípios apresentados pela EIP: aprender com o outro para compartilhar e estabelecer parcerias; aprender sobre o outro para reconhecer a interdependência e complementaridade das ações; e aprender a partir do outro para valorizar os diferentes papéis e nivelar poderes, garantindo relações interprofissionais capazes de melhorar a qualidade da atenção à saúde (BAINBRIDGE; WOOD, 2012; 2013; COSTA, 2017).

## 2 RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE E EIP

O surgimento dos primeiros programas de RMS se deu na década de 1970 a partir da experiência pioneira de São José do Murialdo, a primeira Residência em Medicina Comunitária do Brasil a se tornar multiprofissional ao incluir outros profissionais de saúde em seu programa. Este foi considerado inovador ao agregar diferentes áreas da saúde visando ao trabalho em equipe interdisciplinar. Possuía o propósito de formar profissionais críticos e humanistas com capacidade resolutiva e visão integral, a fim de prestar cuidado à comunidade na rede de atenção básica para além da abordagem biomédica (DA ROS, 2006; FERREIRA, 2010; ROSA, 2010).

Porém, diferentemente das residências médicas que foram regulamentadas em 1977, as RMS foram instituídas formalmente apenas em 2005 pela Lei nº 11.129, lapso temporal que pode ser atribuído ao contexto histórico de crescimento do complexo médico-industrial, do predomínio da concepção de saúde como ausência de doença e baseada no modelo biológico, e da consolidação da formação profissional especializada (BRASIL, 2005b; 2006).

Com o Movimento da Reforma Sanitária brasileira e a implantação do Programa Saúde da Família, nas décadas de 1980 e 1990, respectivamente, o modelo de atenção à saúde foi reorientado. A prática profissional passou a ser pautada por valores como a integralidade e promoção da saúde, preservando-se as especificidades de cada área e reconhecendo-se as áreas comuns de atuação profissional. Neste contexto, as residências traziam à tona a questão da reforma das práticas e organização dos serviços de saúde e a valorização da formação de profissionais comprometidos e identificados com os princípios e diretrizes do SUS (CECCIM, 2010; PEDUZZI, 2013; SARMENTO, 2016).

Com a criação da SGTES, em 2003, e a articulação entre Ministérios da Educação e Saúde, tornou-se possível a criação formal de programas de pós-graduação com a proposta de integrar, em um único processo formativo, diferentes categorias profissionais da área da saúde. Este é o caso das RMS, que através de atividades pedagógicas realizadas nos serviços de saúde, promovem a integração ensino-serviço e possibilitam o aprendizado

compartilhado num modelo de formação coerente com a interprofissionalidade (FREIRE FILHO; SILVA, 2017).

No mesmo ano de sua regulamentação formal através da Lei 11.129/2005, foram publicadas as Portarias Interministeriais nº 2.117 e nº 2.118 (BRASIL, 2005a; 2005b; 2005c), que instituíram a cooperação técnica entre MS e MEC na formação e desenvolvimento da FTS e definiram as RMS como programas de responsabilidade interministerial (SARMENTO, 2016).

Em 2007 é instituída a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde (CNRMS) pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 45/2007 (BRASIL, 2007b), que elenca suas principais atribuições com o intuito de definir e aplicar marcos pedagógicos, políticos e conceituais para caracterizar e avaliar este modelo formativo (ARAÚJO et al., 2017a). Em 2009, essa portaria foi revogada pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077/2009, que modificou a composição da CNRMS e instituiu o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (PRÓ-RESIDÊNCIA) (BRASIL, 2009b).

De acordo com esta última, a RMS pode ser definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de dois anos. As profissões contempladas são: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2009b).

A partir de então, as vagas para as RMS começaram a ser oferecidas por meio de editais e financiamento direto de bolsa aos residentes. O MS oferece bolsa para residentes de instituições de saúde e de educação, públicas do Distrito Federal, estaduais e municipais, bem como de instituições privadas sem fins lucrativos. O MEC financia os programas oferecidos por IES federais, enquanto estados, Distrito Federal, municípios e demais instituições proponentes, públicas ou privadas, financiam bolsas por iniciativa própria, caso não sejam contempladas ou não se habilitem aos critérios dos editais (ARAÚJO et al, 2017a).

Cabe mencionar que, no ano de 2010, foi instituído um sistema informatizado para cadastramento dos programas de RMS, o Sistema de Informações Gerenciais do Pró-Residência, que tornou acessível o conhecimento sobre os programas através de editais publicados. Porém, atualmente, esta plataforma não se encontra disponível para acesso público (apenas mediante cadastro institucional), de modo que não foi possível encontrar dados sistematizados mais atuais.

Considerando os últimos dados coletados por meio desse sistema, observou-se que entre os anos de 2010 e 2015 foram aprovados no país 320 programas de RMS financiados pelo MS (SARMENTO, 2016). Dados mais atuais foram disponibilizados no Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, o qual informa que, em dezembro de 2020, havia mais de 2.000 residentes em área profissional da saúde ativos em programas financiados pelo MS, totalizando mais de 5.500 bolsas concedidas (BRASIL, 2021).

Em 2012 foi publicada a Resolução CNRMS nº 2, que dispõe sobre as Diretrizes Gerais para os programas de RMS em âmbito nacional. Segundo essa resolução, as RMS são:

programas de integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvidos por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, visando favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente recém-formados, particularmente em áreas prioritárias para o SUS. (BRASIL, 2012a)

Além de ratificar que as RMS devem ser orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS de acordo com as necessidades e realidades locais regionais identificadas, essa resolução reafirma os eixos norteadores apresentados na Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077/2009, que inclui (BRASIL, 2009b; 2012):

- cenários de educação em serviço representativos da realidade socioepidemiológica 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;

- 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 educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na 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.

Define, ainda, que as instituições proponentes deverão ser responsáveis pela elaboração dos Projetos Político-Pedagógicos (PPP) e que estes devem ser organizados por (BRASIL, 2012a):

- um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar;
- um ou mais eixos integradores para a(s) área(s) de concentração constituinte(s) do Programa;
- eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional.

Ao analisar os marcos conceituais e as diretrizes gerais das RMS, pode-se observar similaridades e congruências com os princípios e elementos da EIP. Entre elas: a formação integral e interdisciplinar, crítica e reflexiva, voltada às necessidades de saúde da população com centralidade no usuário e com

foco no trabalho em equipe; a integração ensino-serviço-comunidade; a construção de competências compartilhadas; a inserção de processos avaliativos contemplando todos os atores envolvidos; e a organização dos PPP considerando núcleos de saberes em comum e específicos de cada profissão.

A importância da integração de disciplinas no âmbito dos cursos de saúde vem sendo reconhecida como forma de preparar profissionais mais comprometidos ao atendimento das demandas de saúde populacional. No entanto, a integração de disciplinas em um mesmo campo profissional, apesar de representar avanços à tendência de fragmentação, não aborda necessariamente a articulação das ações e saberes para a prática colaborativa (PEDUZZI, 2013).

A aquisição de competências colaborativas deve ser pensada a partir de um arcabouço teórico e de estratégias metodológicas específicas e se constituir como o aspecto central das iniciativas de formação. Neste sentido, cabe salientar que não basta apenas reunir diferentes profissionais em um mesmo espaço ou atividade (COSTA, 2017).

O aprendizado na perspectiva interprofissional precisa ser interativo com a intencionalidade de desenvolver a colaboração. Furtado (2007) argumenta que “a colaboração interprofissional é, essencialmente, co-laboração, ou seja, é trabalho com e entre muitos, portanto ação em equipe – o que não é algo simples” (FURTADO, 2007 p. 248).

Para Ceccim (2018, p. 1747-1748)

A interprofissionalidade emerge em territórios multiprofissionais (sem a multiprofissionalidade não haverá o ponto entre ou inter profissões), assim como das interseções interdisciplinares (a aceitação ativa da pluralidade e da multiplicidade dos saberes), então a chamada clássica da educação permanente em saúde, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, é uma chamada pela interprofissionalidade: comunidade de aprendizagem.

Assim, a multiprofissionalidade pode ser considerada como uma ponte para a interprofissionalidade, na medida em que duas ou mais profissões, ao interagir e compartilhar saberes, passam a articular ações e projetos assistenciais comuns com vistas à colaboração e à melhora do cuidado ao usuário. A atuação integrada em equipe multiprofissional, a formação de profissionais engajados em conciliar suas funções como equipes coesas e a



colaboração sinérgica para alcançar resultados de equipe na atenção à saúde são dimensões inequívocas da interprofissionalidade (CECCIM, 2018).

### 3 MÉTODOS

#### 3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de casos múltiplos, multimétodo, exploratório e descritivo, desenvolvido no município do Rio de Janeiro.

O estudo de caso consiste em uma investigação empírica de um fenômeno atual dentro de seu contexto da vida real, que abrange desde o planejamento do projeto de pesquisa à coleta e análise de dados. Pode ser classificado como caso único, quando o foco recai sobre uma única unidade de análise, ou de casos múltiplos, quando um mesmo estudo contém mais de uma unidade de análise, tal como nesta pesquisa. Mais, pode ser exploratório, descritivo ou explanatório; combinar abordagens qualitativas e quantitativas; e utilizar diversas técnicas para a coleta e análise de dados (YIN, 2015).

Em se tratando desta pesquisa, é exploratória porque almejou proporcionar maior familiaridade com o tema do estudo, que ainda é pouco explorado; e é descritiva porque se propôs a descrever as características do fenômeno em análise (GIL, 2010). É, ainda, multimétodo, pois, orientando-se pelo objetivo geral e visando ampliar a compreensão das questões levantadas por esta pesquisa, empregou diferentes técnicas qualitativas e quantitativas (ANGUERA et al., 2018), quais sejam: pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e pesquisa de campo (*survey* e entrevistas).

A pesquisa bibliográfica se fundamenta em fontes secundárias, produtos de diferentes autores sobre um determinado tema de interesse. Se utiliza, portanto, de informações que foram previamente trabalhadas por outros estudiosos e, por isso, consideradas de domínio científico. O estudo documental vale-se da utilização de materiais que ainda não receberam tratamento analítico e que proporcionam melhor visão do problema estudado ou, então, hipóteses que conduzem a sua verificação por outros meios (GIL, 2010).

A pesquisa de campo, por sua vez, permite o aprofundamento das questões propostas, focalizando em uma determinada comunidade, que, no caso do presente estudo, consiste em uma comunidade de trabalho. Assim, a pesquisa é desenvolvida por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e/ou de entrevistas com atores-chaves a fim de apreender suas

explicações e interpretações do que ocorre no contexto em que estão inseridos (GIL, 2010).

### **3.2 Unidades de análise**

As unidades de análise foram os programas de RMS. No caso da pesquisa bibliográfica, foram considerados todos os programas nacionais descritos na literatura que empregam estratégias de EIP.

Para o estudo documental e pesquisa de campo, assumiu-se como unidades os diferentes programas de RMS de universidades públicas do município do Rio de Janeiro, alocados nos hospitais gerais universitários, dos quais participam três ou mais profissões de saúde, e que tenham formado pelo menos uma turma de residentes. A escolha pelos hospitais universitários do município do Rio de Janeiro se justifica pelo fato da autora ser egressa de um programa de RMS alocado neste município e com este perfil, agregando sua experiência como residente ao propósito deste estudo. Ademais, o município é o território de localização da UERJ e de atuação profissional da autora.

As coordenações de todos os quatro programas considerados elegíveis foram convidadas, por *e-mail* e contato telefônico, a integrar a pesquisa. Três coordenações aceitaram, com anuência das instituições de ensino que ofertam os programas, a saber: Programa de Residência Multiprofissional e Integrada em Saúde Mental da UERJ; Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro (HUCFF/UFRJ); e Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso do Núcleo de Atenção ao Idoso do Hospital Universitário Pedro Ernesto (NAI/HUPE) da UERJ.

### **3.3 Coleta de dados e instrumentos**

A coleta dos dados se deu no período entre março e novembro de 2020, em três etapas distintas, descritas na sequência.

#### **3.3.1 Pesquisa bibliográfica**

A pesquisa bibliográfica foi empregada neste estudo com o propósito de identificar experiências de EIP adotadas no Brasil no âmbito das RMS, cujos

achados pudessem apoiar o desenvolvimento e complementar os resultados deste estudo de caso. Para tanto, adotou-se como método de pesquisa a revisão integrativa da literatura (RIL), que produz uma análise ampla da literatura dando suporte para a tomada de decisão, melhoria da prática clínica e apontamentos de lacunas no conhecimento científico sobre o tema. Consiste em um método de revisão amplo, podendo incluir múltiplos estudos com diferentes delineamentos de pesquisas, proporcionando uma compreensão mais completa e profunda do tema de interesse (MENDES *et al.*, 2008).

A RIL foi realizada conforme os passos delineados por Mendes *et al.* (2008), a saber: i) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa para a elaboração da RIL; ii) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos e busca na literatura; iii) definição das informações a serem extraídas e categorização dos estudos; iv) avaliação dos estudos; v) interpretação dos resultados; vi) síntese do conhecimento.

Esta revisão objetivou responder à seguinte questão “Quais foram as experiências de EIP adotadas no Brasil nos últimos dez anos no âmbito das RMS?”. As buscas foram realizadas entre outubro e novembro de 2020, nas bases de dados contidas na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS); Scopus, Medline e Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD); e, de modo complementar, no Google Acadêmico.

Considerando a questão de pesquisa, elegeram-se descritores, em português e inglês, correspondentes aos tesouros adotados pela BVS e Medline (*Internato não médico/Internship, nonmedical; Educação de pós-graduação/Education, graduate; Relações interprofissionais/Interprofessional relations; Práticas interdisciplinares/Interdisciplinary Placement; Práticas colaborativas/Collaborative practices*), bem como termos não indexados relacionados ao tema (*Residência multiprofissional/Multiprofessional residence; Residências em saúde/Residence in health; Educação interprofissional/Interprofessional education; Interprofissionalidade/Interprofessionality*). A combinação dos termos foi realizada por meio dos operadores booleanos AND e OR.

A estratégia de busca padrão adotada foi: (relações interprofissionais OR educação interprofissional OR interprofissionalidade OR práticas interdisciplinares OR práticas colaborativas) AND (Internato não médico OR

educação de pós-graduação OR residência multiprofissional OR residências em saúde). No Google Acadêmico foi realizada uma busca menos robusta, delimitada pela ocorrência simultânea dos termos residência e interprofissional, no título dos registros.

Foram considerados os estudos disponíveis gratuitamente na íntegra datados a partir de 2010, ano em que a OMS lançou o *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*, cuja finalidade foi sensibilizar os formuladores de políticas de saúde e educação para a importância da colaboração entre os profissionais; publicados em português, inglês ou espanhol; e que versassem sobre a EIP no âmbito das RMS no Brasil. A seleção das publicações foi realizada conforme as seguintes etapas:

- **Triagem:** foram excluídos os registros duplicados e os publicados antes de 2010;
- **Elegibilidade:** etapa em que os títulos e resumos foram lidos por duas revisoras independentes<sup>1</sup>, aplicando-se os critérios previamente definidos;
- **Consenso:** quando as publicações remanescentes foram recuperadas e submetidas à leitura integral pelas duas revisoras que, juntas, determinaram a inclusão ou exclusão do material selecionado.

A leitura dos artigos foi orientada por um roteiro de análise estruturado em dois blocos, composto por variáveis de interesse: (i) características de indexação das publicações: autoria, ano, idioma, título, fonte e modalidade de publicação; (ii) características de condução da pesquisa: objetivos, método (desenho, abordagem, local e cenário do estudo e amostragem) e principais resultados relacionados ao objetivo desta RIL.

Os resultados emergidos foram tratados descritivamente quanto ao seu conteúdo e por meio de análise estatística quando possível. A síntese do conhecimento foi apresentada de forma narrativa no capítulo de Resultados.

---

<sup>1</sup> Revisora 1: Lidiane Sarmiento, autora desta tese; revisora 2: Carinne Magnago, coorientadora desta tese.

### **3.3.2 Pesquisa documental**

Foram objetos da análise documental os PPP dos três programas de residência que aceitaram participar do estudo. A escolha dos PPP como documentos de análise se justifica pela obrigatoriedade de cadastrá-los para a ampliação ou viabilização de bolsas para novos programas de RMS, sendo este um dos critérios de admissibilidade do PRÓ-RESIDÊNCIA (BRASIL, 2015).

Além disso, entende-se que os PPP contêm tanto as bases teóricas e aspectos técnicos quanto as diretrizes práticas que permitem a viabilização dos programas. Aponta para um caminho a ser construído de acordo com a realidade da instituição, seus valores, seus princípios educacionais e políticos, seus desafios e problemas a serem superados (KRAMER, 1997; PUSCHEL, 2011).

Apesar de apresentarem limitações por não permitirem o acesso ao cotidiano prático dos programas, os PPP se constituem como instrumentos orientadores de potenciais mudanças ou continuidade dos processos de formação (FREIRE FILHO et al., 2018b). Mais, os PPP são considerados exemplos de ferramentas de implementação e condução da EIP, fazendo parte da dimensão meso de contribuição da EIP na prática sugerida por Oandasan e Reeves (2005).

Os PPP foram buscados nos sites institucionais das universidades, não tendo sido encontrados. Assim, foram solicitados às coordenações dos programas que os enviaram, por *e-mail*, em abril de 2020.

A análise documental descritiva, operacionalizada pela leitura integral dos documentos, seleção e recortes de texto, foi orientada por uma matriz elaborada com base nas diretrizes orientadoras para avaliação de contextos educacionais na perspectiva da EIP proposta por Barr (2003) (Quadro 1).

**Quadro 1.** Matriz analítica baseada nas diretrizes orientadoras para avaliação de contextos educacionais na perspectiva da Educação Interprofissional (EIP)

<b>Categorias analíticas</b>	<b>Questões norteadoras</b>	<b>Elementos da EIP</b>
<b>Objetivos</b>	- Os objetivos declarados promovem/contribuem a prática colaborativa?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Duas ou mais profissões aprendendo juntas</li> <li>- Desenvolvimento de atitudes e competências para a prática colaborativa</li> <li>- Aprendizado sobre o papel de cada profissão</li> <li>- Estabelecimento de objetivos comuns</li> <li>- A colaboração profissional como estratégia de melhoria da qualidade da atenção</li> </ul>
<b>Fundamentação teórica</b>	- O Programa informa sua fundamentação teórica?	- Bases em teorias educacionais que promovam a aprendizagem reflexiva e colaborativa em serviço
<b>Estrutura e métodos de ensino-aprendizagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O aprendizado interprofissional é incorporado ao programa?</li> <li>- O Programa adota a prática baseada em evidências?</li> <li>- O Programa é formado por valores interprofissionais?</li> <li>- São adotados métodos de aprendizagem interativa?</li> <li>- Todas as profissões estão representadas no planejamento do ensino?</li> <li>- Usuários e cuidadores são envolvidos no processo de aprendizagem?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A aprendizagem interprofissional deve estar prevista na estrutura curricular, integrando os módulos/unidades</li> <li>- Aprendizagem baseada em evidências científicas; e na mutualidade e reciprocidade</li> <li>- Conjugação de métodos pedagógicos comuns e compartilhados</li> <li>- Utilização de metodologias de aprendizado que integrem diferentes recursos interativos e de contextualização</li> <li>- Recursos pedagógicos que promovam o aprendizado compartilhado entre diferentes profissões</li> <li>- Aprendizagem baseada na inclusão e centralização do usuário e na participação efetiva dos profissionais do serviço nas práticas educativas</li> </ul>
<b>Mecanismos de avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A aprendizagem interprofissional é avaliada?</li> <li>- Como o programa é avaliado?</li> <li>- Os resultados são divulgados?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Processos avaliativos contínuos dos aprendizes, que verifiquem o desenvolvimento de competências e atitudes profissionais</li> <li>- Avaliação periódica do programa que permita o replanejamento dos métodos pedagógicos</li> <li>- Os resultados das práticas educacionais devem ser divulgados para auxiliar o desenvolvimento de novas experiências que aprimorem os contextos educacionais</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Barr (2003).

Quando da apresentação dos resultados, optou-se por não divulgar os nomes dos programas participantes, que foram identificados apenas pelas letras A, B e C.

### 3.3.3 Pesquisa de campo

A pesquisa de campo foi organizada em dois momentos: *survey* online e entrevistas semiestruturadas direcionadas aos atores participantes e atuantes nos programas de RMS que pudessem contribuir com a exploração do tema da EIP: residentes, preceptores e coordenadores dos cursos.

#### Survey online

Um *survey online* foi direcionado a residentes de 1º e 2º anos e preceptores das RMS incluídas no estudo. O objetivo desta etapa foi identificar se as RMS desenvolvem ações formativas que se aproximam dos elementos teóricos e metodológicos da EIP, as percepções sobre o desenvolvimento de competências interprofissionais e as atitudes para a prática colaborativa dos participantes.

Dois questionários *online* do tipo estruturado foram confeccionados no *Google Forms*, um direcionado aos residentes e outro aos preceptores, contendo três blocos de questões (Apêndices A e B). O primeiro bloco foi composto por questões relacionadas ao perfil socioprofissional: sexo, idade, formação e experiência profissional.

O segundo bloco se constituiu na Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI) (Anexo A), instrumento desenvolvido por Hojat et al. (2015) e validada no Brasil por Abed (2015). Consiste em uma escala psicométrica tipo Likert, cujo objetivo é mensurar a atitude de estudantes e profissionais de saúde em relação à colaboração interprofissional. É estruturada em 20 itens, com sete níveis de concordância/discordância, sendo o menor nível discordo completamente (1) e o maior nível concordo completamente (7). A atitude em relação à colaboração é refletida no escore total na escala, que pode variar de 20 a 140, com pontuações mais altas indicando atitudes mais positiva.

O terceiro bloco, por sua vez, foi composto por questões elaboradas com base nas diretrizes orientadoras para avaliação de contextos educacionais na perspectiva da EIP (BARR, 2003), ilustradas na matriz apresentada no Quadro 1. Considerando que a coleta de dados foi principiada no início do período acadêmico e que, portanto, os residentes ingressantes não teriam cursado



tempo suficiente do curso para responder questões relacionadas ao processo formativo, parte deste bloco foi suprimida para eles.

Antes das coletas dos dados, foi empreendido um pré-teste com uma pequena amostra de indivíduos (um residente de 1º ano, um residente de 2º ano e um preceptor, todos de outros programas não incluídos na amostra) a fim de verificar a compreensão e coerência das questões. Não foram constatadas dificuldades de compreensão e preenchimento dos questionários, que não foram, portanto, alterados.

A população total de interesse desta fase da pesquisa foram os residentes de 1º ano (R1), os residentes de 2º ano (R2) e os preceptores responsáveis pelos residentes nos campos de prática dos três programas participantes. Após solicitação e envio de listagem informativa às coordenações dos programas, o *survey* foi enviado a todos os sujeitos por correio eletrônico, tendo sido consideradas as respostas recebidas no período de seis meses, entre abril e outubro de 2020.

Até o encerramento da coleta de dados foram realizadas, quando necessário, cinco tentativas de convites ao preenchimento, por meio de correio eletrônico e *WhatsApp*, visando-se alcançar o maior número de respostas possível.

Cabe ressaltar que a coleta de dados deste estudo se deu no período de pandemia da doença do coronavírus (covid-19), trazendo a necessidade de ajustes e adaptações na metodologia previamente delineada. A coleta que, anteriormente seria feita presencialmente, foi replanejada de maneira a respeitar a medida de isolamento social para a contenção do avanço da pandemia, sendo assim realizada de maneira remota.

Depreende-se que tal remanejamento trouxe alguns prejuízos quanto ao quantitativo de respostas recebidas no prazo estabelecido: não se atingiu o universo da população-alvo; e houve recusa de participação de um dos programas convidados pela incerteza de continuidade das atividades previstas. Destaca-se, ainda, que os questionários do estudo (inclusive o da entrevista) já se encontravam prontos e testados antes do início da pandemia de covid-19. Como a coleta dos dados foi iniciada nos primeiros meses da crise sanitária, quando se acreditava que logo o País retornaria à “normalidade” e na tentativa de impedir a desvirtuação dos objetivos propostos, optou-se por não proceder

alterações nos instrumentos no sentido de incluir questionamentos que contemplassem o processo de adaptação dos programas ao cenário.

Insta mencionar que houve contato prévio presencial, pouco antes da pandemia, com um dos programas participantes, no qual a pesquisa foi apresentada e foram coletados os contatos telefônicos dos residentes de 1º ano.

Dito isso, a amostra da pesquisa foi constituída por 86 sujeitos: 31 residentes de 1º ano (R1), 26 residentes de 2º ano (R2) e 29 preceptores responsáveis pelos residentes nos campos de prática, representando uma taxa de 63,7% do universo da pesquisa (Tabela 1).

**Tabela 1.** Amostra de participantes em relação ao universo da pesquisa, que responderam aos questionários no período estabelecido para a coleta de dados. Rio de Janeiro, RJ, 2020.

Programa	Preceptor	R1	R2	Total	Preceptor	R1	R2	Total	Total
	Questionários enviados (n)				Questionários recebidos (n)				%
<b>A</b>	8	6	6	20	6	6	6	18	90,0
<b>B</b>	30	27	27	84	12	16	14	42	50,0
<b>C</b>	15	10	6	31	11	9	6	26	83,9
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>43</b>	<b>39</b>	<b>135</b>	<b>29</b>	<b>31</b>	<b>26</b>	<b>86</b>	<b>63,7</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Na fase de tratamento dos dados, foram aplicadas, de acordo com cada variável, técnicas de estatística descritiva simples, medida de confiabilidade e estatística inferencial com utilização de testes de hipótese para comparação de distribuições e correlação.

A análise foi realizada no pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21. Todos os testes de hipóteses desenvolvidos nesse trabalho consideraram uma significância de 5%, ou seja, a hipótese nula foi rejeitada quando p-valor foi menor ou igual a 0,05.

Estatística descritiva foi empregada para os dados sociodemográficos e perguntas opinativas sobre o programa de residência, utilizando-se as medidas de média, desvio-padrão e intervalo de confiança (variáveis contínuas) e frequência simples e percentual (variáveis nominais).

Os dados recolhidos por meio da aplicação da EJARCI foram submetidos à estatística descritiva e inferencial. Dos 20 itens da escala, oito são cotados de forma inversa e, por isso, para a análise, tais itens foram

recodificados; isto é, realizou-se a inversão dos pontos de forma equivalente, conforme recomendação dos autores (HOJAT et al., 2015; ABED, 2015). A consistência interna do instrumento foi testada a partir do teste Alfa de Cronbach, considerando como bom nível de consistência um valor superior a 0.7.

As comparações dos escores totais da EJARCI foram feitas com base nas pontuações brutas: média, mediana e desvio padrão (dp). Para identificar o grau de associação entre as respostas da EJARCI com a idade, o tempo de formação e o tempo de atuação no SUS, realizou-se o teste de correlação de Spearman. Este teste calcula um coeficiente,  $r_s$  ou  $\rho$  (pronunciado "rô"), que é uma medida da força e direção da associação / relação entre duas variáveis contínuas ou ordinais.

Para compreender as diferenças na distribuição de resposta da escala entre profissionais com diferentes graus de instrução, sexo e natureza da instituição de formação foi adotado o teste U de Mann-Whitney; e, para testar a diferença entre as respostas de acordo com a categoria profissional, programa de residência e tipo de entrevistado, foi adotado o teste de Kruskal-Wallis.

O teste U de Mann-Whitney (também chamado de teste Wilcoxon-Mann-Whitney) é um teste não paramétrico baseado em rank que pode ser usado para determinar se existem diferenças entre dois grupos em uma variável dependente contínua ou ordinal. É frequentemente apresentado como a alternativa não paramétrica para o teste t de amostras independentes, que pode ser usado quando os dados falham nos pressupostos do teste t de amostras independentes. O teste de Kruskal-Wallis é um teste não-paramétrico baseado em postos ranks que pode ser usado para determinar se há diferenças estatisticamente significativas entre dois ou mais grupos de uma variável dependente contínua ou ordinal (TRIOLA, 2017).

### Entrevistas semiestruturadas

A entrevista semiestruturada é caracterizada por um conjunto de perguntas fechadas e abertas previamente estabelecidas, que permite ao entrevistado desenvolver e discursar sobre questões surgidas ao longo da entrevista (MINAYO, 2009). Permite ao pesquisador uma melhor compreensão e apreciação do fenômeno, já que as opiniões e vivências pelo participante,

que possui um papel de protagonista no contexto investigado, são expressas livremente. A busca pelos significados e interpretações das experiências traz a potencialidade de gerar narrativas em torno do objetivo principal (MORÉ, 2015).

As entrevistas semiestruturadas foram direcionadas aos coordenadores dos três programas de residência, a partir de um roteiro (Apêndice C) elaborado com base nos resultados da revisão bibliográfica e na matriz de diretrizes propostas por Barr (2003) (Quadro 1). Esta etapa teve como objetivo analisar a percepção das coordenações acerca das ações formativas das RMS, aprofundando, contrapondo e complementando os achados das demais etapas.

Inicialmente, estas seriam realizadas *in loco*, porém, devido ao contexto de pandemia de covid-19, foi dada a opção de entrevista *online*, através das plataformas *Skype* ou *Zoom*. Apenas a coordenação de um dos programas não se mostrou disponível para a entrevista *online*, respondendo às perguntas de forma escrita através do *Google Forms*. As duas outras coordenações foram entrevistadas via plataforma *Zoom* e *Skype*. Em um dos programas a coordenadora e vice coordenadora responderam conjuntamente aos questionamentos; porém, para efeitos de resultados suas respostas foram associadas e consideradas como uma resposta única.

As entrevistas foram realizadas em abril de 2020, duraram em média 50 minutos, foram gravadas, transcritas integralmente e analisadas descritivamente quanto ao seu conteúdo. As etapas de análise incluíram: organização e leitura das transcrições; seleção de recortes de texto cujos significados, em conjunto, pudessem dar contexto às inferências empreendidas pelo pesquisador, sem preocupação com estabelecimentos de categorias de análise; e interpretação das informações com base em referencial teórico relacionado ao tema.

A fim de garantir o anonimato dos participantes, as falas sistematizadas dos coordenadores foram identificadas através dos pseudônimos C1, C2 e C3.

### **3.4 Síntese e correlação dos dados**

Os dados das três etapas foram comparados buscando-se aprofundar o entendimento sobre a potencialidade dos cenários de aprendizagem ofertados pelos diferentes programas de residência e os aspectos teórico-metodológicos

e propósitos da EIP e da prática colaborativa. A estratégia de correlação envolveu a fusão dos conjuntos de dados de cada etapa, sintetizando os resultados em uma estrutura explicativa e uma discussão final. Durante esta etapa foram extraídas conclusões e inferências do que foi apreendido com a combinação dos resultados, possibilitando uma melhor compreensão do fenômeno pesquisado (SANTOS et al., 2020).

### **3.5 Aspectos éticos**

Seguindo a determinação da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em virtude da participação de seres humanos na pesquisa, o projeto do estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do IMS/UERJ, sob Registro CAAE 29100719.6.0000.5260, obtendo aprovação mediante Parecer 3.898.191, de 04 de março de 2020 (Anexo B). Ressalta-se, ainda, que as instituições de ensino ofertantes dos programas de RMS incluídas neste estudo autorizaram a realização da pesquisa, mediante assinatura de carta de anuência (Anexo C).

Todos os participantes foram orientados quanto aos riscos e benefícios do estudo, e assentiram participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 4 RESULTADOS

### 4.1 Pesquisa bibliográfica

A etapa de pesquisa bibliográfica se deu entre outubro e novembro de 2020, através de busca virtual nas bases de dados contidas na BVS, Scopus, Medline e BDTD; e, de modo complementar, no Google Acadêmico. Foram encontradas ao todo 379 publicações, nos idiomas português, inglês e espanhol, sendo a maioria (32,7%) listada na base virtual Medline. A tabela a seguir demonstra o quantitativo de publicações encontradas nas buscas antes da aplicação dos critérios de exclusão (Tabela 2):

**Tabela 2.** Total de publicações listadas nas bases de dados virtuais pesquisadas. Rio de Janeiro, RJ, 2020

<b>Bases de dados</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Medline	124	32,7
BVS	102	26,9
Scopus	82	21,6
BDTD	41	10,8
Google Acadêmico	30	7,9
<b>Total</b>	<b>379</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Em seguida, foi realizado o refinamento de acordo com os critérios de exclusão, conforme explicitado na Tabela 3.

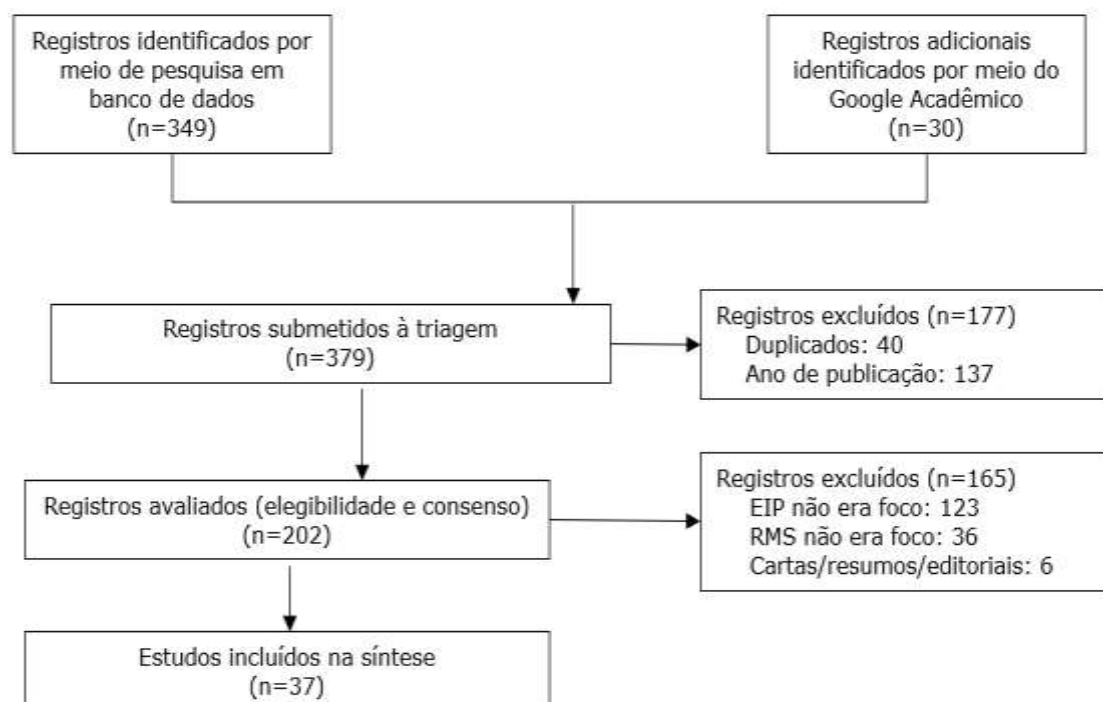
**Tabela 3.** Total de publicações descartadas por fator de exclusão. Rio de Janeiro, RJ, 2020

<b>Fatores de exclusão</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Tema	159	46,5
Período (ano)	137	40,1
Duplicados	40	11,7
Tipo de publicação	6	1,8
<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>100</b>

Fonte: Dados da pesquisa.

Como demonstrado, das 379 publicações encontradas excluíram-se 342, restando um total de 37 estudos elegíveis para leitura na íntegra e análise. A Figura 1 traz o fluxograma explicativo das etapas de refinamento das publicações.

**Figura 1.** Fluxograma do processo de refinamento das publicações encontradas. Rio de Janeiro, RJ, 2020



Fonte: Dados da pesquisa.

Como se observa no Quadro 2, foi encontrado um maior número de publicações no ano de 2018 ( $n=12$ ), sob o formato de artigo ( $n=24$ ), publicados majoritariamente na Revista Interface (Botucatu) ( $n=7$ ), no idioma português ( $n=36$ ). Insta mencionar que três artigos encontrados na busca derivaram de duas dissertações e uma tese, sendo todos eles incluídos para análise. Quanto ao método, a maioria dos estudos apresentou abordagem qualitativa ( $n=28$ ) e caráter descritivo-exploratório ( $n=14$ ).

Cabe salientar que a busca foi realizada a partir do ano de 2010, devido à publicação pela OMS do documento “*O Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*”, porém os primeiros estudos encontrados sobre o tema em questão datam de 2014. Infere-se que a concentração de estudos publicados em 2018 se deu devido à duas publicações lançadas pelo MS no mesmo ano incentivando o levantamento de iniciativas de EIP no Brasil e a produção de conhecimento e divulgação científica sobre o tema (BRASIL, 2018a; 2018b).

**Quadro 2.** Características de indexação e aspectos metodológicos das publicações selecionadas para análise. Rio de Janeiro, RJ, 2020 (n=37)

<b>Autoria, ano</b>	<b>Título</b>	<b>Desenho de estudo</b>	<b>Sujeitos e cenário</b>
Câmara AMCS, 2014	Oficina de educação interprofissional para a residência multiprofissional	Relato de experiência, de abordagem qualitativa	Residentes de 1º e 2º ano/RMS Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte
Motta LB, Pacheco LC, 2014	Integrating Medical and Health Multiprofessional Residency Programs: The Experience in Building an Interprofessional Curriculum for Health Professionals in Brazil	Relato de experiência, de abordagem qualitativa	Residentes (n=26) e preceptores (n=25) de diferentes áreas/Residência Médica em Geriatria, RMS em Saúde do Idoso/UERJ, Rio de Janeiro
Casanova IA et al., 2015	Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde	Descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa	Residentes do 2º ano (n=76)/Duas instituições públicas (federal e estadual), estado de São Paulo
Casanova IA et al., 2015	Residência Multiprofissional em Saúde: percepção dos residentes sobre a Educação Interprofissional nas práticas colaborativas	Descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa	Residentes do 1º ano (n=9)/Instituição filantrópica, São Paulo
Miranda Neto MV et al., 2015	Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos	Descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa	PPP de seis programas de RMS com ênfase em Atenção Básica ou em área de concentração em Saúde da Família ou Saúde Coletiva do estado de São Paulo
Miranda Neto MV, 2015	Limites e potencialidades da residência multiprofissional em saúde para a educação interprofissional	Descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa	PPP de seis programas de RMS com ênfase em Atenção Básica ou em área de concentração em Saúde da Família ou Saúde Coletiva/Residentes matriculados no programa selecionado como cenário mais favorável à EIP/Estado de São Paulo
Soares GMM, 2015	Colaboração e educação interprofissional na pós-graduação em saúde: estudo de caso da residência multiprofissional em saúde da família	Relato de experiência, de abordagem qualitativa	Coordenadores, preceptores e residentes (n=24)/Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará/Municípios de Maracanaú e Aracati, Ceará.
Santos KH et al., 2016	O trabalho de profissionais na residência multiprofissional em saúde	Relato de experiência, de abordagem qualitativa	Três residentes (enfermeira, fonoaudióloga e nutricionista)/Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo.
Perego MG, Batista NA, 2016	Aprendizagens Compartilhadas na Residência Multiprofissional em Saúde	Descritivo-exploratório e transversal, de abordagem quantitativa	Residentes egressos, preceptores e tutores do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde de do Campus Baixada Santista, São Paulo.
Frossard AGS,	Experiência da residência multiprofissional em	Relato de experiência,	Residência multiprofissional em Serviço Social e



Silva ECS, 2016	serviço social e cuidados paliativos oncológicos	descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa	cuidados paliativos oncológicos, Ceará.
Dias IMAV et al., 2016	A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde	Estudo de caso, de abordagem qualitativa	Tutores de um programa de RMS, Rio de Janeiro.
Arruda GMMS et al., 2016	Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Estudo de caso, de abordagem qualitativa	2 coordenadores, 7 preceptores e 15 residentes/ Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará.
Medina AG, 2016	Terapia ocupacional e a educação para a interprofissionalidade em residências multiprofissionais em saúde	Descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa	Tutores, preceptores e residentes terapeutas ocupacionais (n=17)/Três programas de RMS, São Paulo.
Araújo TAM et al., 2017	Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores	Exploratório, de abordagem qualitativa	Residentes do segundo ano e preceptores/Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar (Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente; Atenção à Saúde do Idoso; e Atenção ao Paciente Crítico), Nordeste.
Brito JSS, 2017	Análise da educação interprofissional em saúde através da experiência da residência multiprofissional em saúde da família	Descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa	Docentes, preceptores e residentes que tivessem cursado o primeiro ano do curso/Dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Pernambuco.
Silva AS, 2017	Percepção de residentes e preceptores sobre a residência multiprofissional integrada em saúde com ênfase em onco-hematologia	Estudo Transversal, de abordagens qualitativa e quantitativa	Residentes de 1º e 2º ano e preceptores do Programa RMS com ênfase em onco-hematologia/Hospital Santa Rita, Porto Alegre.
Arruda GMMS et al., 2018	O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família	Estudo de casos múltiplos	Coordenadores, preceptores e residentes (n=24)/ Residência multiprofissional em Saúde da Família/ Maracanaú e Aracati, Ceará.
Aguiar RBPL, 2018	Interdisciplinaridade e prática colaborativa na percepção dos preceptores de um programa de residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia	Descritivo-exploratório, de abordagens qualitativa e quantitativa	Preceptores (n=34)/Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Ceará.
Casanova IA et al., 2018	A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde	Descritivo-exploratório, de abordagens qualitativa e quantitativa	Residentes do 2º ano (n=76)/ Treze programas de RMS, Estado de São Paulo.
Albuquerque	Residências multiprofissionais em saúde como	Descritivo-exploratório do	Residentes de 2º ano de RMS/Nove estados do

ERN et al., 2018	fomentadoras da formação interprofissional: percepção de nutricionistas sobre as práticas colaborativas	tipo transversal, de abordagem quantitativa	Nordeste.
Arnemann CT et al., 2018	Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade	Pesquisa Apreciativa, de abordagem qualitativa	Preceptores (n=7)/ Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Camargo FC et al., 2018	Formação para o trabalho na estratégia saúde da família: experiência da residência multiprofissional em saúde	Relato de experiência	Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, MG.
Evangelista ALP et al., 2018	Residência integrada em saúde mental: cuidado à Rede de Atenção Psicossocial	Descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa	Secretários municipais de saúde (n=4), Coordenadores de Saúde Mental (n=3), Articuladores (n=3), Gerentes (n=3) e profissionais dos CAPS (n=3), Preceptores (n=3), Residentes (n=15)/Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Escola de Saúde Pública, quatro municípios do Ceará.
Costa BF, 2018	A atenção básica como cenário de implementação da educação interprofissional em saúde: na perspectiva dos residentes	Pesquisa-ação, de abordagem qualitativa	Residentes de 1º ano (n=9) e 2º ano (n=7) do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica e um residente de 1º ano da Residência em Medicina de Família e Comunidade da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte/Município de Caicó/RN
Lago LPM et al., 2018	A análise de práticas profissionais como dispositivo para a formação na residência multiprofissional	Pesquisa-intervenção, de abordagem qualitativa	Residentes de 1º e 2º ano (n=32) de uma universidade pública do interior do estado de São Paulo.
Leitão BFB, 2018	Residência multiprofissional em cancerologia: expressões da integralidade do cuidado	Abordagem qualitativa	Residentes egressos (n=30) do Programa de Residência Integrada em Saúde com ênfase em Cancerologia da Escola de Saúde Pública do Ceará e do Instituto do Câncer do Ceará.
Medeiros MSMF, 2018	Educação para o trabalho interprofissional no contexto das residências em uma maternidade escola	Estudo de Caso, descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa	Alunos da residência médica (n=6) e multiprofissional (n=14) de uma maternidade escola da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Wetzel C et al., 2018	Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial	Abordagens qualitativa e quantitativa	Usuários, familiares, trabalhadores do Caps-AD e gestores/Município do estado do Rio Grande do Sul.
Lago LPM, 2019	Práticas profissionais na residência multiprofissional em saúde: uma pesquisa Sócio-	Pesquisa-intervenção, de abordagem qualitativa	Residentes (n=32) e docentes e ex-docentes (n=8) do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção

	clínica		Integral à Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
Alves IMF, 2019	A colaboração interprofissional em um programa de residência multiprofissional em saúde: um relato de experiência	Relato de experiência, de abordagem qualitativa	Residente enfermeira do 1º ano em uma Unidade Básica de Saúde localizada no município de Caicó, Rio Grande do Norte.
Henrique RS et al., 2019	Múltiplos olhares: a busca pela interprofissionalidade em uma equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família no município do Rio de Janeiro (RJ)	Relato de experiência	Residentes multiprofissionais em Saúde da Família/Jacarezinho, Rio de Janeiro.
Lewgoy AMB et al., 2019	A perspectiva interprofissional na residência integrada multiprofissional em saúde hospitalar	Relato de experiência	Residentes do 1º ano da RMS na ênfase de Controle de Infecção Hospitalar/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
Lima ICBF, Passos ICF, 2019	Residências integradas em saúde mental: para além do tecnicismo	Abordagem qualitativa	PPP e profissionais envolvidos na coordenação e na preceptoria (n=3) do Programa de Residências Integradas em Saúde Mental do Hospital Odilon Behrens, da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, MG.
Rebouças RRM et al., 2019	(Im)Possibilidades de atuação interprofissional dos residentes multiprofissionais em contexto hospitalar	Participante de natureza exploratória, de abordagem qualitativa	Residentes de 1º e 2º ano (n=6) da ênfase Cardiopulmonar, do Hospital Dr. Carlos Alberto Studart Gomes – Hospital de Messejana, Fortaleza, Ceará.
Sanches MV, 2019	A experiência do programa de residência multiprofissional em saúde mental com ênfase em dependência química: desafios para a educação interprofissional colaborativa	Descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa	PPP. Egressos, residentes, docentes, preceptores e coordenação (n=23) do programa de RMS em Saúde Mental com ênfase em dependência química da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Dantas BT, 2020	Estratégias de ensino-avaliação voltadas ao desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde	Pesquisa quase-experimental, de abordagem quantitativa	Residentes (n=59) da Residência Multiprofissional em Saúde, do Hospital Universitário Onofre Lopes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Querido DL et al., 2020	Residência multiprofissional como estratégia para formação de recursos humanos na perspectiva interprofissional em saúde perinatal	Exploratório, de abordagem qualitativa	Egressos (n=18) e preceptores (n=17) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Fonte: Dados da pesquisa.

Observou-se que os estudos apresentaram, de acordo com seus objetivos (Quadro 3), três subtemas dentro do tema central da EIP nas RMS, quais sejam: (i) análise das percepções dos atores das RMS sobre princípios, práticas e concepções da EIP; (ii) análise de instrumentos institucionais (PPP) das RMS pela perspectiva da EIP; e (iii) experiências de implantação e desenvolvimento de atividades e práticas interprofissionais nas RMS.

O primeiro subtema traz reflexões sobre as potencialidades e limites das RMS como estratégia para o trabalho colaborativo a partir das vivências de residentes, preceptores, docentes e coordenadores. O segundo subtema diz respeito à dimensão meso dos fatores que influenciam a adoção da EIP, trazendo a análise de documentos institucionais e organizacionais sob o olhar da EIP, neste caso, os PPP dos programas de RMS. Já o terceiro subtema corresponde ao relato de experiências de EIP dentro dos programas de RMS, evidenciando práticas exitosas e desafios a serem superados.

A partir da interpretação dos achados dos 37 estudos incluídos foram construídas três categorias que caracterizam a produção científica sobre a EIP no âmbito das RMS: “RMS como cenários para a promoção da EIP e das práticas colaborativas”, “RMS e o desenvolvimento de competências para o trabalho interprofissional e transformação das práticas” e “Limites e desafios à EIP nas RMS”. As análises serão apresentadas a seguir, permitindo a identificação dos elementos que contribuíram para a eleição destas categorias, bem como as devidas discussões.

**Quadro 3.** Características de indexação e aspectos metodológicos das publicações selecionadas para análise. Rio de Janeiro, RJ, 2020 (n=37)

Autor, ano	Objetivo	Resultados
Câmara AMCS, 2014	Relatar a experiência de uma oficina de educação interprofissional para o Programa de RMS do Hospital das Clínicas da UFMG a fim de melhorar o aprendizado interprofissional e promover uma perspectiva multidimensional do cuidado centrado no indivíduo.	A oficina instrumentalizou os residentes para a prática colaborativa centrada no indivíduo. Introduziu a Classificação Internacional de Funcionalidade e o mapa conceitual como ferramentas fundamentais para a elaboração de projetos terapêuticos compartilhados, aproximou olhares e facilitou a comunicação entre os profissionais. A oficina foi uma estratégia importante na formação dos novos residentes da RMS para o desenvolvimento de competências para o trabalho interprofissional.
Motta LB, Pacheco LC, 2014	Descrever a criação de um programa de treinamento interprofissional integrando as residências médica e multiprofissional.	O treinamento ocorreu em seis cenários de prática distribuídos ao longo de dois anos. Atividades interprofissionais foram organizadas por preceptores e foram avaliadas positivamente. Programas de residência são boas oportunidades para o desenvolvimento de treinamento interprofissional para práticas colaborativas centradas no paciente.
Casanova IA et al., 2015	Analisar a percepção dos profissionais que cursam a RMS sobre a formação para o trabalho em equipe.	Foi identificado o potencial da RMS em formar profissionais de saúde para o trabalho em equipe e, conseqüentemente, para a transformação das práticas, com vistas à integralidade no cuidado.
Casanova IA et al., 2015	Analisar a percepção de residentes da RMS sobre as práticas colaborativas.	Os residentes concordam que a residência proporciona uma formação para a prática colaborativa entre os profissionais potencializada por um perfil de quem procura a residência e o desenvolvimento de competências comuns e específicas fortalecendo as ações de saúde centrada no usuário.
Miranda Neto MV et al., 2015	Analisar os PPP de programas de RMS do estado de São Paulo e identificar os cenários altamente favoráveis à EIP.	A análise documental revelou um cenário heterogêneo no que diz respeito a currículos, organização didático-pedagógica, objetivos educacionais, matrizes pedagógicas e sistemas de avaliação utilizados. Um dos programas foi identificado como um cenário altamente favorável à EIP.
Miranda Neto MV, 2015	Compreender limites e potencialidades das RMS para a EIP, descrever os programas de RMS do estado de São Paulo, identificar um programa com o cenário mais favorável à EIP e analisar a percepção dos residentes a respeito dos limites e potencialidades desta RMS.	A análise documental revelou um programa com cenário altamente favorável para a EIP. Como limites importantes à EIP foram identificados a rigidez curricular, cronogramas inadequados e conteúdos insuficientes. Os residentes reiteraram que a residência contribuiu para fortalecer a identidade profissional, assim como para o reconhecimento de competências comuns.
Soares GMM, 2015	Analisar o processo de implementação da educação interprofissional e da prática colaborativa no cotidiano da residência em Saúde da Família e Comunidade.	A residência estudada se organiza como estratégia de EIP devido aos seguintes aspectos identificados: currículo baseado em competências. educação pelo trabalho, lotação dos residentes em equipes multiprofissionais. No processo ensino-aprendizagem identificou-se a potência da metodologia da tenda invertida, do dispositivo de roda e do

		papel do preceptor. Percebeu-se um isolamento dos residentes no segundo ano.
Santos KH et al., 2016	Conhecer a atuação interprofissional de residentes em saúde durante atendimentos de puericultura de uma criança com paralisia cerebral.	Construção de um projeto terapêutico singular a partir de atendimento interprofissional. As ações compartilhadas e interativas entre os três núcleos profissionais promoveram um trabalho cujo foco centrou-se nas necessidades de saúde dos usuários, possibilitando intervenções que abrangeram a criança e seu núcleo familiar.
Perego MG, Batista NA, 2016	Investigar a percepção de residentes, preceptores e tutores da RMS sobre as aprendizagens compartilhadas na formação para o trabalho em equipe de profissionais da saúde, através de uma escala atitudinal validada.	Não houve diferenças significativas entre as profissões sobre a aprendizagem compartilhada na RMS, sendo a pior percepção dos enfermeiros e a melhor de fisioterapeutas e nutricionistas. A média das asserções da escala atitudinal foi de 3,20, classificadas em zona de conforto.
Frossard AGS, Silva ECS, 2016	Relatar a inserção dos residentes no Serviço de Terapia da Dor e Cuidados Paliativos do Instituto do Câncer do Ceará, descrevendo como se deu a conformação entre as estratégias de intervenção profissional nos cuidados paliativos oncológicos com a residência.	Procedimentos interprofissionais realizados: visitas domiciliares, construção da história de vida do paciente, escuta qualificada do familiar ou cuidador, orientação quanto à normas e serviços disponibilizados pelo programa. Usou-se uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto. Realizou-se também o estudo de caso interprofissional semanalmente e a construção do projeto terapêutico adequado à singularidade de cada caso. Desafios identificados: excessiva carga horária, número insuficiente de profissionais para supervisão dos residentes, deficiências na rede de saúde e serviços, atual contexto político das residências multiprofissionais e dificuldades de consolidação de um espaço democrático de discussão entre os residentes, coordenadores e gestores do Programa. A concepção pedagógica pautou-se na educação permanente como princípio pedagógico e metodológico.
Dias IMAV et al., 2016	Analisar a configuração de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, na perspectiva dos tutores, versando sobre o processo de ensino-aprendizado no contexto da formação interdisciplinar, que corresponde ao universo de disciplinas teóricas, e interprofissional, concernente às questões práticas da profissão.	Observa-se, na fala dos tutores, a importância da vivência do trabalho interprofissional, colocada como fator determinante no aprendizado desse novo modelo. Os tutores não apresentam segurança em definir conceitualmente a interprofissionalidade. A vivência resultou em um crescimento significativo, que permitiu a contemplação de novos horizontes.
Arruda GMMS et al., 2016	Analisa a proposta pedagógica da RMS na perspectiva da EIP.	Observou-se que a RMS se organiza como estratégia de EIP por vários aspectos: currículo baseado em competências, educação pelo trabalho, lotação dos residentes em equipes multiprofissionais, formação de adultos, dentre outros. No processo de ensino-aprendizagem, capturou-se a potência da metodologia da tenda invertida, do método da roda e do papel do preceptor de campo no estímulo e apoio ao trabalho e à aprendizagem interprofissional. Dentre os desafios, encontram-se o processo de

		interiorização da educação permanente, a sustentabilidade financeira do PRMSFC e a dependência do processo formativo à adesão dos atores envolvidos.
Medina AG, 2016	Conhecer e refletir sobre os desafios e tendências do processo de educação profissional e interprofissional na perspectiva de tutores, preceptores e residentes terapeutas ocupacionais.	O processo formativo foi impactado pela contratação insuficiente de profissionais nos serviços, pelo desconhecimento do papel profissional do terapeuta ocupacional e pela fragmentação da atuação profissional nos cenários de prática. A importância das RMS no aprendizado de saberes e práticas próprios da profissão, comuns e colaborativos foi reconhecida pelos participantes.
Araújo TAM et al., 2017	Refletir sobre a percepção de residentes e preceptores quanto ao trabalho multiprofissional e interprofissional, a partir de uma experiência de Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar, em uma capital do Nordeste do Brasil.	Fragilidade dos conceitos sobre multiprofissionalidade e interprofissionalidade; confusão e dualidade quanto ao (re)conhecimento do papel dos residentes nos cenários de prática. A residência foi capaz de trazer ferramentas que potencializam o trabalho interprofissional e a integralidade do cuidado em saúde, em se tratando de atenção terciária, em um hospital-escola.
Brito JSS, 2017	Realizar uma análise da RMS enquanto uma estratégia de educação interprofissional em Saúde.	A RMS apresenta potencial pedagógico para a EIP e para a Prática Interprofissional Colaborativa, mas diversos fatores, tanto macro quanto micropolíticos, podem representar impedimentos ao desenvolvimento destas possibilidades.
Silva AS, 2017	Compreender o grau de satisfação acerca do programa RMS com ênfase em onco-hematologia na visão de residentes e preceptores sobre o ensino interprofissional em saúde.	Os residentes mostraram-se satisfeitos em fazer parte do programa em andamento. Por outro lado, percebem a necessidade de um melhor aperfeiçoamento do “ser preceptor” e sugeriram melhorias para qualificar o programa, que contempla condições reais de aprendizagem. Através de ações de promoção da saúde e atuação em equipes interprofissionais de diferentes áreas, proporciona novas possibilidades de incorporação às políticas públicas de saúde como modelo de parceria universidade/serviço.
Arruda GMMS et al., 2018	Analisar a colaboração interprofissional em um programa de residência multiprofissional em Saúde da Família por meio da tipologia de D'Amour e colaboradores.	Observou-se o fortalecimento de todos os indicadores da colaboração interprofissional (governança, visão e objetivos compartilhados, formalização e internalização), tanto pela condução político-pedagógica do programa quanto pelo processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família.
Aguiar RBPL, 2018	Analisar a percepção dos preceptores acerca do processo de interdisciplinaridade na residência multiprofissional de neurologia e neurocirurgia do HGF no Ceará.	Dentre as três dimensões da Escala de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional os entrevistados concordaram totalmente com o que é preconizado na dimensão “Trabalho em equipe e colaboração e atenção centrada no paciente”, porém o fator “Identidade profissional”, obteve uma maior concentração nas opções discordo totalmente e discordo, e encontra-se em zona de alerta. O papel do preceptor no processo ensino-aprendizagem, sua interação com as diversas áreas na construção da prática profissional e a necessidade de construção da identidade da residência surgem como situações vivenciadas pelos preceptores.
Casanova IA et al., 2018	Analisar os princípios, concepções e práticas da EIP, de acordo com a perspectiva dos	Os resultados do instrumento Likert evidenciam satisfação dos residentes com a formação para prática colaborativa. Os PPP analisados evidenciam potencialidades que

	residentes, e no projeto pedagógico (PP) de IES do Estado de São Paulo.	explicitam ações de trabalho que conduzem à responsabilização das equipes no que tange ao cuidado e à capacidade de resolver os problemas da saúde. A percepção dos residentes sobre o desenvolvimento de competências para a prática colaborativa evidenciou a sua satisfação. Entre os desafios encontrados estão a condição de trabalho pela expressiva demanda e a visão especializada que dificulta o atendimento na perspectiva da integralidade do cuidado.
Albuquerque ERN et al., 2018	Avaliar a percepção sobre a formação interprofissional e o desenvolvimento de competências para práticas colaborativas de nutricionistas residentes inseridos no contexto das Residências Multiprofissionais em Saúde do Nordeste brasileiro.	Os nutricionistas residentes apresentam a mesma compreensão que os demais residentes das outras categorias profissionais sobre o desenvolvimento das práticas colaborativas nas RMS. Observou-se que mesmo diante dos desafios postos pelos programas de residências, os residentes consideram que a modalidade possibilita o desenvolvimento de competências para a prática colaborativa.
Arnemann CT et al., 2018	Conhecer e apresentar práticas exitosas desenvolvidas pelo grupo de preceptores, evidenciando a potencialidade da residência como modalidade de formação.	As melhores práticas identificadas são: a consulta multiprofissional, o acolhimento dos residentes e as ações integradas entre as diferentes ênfases da residência.
Camargo FC et al., 2018	Relatar a experiência sobre formação de integrantes da residência multiprofissional de saúde para atuação na ESF.	Residentes apresentaram elevada governabilidade para apoiar a reestruturação do processo de trabalho dessas equipes.
Evangelista ALP et al., 2018	Compreender o contexto histórico e político-pedagógico da implementação da RMS e a percepção dos atores sociais envolvidos na implementação desta sobre os seus reflexos na organização da atenção psicossocial.	A RMS disparou avanços na organização na atenção psicossocial nos municípios estudados e fizeram com que a Rede de Atenção Psicossocial, através da atuação interprofissional, fosse fortalecida.
Costa BF, 2018	Discutir as potências e limitações da realidade de trabalho da Estratégia Saúde da Família enquanto espaço de implementação da Educação Interprofissional a partir das percepções dos Residentes da Residência Multiprofissional em Atenção Básica e Residência de Medicina da Família e Comunidade.	A partir da realização de uma oficina, da implementação de práticas interprofissionais na realidade da produção dos serviços de saúde da atenção básica e grupos focais foram construídas as categorias: Aprendizado Mútuo, Aprendizagem Compartilhada, Comunicação Interprofissional, Eficácia na Resolutividade do Problema, Atenção Integral em Saúde, Valorização da Participação do Usuário, Troca de Habilidades Entre os Profissionais, Conhecimento de Outras Profissões, Melhoria de Habilidade, Respeito Mútuo, Cuidado Integral ao Usuário.
Lago LPM et al., 2018	Refletir sobre possibilidades, limites e desafios do uso da análise institucional de práticas profissionais (AIPP) como dispositivo para a formação interprofissional em um programa de	O dispositivo de AIPP possibilitou um movimento de autoanálise da formação. Seu uso evidenciou atravessamentos na formação em serviço que impedem as práticas de caráter colaborativo: a exigência da produção em massa, principalmente por atendimento individual especializado; a centralidade no profissional médico; o pouco tempo para



	residência multiprofissional em saúde.	reflexão nos espaços de atuação; e o não encontro entre diferentes profissionais nos serviços.
Leitão BFB, 2018	Compreender, sob a perspectiva dos residentes egressos, como a integralidade do cuidado se expressa no processo formativo da Residência Integrada em Saúde com ênfase em Cancerologia.	As análises revelaram que os principais sentidos da integralidade reconhecidos pelos residentes aparecem associados à dimensão da interprofissionalidade e à perspectiva da atenção em rede, embora estes se encontrem atravessados por vários obstáculos e desafios próprios do cenário hospitalar.
Medeiros MSMF, 2018	Compreender a percepção dos alunos das Residências Médica e Multiprofissional sobre o trabalho interprofissional desenvolvido entre eles em uma maternidade escola.	Os resultados sugerem a existência de algumas iniciativas de EIP promovidas entre as residências, porém as experiências interprofissionais entre residentes médicos e multiprofissionais ocorrem apenas em alguns campos de prática. Em outros cenários da instituição, as experiências não se desenvolvem ou acontecem de forma não legitimada.
Wetzel C et al., 2018	Analisar a formação interprofissional em serviço a partir da perspectiva de trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial.	A RMS constitui-se como espaços de trocas, crescimento, aprendizado, de educação permanente e de formação para a Saúde Mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Mesmo havendo o distanciamento dos residentes do serviço, a relação estabelecida no encontro trabalhadores-residentes estimulou processos de mudança em relação a formas já instituídas de pensar o processo de trabalho.
Lago LPM, 2019	Analisar as práticas profissionais de residentes multiprofissionais em saúde que favorecem ou não a colaboração interprofissional e a integralidade do cuidado na atenção básica.	Observou-se tensões entre a reprodução da especialidade e formação uniprofissional, e a criação de espaços para a prática colaborativa interprofissional. O modelo de gestão universitária centralizada e produtivista fragilizam os processos pedagógicos colaborativos e criam limites ao cuidado integral. Os residentes puderam repensar a dinâmica institucional na formação comum, no processo de trabalho-aprendizagem e questionar a reprodução do instituído de formação uniprofissional e cuidado centrado no profissional médico.
Alves IMF, 2019	Relatar a colaboração interprofissional vivenciada por uma enfermeira de um programa de residência multiprofissional em saúde.	A RMS proporciona o conhecimento e os espaços para a colaboração interprofissional, porém não está totalmente implementada na rotina do programa, sendo necessário estudar melhores meios para aprimorar a metodologia.
Henrique RS et al., 2019	Relatar experiências vividas consideradas potentes para a construção de um processo de trabalho integrado, qualificado e crítico.	Foi observada a incompatibilidade entre os processos formativos propostos pela RMS e aqueles vividos pelas diferentes graduações, produzindo uma atuação segmentada e centrada no profissional médico. Todas as atividades teóricas e teórico-práticas no decorrer da residência são coletivas e multiprofissionais utilizando ferramentas para o trabalho interprofissional como: matriciamento, reuniões de equipe, atividades de educação permanente, interconsultas e grupos.
Lewgoy AMB et al., 2019	Descrever a experiência em educação Interprofissional de um dos programas da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Hospitalar na perspectiva da tutoria em um	A tutoria de campo possibilitou o trabalho interprofissional colaborativo, ao privilegiar: a) nas supervisões acadêmicas assistenciais, o aprendizado entre os residentes, através do compartilhamento e do reconhecimento das potencialidades individuais e coletivas de cada profissão; b) nas oficinas de orientação junto aos familiares e acompanhantes,

	hospital-escola do sul do Brasil.	permitindo que as residentes se reconhecessem em suas profissões e aprendessem sobre as outras; c) no Programa de Controle de Infecção, pela inclusão do módulo teórico da ênfase em EIP com supervisão de uma tutoria com experiência em atividades de ensino e extensão envolvendo diferentes profissões da saúde, que estimulou a interação da equipe a dar continuidade a verificar sistematicamente os indicadores.
Lima ICBF, Passos ICF, 2019	Analisar, à luz das discussões sobre educação interprofissional e práticas colaborativas no contexto da reforma psiquiátrica, o PPP de um programa de residências integradas em saúde mental.	Entre os achados, destaca-se a potencialidade do programa para o fortalecimento do processo de desinstitucionalização e de qualificação da política pública de saúde mental. 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.
Rebouças RRM et al., 2019	Compreender os limites e possibilidades de atuação interprofissional da equipe de residentes multiprofissionais da Residência Integrada em Saúde no contexto hospitalar.	Os participantes da pesquisa relacionaram o conceito dos termos multiprofissionalidade e interprofissionalidade à importância da comunicação e troca de conhecimento entre os profissionais, consideraram que a divisão de trabalho no hospital interfere na atuação interprofissional e apontaram o trabalho conjunto, visão ampliada e embasamento científico como estratégias para um cuidado integral.
Sanches MV, 2019	Compreender como se deu o processo de implantação e desenvolvimento do programa de RMS em Saúde Mental com ênfase em dependência química, considerando o enfoque nos processos de aprendizagem pautados pela educação interprofissional colaborativa.	Constatou-se que a inserção dos residentes qualifica os serviços e as equipes de saúde. Os obstáculos identificados estão relacionados às políticas públicas, ao pouco reconhecimento dos serviços quanto a atividades dos profissionais e residentes, falta de repasse financeiro para preceptores, docentes e demais colaboradores do programa, ausência de reposição de profissionais desligados dos serviços.
Dantas BT, 2020	Implantar estratégias de ensino aprendizagem para a prática de competências do trabalho em equipe entre alunos de uma Residência Integrada Multiprofissional em Saúde.	O estudo mostra a importância de práticas das equipes multiprofissionais com desenvolvimento de competências quando 89,8% concordam que aprender com outros profissionais de saúde é vantagem para desenvolvimento de habilidades do trabalho em equipe. O uso de metodologias ativas e avaliação formativa resultam em melhoria das competências, comprovada na análise das avaliações entre as atividades de práticas de simulação realística.
Querido DL et al., 2020	Conhecer as percepções dos atores envolvidos em um programa de Residência Multiprofissional sobre os fatores que influenciam a educação interprofissional.	Apesar da EIP não ser estimulada na graduação de metade dos participantes, a maioria dos preceptores consegue desenvolver suas atividades junto aos residentes nessa perspectiva e isso é percebido também pelos egressos. Dentre os desafios encontrados, destaca-se o processo de trabalho, o processo de formação dos preceptores, a comunicação interprofissional e a organização do serviço de saúde.

Fonte: Dados da pesquisa.

## **RMS como cenários para a promoção da EIP e das práticas colaborativas**

Esta dimensão analítica pôde ser percebida nos estudos que buscaram introduzir atividades de promoção da EIP dentro dos programas de RMS (CÂMARA, 2014; MOTTA; PACHECO, 2014; SOARES, 2015; SANTOS et al, 2016; FROSSARD; SILVA, 2016; ARNEMANN et al, 2018; CAMARGO et al, 2018; COSTA, 2018; LAGO et al, 2018; HENRIQUE, 2019; LEWGOY et al, 2019; DANTAS, 2020); naqueles que identificaram cenários favoráveis através de dispositivos institucionais, como os PPP (MIRANDA NETO et al, 2015; ARRUDA et al, 2016; CASANOVA et al, 2018; EVANGELISTA et al, 2018; LIMA; PASSOS, 2019); e nos que analisaram a percepção e a disponibilidade dos atores para a aprendizagem interprofissional compartilhada (PEREGO; BATISTA, 2016; AGUIAR, 2018; LEITÃO, 2018; DANTAS, 2020) .

Os achados convergem para a conclusão de que a residência possui potencial pedagógico para o desenvolvimento da EIP, proporciona espaços para a prática da colaboração interprofissional, e se configura como modalidade educacional propícia para o treinamento interprofissional.

Os principais elementos encontrados nesta categoria que embasam tal conclusão foram: a presença de currículo baseado em competências, a educação pelo trabalho, a inserção dos residentes em equipes multiprofissionais, educação permanente como princípio pedagógico, presença de metodologias ativas, foco na integralidade e avaliações formativas. Dentre as práticas presentes nas RMS que promovem a EIP foram identificadas: a construção de projeto terapêutico singular, ações integradas entre as diferentes áreas da residência, matriciamento, reuniões de equipe, atividades de educação permanente e interconsultas.

Corroborando com estes resultados, Vasconcelos et al (2016a), ao analisar a percepção de profissionais da Atenção Básica sobre as RMS, identificaram que a residência trouxe a ampliação da visão sobre o trabalho interprofissional na prática, além do conhecimento sobre áreas profissionais antes não conhecidas, e que esta é vista como uma estratégia de educação permanente promovendo momentos de troca de saberes e potencializando a escuta e o diálogo entre equipes. Rodrigues (2016) argumenta que o trabalho em equipe proporcionado pelas RMS traz em si a lógica das trocas, conversas,

reuniões e articulações das ações, devendo ser uma diretriz presente no trabalho de todos os profissionais.

Em estudo publicado por Bones (2015), a proposta da residência multiprofissional permite atuar conscientemente de modo interdisciplinar, no qual a escolha da organização do processo de trabalho contribua para auxiliar na definição dos papéis profissionais, seus objetivos e relações conforme o escopo das práticas colaborativas em projetos de EIP visando à excelência assistencial dos serviços de saúde.

### **RMS e o desenvolvimento de competências para o trabalho interprofissional e transformação das práticas**

Os achados referentes à esta categoria dizem respeito às dinâmicas proporcionadas pelas RMS para a aquisição de competências relacionadas à EIP e ao potencial destas em promover mudanças nos ambientes e processos de trabalho dos serviços. Foram relatadas experiências que privilegiam o compartilhamento e reconhecimento das potencialidades individuais e coletivas de cada profissão, além do aprendizado sobre estas, focando na integralidade do cuidado e nas necessidades dos usuários (CÂMARA, 2014; MOTTA; PACHECO, 2014; SANTOS et al, 2016; ARAÚJO et al, 2017; BRITO, 2017; ARRUDA et al, 2018; CAMARGO, 2018; EVANGELISTA et al, 2018; WETZEL et al, 2018; ALVES, 2019; HENRIQUE et al, 2019; SANCHES, 2019; QUERIDO et al, 2020).

O aprendizado sobre competências comuns e colaborativas foi identificado pelos residentes participantes dos estudos, ao mesmo tempo em que se reconheceu a importância de fortalecer as identidades profissionais. Assim, os residentes consideram que as RMS possibilitam o desenvolvimento de competências para uma prática colaborativa em saúde no contexto do SUS (CASANOVA et al, 2015; MIRANDA NETO, 2015; ALBUQUERQUE et al, 2018; CASANOVA et al, 2018).

Aguilar-da-Silva et al. (2011) apontaram em seu estudo sobre percepções de estudantes de diferentes cursos da saúde em relação ao trabalho em equipe e a colaboração que, para estes, parece não existir clareza de quais são as atribuições específicas de cada profissional para o estabelecimento das competências profissionais. Porém, a maioria dos

estudantes concordou que a aprendizagem compartilhada os ajuda a compreender as próprias limitações e que o trabalho em equipe proporciona de fato um aprendizado efetivo.

Os estudos desta revisão que avaliaram a percepção dos residentes e preceptores sobre o desenvolvimento de competências para a prática colaborativa identificaram satisfação em relação à formação ofertada pelas RMS. O trabalho em equipe, o respeito mútuo, o reconhecimento do próprio papel e do outro profissional, a troca de experiências, de saberes e de corresponsabilidade na rotina de trabalho da equipe foram elementos identificados condizentes com a EIP (SILVA, 2017; CASANOVA et al, 2018).

O potencial de mudanças dos programas está diretamente relacionado com as estratégias pedagógicas desenvolvidas nos cenários educativos. Demonstrou-se que a presença dos programas de RMS tem o potencial de qualificar os trabalhadores dos serviços envolvidos através da relação destes com os residentes. A aprendizagem conjunta e a troca de informações proporcionada pelos programas estimula processos de mudança em relação aos modelos de trabalho já estabelecidos.

Uchôa-Figueiredo et al. (2016) argumentam que as residências promovem a formação tanto para os residentes quanto para os profissionais de saúde, pois levam os envolvidos à reflexão e à consequente transformação dos modelos e modos de operar em saúde. Vasconcelos et al. (2016a; 2016b) encontraram que a inserção dos residentes diminuiu o tempo necessário para visitas domiciliares de agentes comunitários de saúde na atenção básica, por causa das orientações e informações trazidas pelas trocas com os grupos de residentes. Observam ainda que, mesmo sem o reconhecimento dos profissionais dos serviços quanto à importância da integração ensino-serviço-comunidade, as ações e discussões compartilhadas dispararam reflexões sobre o cotidiano do trabalho gerando mudanças nas práticas profissionais.

### **Limites e desafios à EIP nas RMS**

Esta categoria apresenta os principais limites e desafios para a implantação da EIP nas RMS encontrados nos estudos analisados e se concentraram nos seguintes elementos: fundamentação e compreensão teórica sobre a EIP; pouca compreensão sobre os papéis dos residentes, preceptores

e profissionais de diferentes áreas; estruturação dos cenários de prática e organização dos serviços; rigidez curricular; cargas de trabalho e horária excessivas; formação uniprofissional; comunicação e trocas entre profissionais; incentivo político e financeiro (MIRANDA NETO, 2015; FROSSARD, SILVA, 2016; ARRUDA et al, 2016; MEDINA, 2016; CASANOVA et al, 2018; COSTA, 2018; LAGO et al, 2018; LEITÃO, 2018; MEDEIROS, 2018; LAGO, 2019; REBOUÇAS et al, 2019; SANCHES, 2019; QUERIDO et al, 2020).

Os estudos mostraram que ainda há confusão sobre os conceitos de multiprofissionalidade e interprofissionalidade (DIAS et al, 2016; ARAÚJO et al, 2017), e sobre as funções e responsabilidades dos residentes e outros profissionais (MEDINA, 2016; AGUIAR, 2018; SANCHES, 2019). Este aspecto leva à fragmentação das ações, dificultando a integralidade do cuidado preconizada pelos programas e pelo SUS.

Em relação aos serviços, foram mencionados como desafios a contratação e reposição insuficientes de profissionais, ocasionando altas demandas e exigências de produção em massa. Além disso, o número insuficiente de profissionais para acompanhar o andamento das atividades dos residentes no cotidiano e a necessidade de qualificação e aperfeiçoamento dos preceptores também foram mencionados nos estudos incluídos (FROSSARD; SILVA, 2016; MEDINA, 2016; SILVA, 2017; SANCHES, 2019).

Para Rodrigues (2016), o residente não deve ser visto como mais um membro da equipe que responde individualmente às demandas ou supre a necessidade imediata de recursos humanos. Apesar de apresentar autonomia como profissional para exercer suas atribuições específicas, a articulação com a formação torna diferenciada a sua inserção nos serviços.

Estudo realizado por Vasconcelos et al (2016a) demonstrou que trabalhadores dos serviços reconhecem os residentes como profissionais com autonomia para realizar condutas sem limitações ou necessidade de supervisão constante. A dualidade existente quanto ao papel dos residentes (aluno *versus* profissional) poderia ser mais bem compreendida com a construção de uma identidade da residência dentro dos serviços para todos os trabalhadores envolvidos, sendo essa uma necessidade reconhecida pelo estudo de Aguiar (2018).

A carga horária excessiva dos residentes, que limita o tempo para reflexão nos espaços de atuação, foi apontada como um desafio por alguns estudos (FROSSARD; SILVA, 2016; LAGO et al, 2018) e corroborada por Rodrigues (2016) que considera necessária a discussão de revisão desta carga horária nos espaços organizativos e instâncias legais dos programas de RMS. Por outro lado, Vasconcelos et al. (2016a) consideram que a extensa carga horária em atividades práticas propicia um maior contato dos residentes com o planejamento e execução das tarefas, ampliando sua participação e incorporação às equipes.

Outro aspecto referido foi a existência de tensões entre a reprodução da formação especializada uniprofissional e a criação de espaços para a prática colaborativa interprofissional (LAGO et al, 2018; HENRIQUE et al, 2019; LAGO, 2019; QUERIDO et al, 2020). Foi citado o esforço necessário para a construção de uma plataforma de atuação única e manutenção do vínculo existente entre os membros da equipe, visto que os olhares sobre a mesma realidade nem sempre eram concordantes (LAGO, 2019).

Neste sentido, a comunicação interprofissional foi considerada como um desafio, reafirmado pelas dificuldades de encontro entre diferentes profissionais nos serviços, pelo isolamento dos residentes no segundo ano de residência, e pela centralidade na figura do profissional médico e pouca interação com residentes médicos (SOARES, 2015; LAGO et al, 2018; MEDEIROS, 2018 HENRIQUE et al, 2019; LAGO, 2019). A ausência de um espaço democrático consolidado de discussão entre os residentes, coordenadores e gestores dos programas foi citada, assim como no estudo de Vasconcelos (2016a), no qual a desarticulação de comunicação entre as diferentes frentes de inserção da residência foi mencionada como um desafio operacional e pedagógico para as equipes.

Obstáculos quanto às políticas públicas e atual contexto político das residências multiprofissionais, sustentabilidade financeira dos programas e repasses financeiros à preceptores, docentes e demais colaboradores também foram apontados como limites ao exercício da EIP nas RMS (ARRUDA et al, 2016; FROSSARD; SILVA, 2016; SANCHES, 2019).

## **4.2 Pesquisa documental**

Os três PPP foram analisados quanto aos seus aspectos gerais, estrutura e conteúdo programático (Quadro 4), com base nas diretrizes orientadoras para avaliação de contextos educacionais na perspectiva da EIP (Barr, 2003).

### **4.2.1 Aspectos gerais**

Os PPP analisados foram elaborados nos anos de 2010, 2011 e 2020, sendo que os dois primeiros estavam em processo de atualização quando do período de coleta de dados, e o último é a quinta versão elaborada pelo programa. Ressalta-se que dois programas estão em funcionamento desde 2010, e outro desde 2012.

Com relação à estrutura dos documentos analisados, todos estão separados em capítulos, em diferentes ordens. Apenas um está organizado em sumário e dois apresentam referências bibliográficas. Isto demonstra que apesar de haver um modelo de preenchimento de projetos disponibilizado pelo MEC, não há uma padronização de formato para a elaboração dos PPP.

Os três PPP apresentam os capítulos referentes à identificação e caracterização dos programas; corpo docente assistencial; justificativa; objetivos gerais e específicos; perfil geral dos egressos; cenários de prática; matriz curricular e diretriz pedagógica; articulação com políticas de saúde locais e parcerias; metodologias de avaliação discente e dos programas; e demonstração de uma semana padrão de atividade dos residentes. Dois PPP (A e B) relatam a infraestrutura disponível para o desenvolvimento das atividades do programa e mencionam sua representação na Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU). Alguns capítulos apresentam, ainda, divisões em seções.

Em todos os PPP, no capítulo referente à justificativa, é apresentado um breve histórico do surgimento de cada programa multiprofissional em articulação com outros setores das instituições, identificando a necessidade de repensar a formação profissional e de elaborar uma proposta na qual houvesse interação entre diferentes áreas e cenários de prática.



Quanto ao perfil geral dos egressos, os três PPP analisados destacam a formação crítica, humanística e reflexiva para atuação em equipes multiprofissionais na perspectiva interdisciplinar e intersetorial, com base na integralidade da assistência, no perfil epidemiológico e nos princípios do SUS. Citam também o desenvolvimento de uma visão ampla e global do processo saúde-doença, a produção de pesquisas e a geração de conhecimentos relevantes para o aprimoramento e qualificação da assistência, participação nos processos de tomada de decisão, elaboração do diagnóstico e do plano de cuidados terapêuticos.

Outras características esperadas dos residentes ao final dos programas, conforme os PPP, são a capacidade de desenvolver práticas educativas e ações voltadas ao controle social e de contribuir com o gerenciamento, o domínio e o conhecimento das políticas públicas de saúde. Dois PPP mencionam a “melhoria dos indicadores qualitativos da saúde” e a “redução do tempo de hospitalização” como desfechos esperados da prática em equipe multidisciplinar proporcionada pelos programas. Segundo Barr (2003), a EIP baseada no trabalho pode ter um impacto direto na qualidade da assistência e a colaboração é vista como um meio de se atingir a melhoria do cuidado.

O PPP C apresenta em seu conteúdo uma seção independente sobre “competências profissionais comuns”, além do perfil geral dos egressos que também consta nos outros dois PPP. Tal seção elenca as habilidades gerais a serem desenvolvidas pelos profissionais residentes dentro da área temática do programa, extrapolando o núcleo de saber e prática de cada profissão.

O termo “interprofissional” é citado no referido PPP em dois momentos: “na aquisição de habilidades para a atuação profissional dentro do contexto de uma equipe multiprofissional na perspectiva interprofissional”, e para a “articulação do conhecimento e saberes de outras profissões de modo interprofissional a fim de contribuir no diagnóstico e no cuidado”.

O PPP A apresenta as “competências e atribuições das diferentes profissões em saúde” dentro da seção que descreve a estrutura curricular por módulos e disciplinas, enquanto o B cita o termo “competência” no capítulo que trata do objetivo geral. Nenhum dos PPP traz uma definição sobre o conceito de competência.

A competência profissional pode ser compreendida como a capacidade de articular e pôr em prática conhecimentos, habilidades e atitudes na resolução de problemas em uma situação determinada de trabalho dentro do seu contexto cultural e sujeito a imprevisibilidades (DELUIZ, 2001). Sobre isso, todos os PPP analisados colocam em seus textos o reconhecimento e a articulação das competências e atribuições de diferentes profissões, aspecto coerente com a EIP no que diz respeito ao aprendizado sobre outras profissões.

Outras similaridades estão na aquisição de competências para garantir a integralidade da assistência centralizada nas necessidades de saúde dos usuários, postura ética, reflexiva e crítica e melhoria da qualidade e resolubilidade do atendimento. Ainda assim, nota-se que todos os projetos delineiam mais detalhadamente as competências específicas por área profissional que serão construídas e exigidas ao término da residência, do que aquelas em comum.

Sendo as RMS consideradas como uma proposta inovadora de formação para o trabalho em equipe pautada pelos princípios do SUS, admite-se que esta apresente conteúdos profissionais diferentes daqueles exigidos dentro das graduações, uma vez que se desenvolve na perspectiva interdisciplinar e tem foco nas reais necessidades de saúde em constante transformações. Ou seja, a exigência e avaliação das competências dentro do contexto das residências não podem ser pautadas em resultados apenas individuais, mas articuladas com a aquisição de novas competências que só poderão ser aprendidas e mobilizadas dentro de um contexto coletivo de trabalho e em situações compartilhadas em grupo.

No PPP C há uma seção referente à relação entre o número de residentes e a formação nos serviços de saúde, indicando a proporção de preceptores por residentes por núcleo profissional. De acordo com a Portaria Interministerial nº 285, de 24 de março de 2015, que redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE), considerando os programas de RMS nestes alocados, o acompanhamento diário dos residentes por preceptores deve ser realizado respeitando-se o mínimo de *“1 (um) preceptor com carga horária de 20 (vinte) horas semanais para cada 3 (três) residentes ou 1 (um)*

*preceptor com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para cada 6 (seis) residentes”.*

No caso do PPP mencionado, o programa conta com 18 profissionais de diversas áreas para a supervisão de 20 residentes, além de quatro médicos para preceptoria em cenários de prática multiprofissional, nos quais a formação está relacionada com o desenvolvimento de competências comuns gerais. Cabe mencionar, ainda, que todos os PPP apresentam uma seção referente ao corpo docente assistencial, com a listagem dos profissionais encarregados da supervisão e preceptoria dos residentes.

Todas as universidades participantes do presente estudo já apresentavam programas de residência em áreas específicas da saúde, de perspectiva uniprofissional. Apesar de todos os PPP deixarem evidente o foco da formação para o trabalho em equipe e o atendimento integral focado no usuário, apenas o PPP C cita experiências de interação interprofissional prévias à implantação da RMS e apresenta em seu texto o termo “interprofissional”.

Além disso, devido as RMS estarem inseridas na PNEPS, na qual a educação permanente norteia a formação dos profissionais no e para o SUS, a menção à essa política foi investigada nos PPP. O PPP A menciona a PNEPS somente na seção de referências bibliográficas e cita na seção do “Perfil do egresso por núcleo profissional” a compreensão da “formação como um exercício contínuo e permanente de atualização dos saberes psicológicos e de busca pela qualidade do exercício profissional”.

O PPP B assume a educação permanente como eixo pedagógico e política de formação de sua proposta na seção de “Diretrizes Pedagógicas”, e o PPP C traz a educação permanente como forma de empreender contínua formação profissional em sua seção de “Competências Profissionais Comuns”.

#### ***4.2.2 Perspectiva da educação interprofissional nos projetos pedagógicos***

Quanto à análise dos PPP sob a ótica dos elementos que configuram a EIP nos contextos educacionais, tomou-se como base as diretrizes propostas por Barr publicadas pelo CAIPE em 2003. Assim, foi elaborada uma matriz obtendo as seguintes categorias de análise: objetivos, fundamentação teórica, estrutura e métodos de ensino-aprendizagem, e mecanismos de avaliação,

conforme disposto no Quadro 1 apresentado na seção Métodos. Um checklist que resume os elementos teórico-metodológicos da EIP descritos nos PPP está apresentado no Quadro 4.

**Quadro 4.** Checklist dos elementos teórico-metodológicos da educação interprofissional descritos nos projetos políticos pedagógicos dos programas de residência multiprofissional analisados. Rio de Janeiro, RJ, 2020

Elementos da EIP	PPP A	PPP B	PPP C
<b>Objetivos</b>			
Duas ou mais profissões aprendendo juntas	X	X	X
Desenvolvimento de atitudes e competências para a prática colaborativa	X	X	X
Aprendizado sobre o papel de cada profissão	X	X	X
Estabelecimento de objetivos comuns	X	X	X
A colaboração profissional como estratégia de melhoria da qualidade da atenção	-	-	-
<b>Fundamentação teórica</b>			
Bases em teorias educacionais que promovam a aprendizagem reflexiva e colaborativa em serviço	X	X	X
<b>Estrutura e métodos de ensino-aprendizagem</b>			
A aprendizagem interprofissional deve estar prevista na estrutura curricular, integrando os módulos/unidades	-	-	X
Aprendizagem baseada em evidências científicas; e na mutualidade e reciprocidade	X	X	X
Conjugação de métodos pedagógicos comuns e compartilhados	X	X	X
Utilização de metodologias de aprendizado que integrem diferentes recursos interativos e de contextualização	X	X	X
Recursos pedagógicos que promovam o aprendizado compartilhado entre diferentes profissões	X	X	X
Aprendizagem baseada na inclusão e centralização do usuário e na participação efetiva dos profissionais do serviço nas práticas educativas	X	X	X
<b>Mecanismos de avaliação</b>			
Processos avaliativos contínuos dos aprendizes, que verifiquem o desenvolvimento de competências e atitudes profissionais	X	X	X
Avaliação periódica do programa que permita o replanejamento dos métodos pedagógicos	X	X	X
Os resultados das práticas educacionais devem ser divulgados para auxiliar o desenvolvimento de novas experiências que aprimorem os contextos educacionais	X	-	-

Fonte: Dados da pesquisa.

Devido à própria natureza das RMS, que para serem caracterizadas como tal devem conter pelo menos três profissões de saúde em seus programas, estas já apresentam um elemento chave para a prática da EIP: a interação entre duas ou mais profissões (BARR, 2013). Os cursos contemplados nos programas estudados foram: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. No entanto, outros aspectos precisam estar presentes para que se configure a EIP.

Como mencionado anteriormente, a *“educação interprofissional ocorre quando alunos ou membros de duas ou mais profissões aprendem com, a partir e sobre o outro para melhorar a colaboração e a qualidade do cuidado”* (BARR, 2013, p. 6). Assim, dentro de cada categoria analisada, buscou-se identificar elementos presentes nos textos dos PPP que apontem na direção da EIP, a fim de refletir sobre as potencialidades das RMS nesse contexto.

A categoria relacionada aos objetivos procura identificar se esses promovem ou contribuem para a prática colaborativa. Engloba diferentes elementos da EIP, como: duas ou mais profissões aprendendo juntas, o desenvolvimento de atitudes e competências para a prática colaborativa, o aprendizado sobre o papel de cada profissão, o estabelecimento de objetivos em comum e a colaboração profissional como estratégia de melhoria da qualidade da atenção (BARR, 2003).

As competências requeridas para a efetiva colaboração interprofissional podem ser compreendidas a partir de seis domínios: 1) comunicação interprofissional; 2) cuidado centrado no paciente/cliente/família/comunidade; 3) esclarecimento de papéis, funções e responsabilidades; 4) funcionamento da equipe (valores e ética); 5) liderança colaborativa; e 6) resolução de conflitos. Estes domínios destacam os conhecimentos, habilidades, atitudes e valores que moldam a prática colaborativa interprofissional (CIHC, 2010).

Em todos os PPP analisados foi mencionado o desenvolvimento de habilidades para o trabalho interdisciplinar e atuação em equipe multiprofissional. A capacidade de reconhecer e resolver conflitos e tensões dentro da equipe visando um trabalho coletivo aparece no PPP A; e a capacidade de comunicar-se e interagir com outros profissionais e a aptidão

para liderar equipes aparecem no PPP C como exemplos de atitudes e competências que podem contribuir com a prática colaborativa.

Em relação ao aprendizado sobre o papel de cada profissão, todos os textos ressaltam a necessidade de reconhecimento e reflexão crítica sobre as atribuições, competências e responsabilidades das diferentes profissões dos membros da equipe. Segundo os PPP, através do convívio e troca de experiências entre os residentes nos distintos ambientes de trabalho é possível viabilizar a criação de vínculo e corresponsabilização. Isto possibilitaria o aprendizado conjunto dos profissionais sobre o trabalho em equipe e as especificidades de cada área.

O estabelecimento de objetivos comuns foi evidenciado nos três PPP, segundo os quais os programas visam principalmente ao desenvolvimento da capacidade, por parte dos residentes, de trabalhar em equipe de forma crítica não apenas na prática clínica, mas também no âmbito da gestão, políticas públicas e pesquisa. Foram identificados ainda como objetivos, nos PPP A e C, o desenvolvimento da capacidade de comunicação para a elaboração de planos terapêuticos em equipe, construção de soluções para problemáticas complexas e resolução de conflitos a partir do trabalho coletivo, e melhora da interação entre as equipes. Tais objetivos encontram-se alinhados com o domínio “comunicação interprofissional e resolução de conflitos” das competências colaborativas (IPEC, 2016).

Na perspectiva da EIP, os objetivos de um curso, seja ele de graduação ou pós-graduação, são os passos para se alcançar melhores práticas colaborativas. Estas, por sua vez, são vistas como um meio de melhorar a qualidade do cuidado (BARR, 2003). Este aspecto está evidenciado em todos os textos dos PPP em termos como “aumento da resolubilidade do atendimento”, “redução do tempo de hospitalização”, “uso racional de recursos”, “melhoria dos indicadores qualitativos da saúde”, “melhoria da organização do processo de trabalho” e “promoção e manutenção da qualidade da assistência à saúde”. No entanto, nenhum dos PPP analisados expressou claramente a colaboração como competência para a melhoria da assistência.

A categoria “fundamentação teórica” está relacionada à presença ou não de informação nos PPP sobre teorias educacionais que promovem a aprendizagem reflexiva e colaborativa em serviço. Neste eixo, foi possível

identificar os marcos teórico-metodológicos adotados pelos programas, levando à compreensão da concepção de educação que os embasa.

Apesar de não terem sido evidenciadas explicitamente teorias educacionais específicas, todos os programas adotam a interdisciplinaridade, a formação crítico-reflexiva, o trabalho em equipe e a integralidade como referenciais teóricos, indo ao encontro dos pressupostos da EIP. O PPP B traz em seu texto a EPS como eixo pedagógico, e apenas o PPP C cita o termo “interprofissional” como um de seus marcos teórico-metodológicos.

No tópico “estrutura e métodos de ensino-aprendizagem” buscou-se analisar se o aprendizado interprofissional está previsto na estrutura curricular dos programas e se este é baseado em evidências científicas e centrado no usuário, além de identificar se são adotados métodos de aprendizagem interativa.

Identificou-se que os programas apresentam um currículo organizado em módulos em torno de eixos comuns a todas as categorias profissionais e em módulos específicos, baseados na adoção de linhas de cuidados multidisciplinares e em competências. Os PPP A e B apresentam um eixo transversal em sua matriz curricular, estruturado nas práticas interdisciplinares e no conjunto de competências ativadas a partir das ideias de campo e núcleo profissional.

O aprendizado baseado em problemas (ABP) foi citado nos PPP A e C, e a problematização no PPP B. A aprendizagem em serviço e a aprendizagem entre pares ou time foram citadas no PPP A.

O ABP é uma metodologia formativa baseada no estudo de problemas e situações com o objetivo de direcionar a organização curricular para que os alunos estudem determinados conteúdos com carga horária prevista e sejam capacitados a buscar conhecimentos por si mesmos (SAKAI; LIMA, 1996; BERBEL, 1998). A metodologia da problematização pode ser utilizada em situações relacionadas à vida em sociedade e pode ser dividida em cinco etapas: observação da realidade, pontos-chaves, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. Dessa maneira, os estudantes são incitados a refletir sobre as possíveis causas e determinantes do problema, elaborar soluções e intervenções para transformar a realidade na prática, exercitando assim a relação prática - teoria – prática (BERBEL, 1998).



O ABP e a problematização são métodos que possuem importantes elementos para a solução de necessidades complexas de saúde por meio da reflexão dos problemas, aprendizagem compartilhada e prática baseada em evidências (PBE) (FREIRE FILHO et al., 2018b).

A aprendizagem em serviço permite o questionamento das práticas através do cotidiano e de vivências de situações no ambiente das relações com usuários e equipe de trabalho, indo além da relação docente-discente. A partir das interações e experiências do cotidiano, incorporam-se os instrumentos necessários para a intervenção adequada (GARCIA, 2000).

Já a aprendizagem por pares foca na mobilização dos estudantes para atividades interativas propostas pelos docentes, como por exemplo, discussões em grupo, visando criar espaços de diálogo para aprofundar temas de estudo e ampliar conhecimentos. Essa abordagem favorece a interação crítica entre os alunos e o desenvolvimento da capacidade de argumentação, comunicação e síntese de informações de forma independente e colaborativa (PEREIRA, 2017).

O uso de metodologias ativas, interativas, reflexivas e centradas no paciente são métodos de escolha na adoção da EIP, na medida em que criam oportunidades de conhecer e comparar papéis e responsabilidades e adquirir conhecimentos e habilidades para a prática colaborativa. O ABP especificamente tem sido apontada como um método de aprendizagem indicado para a EIP (BARR, 2013).

Dessa forma, todos os programas analisados apresentam métodos de aprendizagem coerentes com os princípios da EIP e com o eixo norteador das RMS que preconiza que a abordagem pedagógica dos programas considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho (BRASIL, 2009b). Esses achados são consistentes com os de outros estudos.

Miranda Neto et al. (2015), em sua análise de seis programas de RMS no estado de São Paulo, identificaram o uso de metodologias ativas, como o ABP e a problematização, em cinco deles, sendo que um já adota especificamente a EIP como referencial teórico. Avellar (2013) e Santos (2010) também encontraram em seus estudos o uso do ABP e a problematização como metodologias ativas presentes nos PPP de RMS do Rio de Janeiro e Bahia.

Tal conformação metodológica também vem se apresentando em outros perfis de programa. Freire Filho et al. (2018b), ao analisarem os PPP dos cursos de especialização ofertados no âmbito do Programa Mais Médicos (PMM), identificaram o uso de métodos como aprendizado misturado (*e-learning* integrado a outro método tradicional de aprendizagem), ABP, problematização e educação pelo trabalho. Estes resultados demonstram uma busca por adotar metodologias educacionais capazes de desenvolver maior autonomia dos estudantes no processo de ensino-aprendizagem, sendo, assim, condizentes com os pressupostos da EIP (BRASIL, 2018a).

O aspecto interprofissional está claramente evidenciado no PPP C, assim como a PBE:

O treinamento em equipe interprofissional se dá pela organização dos residentes nas ações desenvolvidas (...), estimulando o diálogo, a compreensão do papel do outro e de sua importância para o plano de cuidados proposto para o usuário. (PPP C)

(...) avaliar, sistematizar e decidir condutas adequadas, baseadas em evidências científicas. (PPP C)

Nos PPP A e B, apesar de não mencionarem especificamente a PBE, pôde-se observar a valorização e incentivo aos processos investigativos como meios de transformar as práticas, sendo apresentados como objetivos dos programas:

Conhecer o significado, as formas e as possibilidades da investigação e produção do conhecimento científico. (PPP A)

Estimular prática profissional investigativa. (PPP B)

A PBE pode ser definida como uma abordagem que integra a melhor evidência científica disponível com a experiência clínica e a escolha do paciente para auxiliar na tomada de decisão e prover a assistência de forma coerente, segura e sistematizada. Possibilita reduzir as distâncias entre pesquisa e assistência, produzindo uma prática reflexiva baseada em conhecimentos científicos, e é reconhecida como uma competência profissional fundamental (SACKETT et al., 2003; SCHNEIDER et al., 2020; FARIA et al., 2021).

A EIP traz como um de seus elementos a adoção da PBE, que não deve estar isolada ou restrita a determinada disciplina ou profissão. A EIP tem o

potencial de assegurar uma padronização da PBE entre profissionais de áreas distintas, inserindo o desenvolvimento de habilidades e competências colaborativas para a avaliação crítica de estudos na graduação e pós-graduação, viabilizando, assim, a PBE nos cenários assistenciais (FARIA et al., 2021; NANDIWADA; KORMOS, 2018).

Os PPP trazem em seus textos, ainda que não explícito nos termos da EIP, o aprendizado através da interdisciplinaridade e da indissociabilidade entre ensino, assistência e pesquisa com foco nas necessidades dos usuários, compatível com o referencial teórico da EIP:

O que norteia as ações é uma ética do cuidado e da valorização da singularidade de cada usuário. (PPP A)

(...) desenvolvimento de profissionais que compartilhem suas ações, com foco nas necessidades dos usuários. (PPP B)

O aprendizado se dá no contato direto com os usuários em diferentes cenários, tendo como objetivo comum dar respostas às questões de saúde da população atendida. (PPP C)

(...) investigação supervisionada em serviço, envolvendo orientação acadêmica para reflexão coletiva das atividades da prática profissional, a partir do embasamento teórico-metodológico no processo da formação para fins de pesquisa e estudo dessas mesmas práticas. (PPP A)

O educando como sujeito: é condutor do seu processo de aprendizagem. A tarefa do fazer é assumida sob mediação e neste movimento interage com as necessidades dos usuários, dos profissionais, compreendendo-as, significando-as. (PPP B)

Quanto aos mecanismos de avaliação, procurou-se identificar quais os processos avaliativos são adotados, se ocorrem de forma periódica permitindo o replanejamento dos métodos pedagógicos, se promovem o desenvolvimento de competências profissionais e se há divulgação dos resultados das práticas educacionais. Observou-se que cada programa possui diferentes estratégias e instrumentos de avaliação dos residentes, preceptores e tutores, e do processo pedagógico. O PPP C foi o único que explicitou a periodicidade das avaliações (trimestralmente, semestralmente e anualmente).

As avaliações são expressas no texto do PPP C como base para ajustes contínuos e possíveis reorientações nos cenários teóricos e práticos, assim como no processo de trabalho. Além disso, cita os critérios adotados na avaliação dos residentes (relação interpessoal, desempenho prático, postura

ético-profissional, conhecimento teórico e habilidades adquiridos), bem como o resultado esperado com as ações desempenhadas, qual seja: o alcance de competências para o trabalho em equipe.

Propiciar ao residente, dentro do campo da promoção da saúde e das ações educativas, o alcance de competências profissionais que viabilizem a criação de vínculo e corresponsabilização, possibilitando que os profissionais aprendam juntos sobre o trabalho em equipe e as especificidades de cada área. (PPP C).

A educação profissional liderada para o resultado e baseada em competências facilita a introdução de currículos interprofissionais e tais competências devem ser avaliadas através de critérios de desempenho claramente explicitados (BARR, 1998; DELUIZ, 2004).

O PPP A indica o estabelecimento de indicadores como resultado das avaliações e o B propõe um sistema de avaliação contemplando três componentes: avaliação dos residentes, avaliação do processo pedagógico e avaliação dos resultados do programa. No entanto, tais PPP não especificam as competências avaliadas.

A autoavaliação dos residentes está presente nos PPP B e C, colocando-os como participantes ativos do processo avaliativo. A avaliação, na lógica da EIP, deve se desenvolver internamente desde o início pelos diferentes sujeitos participantes, incluindo professores, estudantes, prestadores de serviço e a própria universidade. Apenas o PPP C cita a autoavaliação dos preceptores a fim de proporcionar reflexões sobre a prática da preceptoria visando sua capacitação.

A autoavaliação do programa está presente no PPP B através de reuniões periódicas entre coordenadores de áreas, docentes, preceptores e tutores e residentes de forma contínua. Já a avaliação da infraestrutura está presente nos PPP A e C. Por fim, no que se refere à divulgação dos resultados dos processos avaliativos, apenas o PPP A cita que os resultados são apresentados ao final de cada ano letivo, em seminário anual de avaliação e programação.

O Quadro 5 apresenta uma síntese dos aspectos mencionados pelos PPP e que têm relação com os elementos da EIP avaliados.

**Quadro 5.** Análise dos projetos político pedagógicos dos programas de residência multiprofissional, com base nas diretrizes orientadoras para avaliação de contextos educacionais na perspectiva da educação interprofissional. Rio de Janeiro, RJ, 2020

PPP A	PPP B	PPP C
Objetivos		
<p>Três profissões aprendendo juntas;            Atuação em equipe, de forma interdisciplinar e ética, com vistas ao exercício de ações intersetoriais, à integralidade da atenção e à redução do tempo de hospitalização;            Construção de soluções para problemáticas complexas do campo no encontro com outros profissionais;            Reconhecimento de conflitos e tensões presentes nas equipes visando à realização de um trabalho coletivo;            Reconhecimento das competências e atribuições das diferentes profissões;            Reconhecer as diferentes formas de acolhimento, valorizando a contribuição de diferentes disciplinas e campos de saber;            Atuação na rede de serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção, com vistas à produção de ações intersetoriais;            Participação na tomada de decisão, na elaboração do diagnóstico, e no plano de cuidados terapêuticos.</p>	<p>Oito profissões aprendendo juntas;            Atuação em equipes multiprofissionais pelas perspectivas de trabalho em saúde interinstitucional e interdisciplinar, fomentando a transversalidade e a grupalidade;            Aprendizado sobre as atribuições e responsabilidades dos membros da equipe;            Reflexão crítica das funções do profissional de saúde no cuidado ao usuário do sistema de saúde;            Troca de experiências distintas em ambientes diversos, propiciando o enriquecimento profissional de todos;            Coparticipação nas responsabilidades;            Identificar de forma crítica o processo gerencial das equipes visando ao aumento da resolubilidade do atendimento;            Analisar criticamente a realidade do serviço e sua área de abrangência.</p>	<p>Cinco profissões aprendendo juntas;            Atuação em equipe multiprofissional, na perspectiva interdisciplinar;            Treinamento em equipe interprofissional estimulando o diálogo, a compreensão do papel do outro e de sua importância para o plano de cuidados proposto para o usuário;            Aptidão para liderar equipes;            Atuação em equipe, promovendo o trabalho ético, participativo, corresponsável e <b>interprofissional</b>;            Comunicação clara e interação com outros profissionais;            Articulação do conhecimento e saberes de outras profissões de modo <b>interprofissional</b>;            Formação de profissionais envolvidos com gestão e organização de serviços e políticas de saúde e pesquisa;            Desenvolvimento de ações educativas na área da promoção da saúde;            Capacidade de elaboração de plano terapêutico em equipe;            Realização de intervenção na perspectiva da interdisciplinaridade;            Aperfeiçoamento da comunicação para favorecer a elaboração de um plano de cuidados, objetivando qualidade de vida e uso racional de recursos;            Capacidade de avaliar, sistematizar e decidir condutas adequadas, baseadas em evidências científicas.</p>

PPP A	PPP B	PPP C
<b>Fundamentação teórica</b>		
Interdisciplinaridade; Formação crítico-reflexiva; Aprendizado baseado em problemas; Aprendizagem em serviço; Aprendizagem entre pares ou times.	Interdisciplinaridade; Formação crítico-reflexiva; Metodologia da problematização.	Interdisciplinaridade; Formação crítico-reflexiva; Aprendizado baseado em problemas; Trabalho em equipe multiprofissional, dentro de uma perspectiva <b>interprofissional</b> .
<b>Estrutura e métodos de ensino-aprendizagem</b>		
Construção de um espaço vivo de interlocução entre diferentes disciplinas em prol da assistência e da pesquisa; Investigação supervisionada em serviço, envolvendo orientação acadêmica para reflexão coletiva das atividades da prática profissional, a partir do embasamento teórico-metodológico no processo da formação para fins de pesquisa e estudo dessas mesmas práticas; Iniciação científica; Oferta de participação nos laboratórios e núcleos de pesquisa.	Momentos coletivos, vivenciais e participativos de construção de conhecimentos, debates e trabalhos em grupo, a fim de possibilitar a troca de experiência; Desenvolvimento de pesquisas que venham a ampliar a visão crítica e reflexiva do profissional e contribuam para o aprimoramento das práticas em saúde integradas ao SUS; Produção de material educativo sobre as experiências sistematizadas e analisadas à luz do conhecimento científico; Estímulo à prática profissional investigativa.	Treinamento <b>interprofissional</b> ; Incentivo à pesquisa sistematizada; Definição de condutas com base em evidências científicas; Participação em seminários de pesquisa, realização de trabalhos de pesquisa e participação em eventos científicos.
<b>Mecanismos de avaliação</b>		
Processo sistemático de avaliação do curso, mediante aplicação de instrumentos individuais preenchidos pelos residentes, professores-tutores e profissionais-preceptores sobre a infraestrutura e o funcionamento do curso, com destaque para as questões pedagógicas e relação ensino-serviço; Resultados apresentados ao final de cada ano em seminário anual de avaliação e programação; Resultado das avaliações como ferramenta de modificação de estratégias pedagógicas.	Sistema de avaliação com três componentes: avaliação dos residentes, avaliação do processo pedagógico e avaliação dos resultados do programa; Avaliação do aproveitamento em cada unidade programática pelo residente (autoavaliação), preceptores e tutores. Autoavaliação contínua do programa através de reuniões periódicas entre coordenadores, docentes, preceptores e tutores e residentes; Autoavaliação dos residentes; Não menciona divulgação de resultados.	Avaliações periódicas realizadas trimestralmente, semestralmente e ao final do ano letivo; Adota como critérios de avaliação dos residentes os seguintes eixos: relação interpessoal, desempenho prático, postura ético-profissional, conhecimento teórico e habilidades adquiridas; Autoavaliação dos residentes e do preceptor; Avaliação anual do programa por residentes e preceptores, permitindo a retroalimentação do processo com vistas a ajustes contínuos. Não menciona divulgação de resultados.

Fonte: Dados da pesquisa.

### 4.3 Pesquisa de campo

#### 4.3.1 Survey online: questionários

Participaram desta etapa 86 respondentes, sendo 18 do Programa A, 42 do Programa B e 26 do Programa C. A amostra foi constituída majoritariamente por mulheres (n=76; 88,4%), refletindo o fato de que o setor saúde é, há muitas décadas, estruturalmente feminino (MACHADO, 2015). Em relação às residências, este dado também foi observado em estudos prévios (GOULART, 2012; MIRANDA NETO, 2015; SOUSA, 2016; SILVA; BROTTTO, 2016; CAMARGOS, 2020, AGUIAR et al., 2017). A maioria dos respondentes se graduou em Serviço Social, em instituições de ensino públicas do estado do Rio de Janeiro (Tabela 4).

**Tabela 4.** Caracterização do perfil socioprofissional dos preceptores e residentes (R1 e R2). Rio de Janeiro, RJ, 2020

Variável	Preceptor n=29	R1 n=31	R2 n=26	Total n=86	%
<b>Programa de residência</b>					
A	6	6	6	18	20,9
B	12	16	14	42	48,8
C	11	9	6	26	30,2
<b>Sexo</b>					
Feminino	23	29	24	76	88,4
Masculino	6	2	2	10	11,6
<b>Formação</b>					
Enfermagem	4	5	3	12	14,0
Farmácia	1	3	1	5	5,8
Fisioterapia	5	3	6	14	16,3
Fonoaudiologia	0	2	1	3	3,5
Nutrição	4	4	3	11	12,8
Psicologia	5	7	3	15	17,4
Serviço Social	9	5	7	21	24,4
Terapia Ocupacional	1	2	2	5	5,8
<b>Estado em que se graduou</b>					
Rio de Janeiro	27	29	23	79	91,9
Outros	2	2	3	7	8,1
<b>Natureza da instituição de ensino em que se graduou</b>					
Instituição privada	9	12	6	27	31,4
Instituição pública	20	19	20	59	68,6

Fonte: Dados da pesquisa.

A idade média dos respondentes foi de 33,6 anos, com idade mínima de 22 anos e máxima de 67 anos. Observou-se que 46,5% dos residentes possuem idade entre 22 e 29 anos. O tempo médio de formação foi de 17,9

( $\pm 9,7$ ) anos para os preceptores, 2,3 ( $\pm 2,7$ ) para os R1, e 4,5 ( $\pm 4,0$ ) para os R2 (Tabela 5).

**Tabela 5.** Média de idade e tempo de formação dos respondentes. Rio de Janeiro, RJ, 2020

Variável	Média ( $\pm$ DP)			
	Preceptor (n=29)	R1 (n=31)	R2 (n=26)	Total (n=86)
<b>Idade (anos)</b>	42,6 ( $\pm 9,6$ )	28,1 ( $\pm 7,6$ )	30,0 ( $\pm 5,0$ )	33,6 ( $\pm 10,0$ )
<b>Anos de formação</b>	17,9 ( $\pm 9,7$ )	2,3 ( $\pm 2,7$ )	4,5 ( $\pm 4,0$ )	8,2 ( $\pm 9,4$ )

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto aos níveis de formação e atuação profissional, verificou-se que a RMS é a primeira pós-graduação a ser realizada por 74,2% dos R1 e por 61,5% dos R2, e consiste na primeira experiência profissional de assistência à saúde para 45,1% e 46,2% dos R1 e R2, nesta ordem. Um residente declarou já ter realizado outro programa de residência; e 77,4% dos R1 e 53,8% dos R2 disseram nunca ter trabalhado no SUS antes da residência (Tabela 6).

**Tabela 6.** Distribuição percentual dos residentes por níveis de formação concluídos, atuação profissional e tempo de atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Rio de Janeiro, RJ, 2020

Variável	R1 (n=31)	R2 (n=26)
<b>Níveis de formação concluídos*</b>		
Especialização	19,4%	30,8%
Residência	-	3,8%
Mestrado	6,5%	7,7%
<b>Atuação profissional*</b>		
Nenhuma	45,1%	46,2%
Na atenção hospitalar pública	12,9%	26,9%
Na atenção hospitalar privada	9,7%	-
Na atenção básica	12,9%	11,5%
Na atenção ambulatorial privada	6,5%	19,2%
Na atenção ambulatorial pública	3,2%	11,5%
Outros	22,5%	26,9%
<b>Tempo de atuação no SUS</b>		
Nunca trabalhou no SUS antes da residência	77,4%	53,8%
Menos de 6 meses	9,7%	7,7%
6 meses a 1 ano	9,7%	15,4%
Entre 1 e 2 anos	3,2%	15,4%
Entre 2 e 5 anos	-	7,7%

Fonte: Dados da pesquisa. \*Percentuais não cumulativos.

Estes dados sugerem que as residências estudadas absorveram recém-graduados, configurando-se como uma porta de entrada para o mercado de trabalho, tal como identificado por outras pesquisas sobre o tema (GOULART, 2012; SOUSA, 2016; CAMARGOS, 2020). Em estudo realizado em um programa de residência de enfermagem, este aspecto foi atribuído ao fato de



os recém-formados considerarem que o tempo oferecido para o desenvolvimento de práticas na graduação é insuficiente (ZANONI, 2015).

Em relação aos preceptores, 41,4% (n=12) tem a graduação com o maior nível de formação, mas a maioria realizou especialização (n=14; 48,3%) e mestrado (n=12; 41,4%). O tempo de atuação no SUS foi superior a cinco anos (n=15; 75,9%). Registrou-se que 79,3% já possuíam experiência prévia na área de formação superior, especialmente na função de preceptor (69%). Ainda neste grupo, a maioria relatou que atua como preceptor nos programas estudados há mais de cinco anos (n=15; 51,7%) e tem vínculo empregatício de estatutário (n= 20; 69%) (Tabela 7). Dados semelhantes foram encontrados por Aguiar et al. (2017) que estudaram preceptores de cinco residências multiprofissionais. No estudo foi registrado que 68,3% possuíam título de especialista e 46,3% vínculo de estatutário.

**Tabela 7.** Distribuição percentual de preceptores por níveis de formação concluídos, tempo de atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) e de preceptor, experiência prévia na formação superior, e vínculo empregatício. Rio de Janeiro, RJ, 2020 (n=29)

Variável	Preceptor
<b>Níveis de formação concluídos*</b>	
Especialização	48,3%
Residência	20,7%
Mestrado	41,4%
Doutorado	24,1%
<b>Tempo de atuação no SUS</b>	
Menos de 6 meses	-
6 meses a 1 ano	3,4%
Entre 1 e 2 anos	3,4%
Entre 2 e 5 anos	17,2%
Mais de 5 anos	75,9%
<b>Experiência prévia na formação superior*</b>	
Preceptor	69,0%
Docente	31,0%
Sem experiência	24,1%
Tutor	13,8%
Coordenador de curso de pós-graduação (exceto residência)	10,3%
Coordenador de residência uniprofissional	10,3%
Coordenador de residência multiprofissional	10,3%
Coordenador de curso de graduação	3,4%
<b>Tempo de preceptor</b>	
Menos de 6 meses	3,4%
6 meses a 1 ano	17,2%
Entre 1 e 2 anos	13,8%
Entre 2 e 5 anos	13,8%
Mais de 5 anos	51,7%
<b>Vínculo empregatício</b>	
Estatutário	69,0%
Emprego público (celetista)	13,8%
Contrato por prazo determinado	13,8%
Recibo de Pagamento Autônomo (RPA)	3,4%

Fonte: Dados da pesquisa. \*Percentuais não cumulativos.

Foi indagado aos sujeitos se eles compreendiam a diferença entre os termos multiprofissional e interprofissional. Todos os preceptores responderam afirmativamente e o mesmo ocorreu com 80,6% dos R1 e 88,5% dos R2. Ressalta-se, no entanto, que não lhes foi solicitado explicar seus entendimentos sobre as principais diferenças conceituais. Contrário a este achado, Dias et al. (2016) encontraram que os tutores de um programa de RMS não apresentavam segurança para definir conceitualmente a interprofissionalidade.

Um estudo publicado em 2017 que buscou identificar a percepção de residentes e preceptores quanto ao trabalho multiprofissional e interprofissional, mostrou que os depoimentos corroboraram a definição de interprofissionalidade. Porém, apesar do conhecimento prévio sobre os conceitos, o componente prático foi percebido como um desafio, ressaltando a lacuna existente entre o trabalho em equipe, que articula ações entre os núcleos, e o mero aglutinamento de profissionais (ARAÚJO et al, 2017b).

Sobre a percepção de estar preparado para trabalhar em equipe, 51,2% dos respondentes disseram sentir-se parcialmente preparados no início da prática profissional; e, para 48,8%, o curso de graduação não os preparou para trabalhar em equipe (Tabela 8).

**Tabela 8.** Distribuição percentual dos respondentes de acordo com percepção de preparo para atuar em equipe. Rio de Janeiro, 2020

Respostas	Preceptor (n=29)	R1 (n=31)	R2 (n=26)	Total (n=86)
<b>Percepção de estar preparado para atuar em equipe no início da prática profissional</b>				
Nunca trabalhou na área da saúde antes	-	19%	8%	9,3%
Sim	14%	19%	27%	19,8%
Não	24%	13%	23%	19,8%
Parcialmente	62%	48%	42%	51,2%
<b>Percepção de que a graduação preparou para trabalhar em equipe</b>				
Sim	10%	19%	42%	23,3%
Não	41%	65%	38%	48,8%
Parcialmente	48%	16%	19%	27,9%

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre os preceptores que realizaram cursos de pós-graduação, 40,7% afirmaram que estes os prepararam para o trabalho em equipe, sugerindo que maiores níveis de formação podem contribuir para a aquisição desta

competência. E, nesse sentido, os cursos de graduação parecem não ser suficientes para preparar os profissionais para trabalhar em equipe.

Uchôa-Figueiredo et al. (2016) afirmam que as RMS surgiram para suprir uma lacuna no ensino nas graduações, tendo em vista que estas enfatizam uma prática isolada das diferentes profissões, não se comprometendo com o desenvolvimento de futuros profissionais aptos ao trabalho em equipe multi e interprofissional. Em contrapartida, Santos (2010, p.83) argumenta que “o objetivo da Residência Multiprofissional não é o de preencher vazios deixados pelas etapas anteriores de formação, mas sim promover a continuidade do processo.”. Sendo assim, a residência, ao articular saberes anteriormente adquiridos, depende de boas bases formativas para promover a aquisição de novas competências aliadas ao conhecimento específico de cada área (SANTOS, 2010).

Neste sentido, foi perguntado aos R2 e preceptores se a partir de suas inserções nos programas de RMS foram desenvolvidos novos conhecimentos, habilidades e competências para trabalhar em equipe com outras profissões de saúde: 96,2% e 86,2% afirmaram que sim, respectivamente (Tabela 9). Esses achados concordam com os resultados de Perego e Batista (2016), que demonstraram que os estudantes avaliados em sua pesquisa tiveram um nível de concordância alta (90%) sobre a aprendizagem conjunta com outras áreas profissionais os tornar mais aptos para o trabalho em equipe.

Tal dado reforça a hipótese de que as RMS são um dispositivo no qual a formação para o trabalho em equipe é enfatizada e estimulada. Assim como os residentes são capacitados pela formação em serviço, os preceptores também acabam se modificando pela mobilização para a *práxis* (ARAÚJO et al., 2017b).

**Tabela 9.** Distribuição percentual dos respondentes sobre aquisição de habilidades para o trabalho em equipe após inserção no programa de RMS. Rio de Janeiro, 2020

Respostas	Preceptor (n=29)	R2 (n=26)	Total (n=55)
Sim	86,2%	96,2%	91%
Não	3,4%	-	1,8%
Parcialmente	10,3%	3,8%	7,2%

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação aos aspectos relacionados à EIP que estariam contemplados nos programas de RMS estudados, os R2 e preceptores expressaram suas opiniões através da seguinte questão: “Sobre o programa de residência no qual

*atua como residente/preceptor, você considera que ele:*”, seguido de afirmações baseadas nos elementos teórico-metodológicos da EIP previstas por Barr (2003). Houve correspondência positiva em todos os aspectos analisados, sendo que a afirmação “*proporciona momentos de aprendizado conjunto com outras profissões de saúde*” apresentou o maior percentual de concordância (96% e 97%, respectivamente); enquanto a afirmação “*promove o aprendizado baseado na inclusão e na centralização do usuário*” obteve menor percentual de concordância entre os R2 (69%) e preceptores (72%) (Tabela 10).

**Tabela 10.** Distribuição percentual dos respondentes (R2 e preceptores) quanto à sua percepção sobre os elementos da educação

Elementos da EIP	R2 (n=26)				Preceptor (n=29)			
	Sim	Não	Parcialmente	Não sei opinar	Sim	Não	Parcialmente	Não sei opinar
Proporciona momentos de aprendizado conjunto com outras profissões de saúde	96%	-	4%	-	97%	-	3%	-
Promove o desenvolvimento de atitudes e competências para trabalhar colaborativamente com outras profissões de saúde	88%	-	12%	-	90%	-	10%	0%
Promove o aprendizado sobre as atribuições de outras profissões de saúde	85%	-	15%	-	76%	3%	17%	3%
Promove o aprendizado sobre as atribuições comuns de toda a equipe de saúde	88%	-	8%	4%	72%	-	28%	-
Estabelece objetivos comuns de aprendizado para todas as profissões de saúde contempladas no programa	65%	8%	23%	4%	83%	-	17%	-
Promove a aprendizagem baseada em evidências científicas	81%	-	19%	-	83%	3%	10%	3%
Promove o desenvolvimento de competências profissionais capazes de melhorar a qualidade da atenção em saúde	85%	-	15%	-	97%	-	3%	-
Promove o ensinar e o aprender em conjunto e interativamente com outras profissões de saúde	88%	-	12%	-	83%	-	17%	-
Promove o aprendizado baseado na inclusão e na centralização do usuário	69%	4%	27%	-	72%	10%	14%	3%

interprofissional (EIP) aplicados pelos programas de residência multiprofissional (n=55). Rio de Janeiro, RJ, 2020

Fonte:

Dados

da

pesquisa.

No tocante às metodologias empregadas, 50% dos R2 e 69% dos preceptores afirmaram que os programas utilizam metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Porém, 57,7% dos R2 concordaram que o programa de residência do qual participam foca mais em metodologias tradicionais de ensino em comparação às metodologias ativas; apenas 10,3% dos preceptores concordaram com esta afirmativa.

Os principais tipos de metodologias ativas presentes nos programas citados pelos R2 foram a “aprendizagem baseada em seminários” (95,8%) e a “aprendizagem baseada na prática” (91,7%). Para os preceptores, a “aprendizagem baseada na prática” (92%) e a “aprendizagem baseada em problemas” (84%) foram as metodologias ativas mais utilizadas pelos programas.

Com o intuito de avaliar o preparo dos serviços para a recepção e atuação prática dos residentes, foi elaborada a seguinte pergunta: “*Na sua opinião, os serviços nos quais os residentes atuam na prática estão preparados para receber o aluno?*”. A maioria dos preceptores (55,2%) afirmou que os serviços se encontram preparados para receber os alunos, enquanto apenas 15,4% dos R2 concordaram com esta afirmativa (Tabela 11).

**Tabela 11.** Distribuição percentual dos respondentes sobre o preparo dos serviços para receber os residentes. Rio de Janeiro, 2020

Respostas	Preceptor (n=29)	R2 (n=26)	Total (n=55)
Sim	55,2%	15,4%	36,4%
Não	6,9%	23,1%	14,5%
Parcialmente	37,9%	61,5%	49,1%

Fonte: Dados da pesquisa.

Questionados sobre quais fatores dificultam o ensino e o aprendizado compartilhados, preceptores e R2 citaram diferentes aspectos relacionados aos níveis – micro, meso e macro – considerados para a implementação da EIP (OANDASAN; REEVES, 2005). Na dimensão micro foram mencionados: dificuldade de comunicação com *staffs*, preceptores e entre equipes; inexistência de momentos de troca e de aprendizado com a equipe médica; pouca troca entre a coordenação da residência com a equipe de saúde presente no serviço; pouco tempo disponível para atividades em grupo no segundo ano da residência e poucas atividades integradas com os R2; falta de uma visão clara sobre o papel do residente na equipe (se aluno ou

profissional); dificuldade de compreensão das funções da coordenação acadêmica e da coordenação dos cenários de prática; diferentes concepções sobre o trabalho em equipe interprofissional e falta de desejo de atuar a partir dessa perspectiva; formações profissionais com visões de saúde, de trabalho e de mundo muito distintas.

O ambiente de trabalho em alguns cenários de prática nos quais temos contato com equipes que não têm perspectiva interprofissional. (R2)

Os residentes ainda chegam no campo com muita demanda profissional, compartimentados. Essa desconstrução muitas vezes fica à cargo do campo. (Preceptor)

[...] falta de mão de obra, staff e, por isso, precisamos assumir o serviço mesmo sendo residentes. (R2)

[...] pouca compreensão, por parte de alguns profissionais, da residência como um espaço de aprendizagem. (Preceptor)

Acerca da dualidade aluno *versus* profissional e do papel dos residentes, Drago et al. (2013) também identificaram confusão sobre o papel dos residentes em pesquisa realizada com enfermeiros e técnicos de enfermagem que acompanhavam o trabalho de residentes de enfermagem. Tal dado aponta que ainda se faz necessário a definição dos papéis e determinação das atribuições e competências dos atores envolvidos nos programas de RMS a partir de um processo de pactuação com os trabalhadores envolvidos, gestores e instâncias acadêmicas (DRAGO et al, 2013; ARAÚJO et al, 2017b).

Muitas vezes o residente acaba por substituir a força de trabalho nos serviços, fazendo com que estes não reconheçam a residência como uma modalidade de formação. A concepção do residente como um profissional disponível para suprir a falta de mão de obra ligada ao dimensionamento de pessoal reflete fragilidades de gestão e incorporação da função dos residentes nos serviços. Arruda et al. (2016) argumentam que embora os residentes sejam profissionais com deveres e responsabilidades como qualquer outro, a principal diferença está no fato de o residente estar inserido em um processo sistematizado de ensino-aprendizagem facilitado pelos preceptores, ampliando o foco meramente assistencial (ARAÚJO et al., 2017b; ARRUDA et al., 2016).

Identificou-se, ainda, como dificuldade para o ensino e aprendizado compartilhados, a menor participação dos R2 em atividades integradas devido ao pouco tempo disponível. Soares (2015) corrobora este achado em sua

pesquisa, ao encontrar que, apesar da proposta interprofissional dos programas de RMS estudados, há um isolamento dos residentes no segundo ano, que passam a assumir atividades individuais específicas e localizadas em outros cenários.

Em relação à dimensão meso, foram citados: infraestrutura e materiais; falta de educação continuada nos serviços para os *staffs*; qualificação dos preceptores; quantidade insuficiente de preceptores e *staffs*; falta de planejamento/estrutura dos cenários de atuação; carga horária; poucas aulas teóricas; metodologias de ensino e modelos tradicionais de ensino; ausência de preceptor de área profissional específica e fim do grupo multiprofissional no segundo ano de residência.

Preceptores que, no discurso aprovam as metodologias participativas e a construção em conjunto, mas que apresentam uma prática discursiva oposta. (Preceptor)

A própria estrutura institucional setorizada e a dificuldade da própria equipe de construir um trabalho multiprofissional, que dirá interprofissional. Nesse hospital o que predomina ainda é a centralidade no saber médico. (Preceptor)

No primeiro ano de residência as atividades são integralmente compartilhadas, nas atividades práticas e teóricas. Porém, no segundo ano, isso se perde um pouco pela dinâmica institucional. (Preceptor)

As dificuldades relatadas referentes ao aspecto da preceptoria se concentraram na comunicação, quantitativo insuficiente e qualificação dos preceptores. Desafios quanto à função de preceptoria também foram relatados em outros estudos e relacionados ao fato de os profissionais não poderem escolher se querem ou não ser preceptores, identificação pessoal com a proposta docente, dúvidas sobre o papel do preceptor (preceptor *versus* professor), acúmulo de funções sem bolsa para a preceptoria, vínculos empregatícios precários que favorecem a rotatividade e falta de capacitação específica (ARAÚJO et al, 2017b; ARRUDA et al, 2016; STEINBACH, 2015; RIBEIRO; PRADO, 2014; SILVA; BROTTTO, 2016).

O preceptor é o profissional do serviço responsável por orientar, supervisionar, ensinar e compartilhar experiências com os residentes, sendo um dos protagonistas do processo de ensino-aprendizagem nos programas de RMS. Atua, portanto, como um mediador entre os conhecimentos adquiridos e a prática dos serviços, e como facilitador do desenvolvimento formativo dos residentes. A preceptoria deve ser vista como uma prática educativa,



reconhecendo o ensino como inerente a sua prática, sendo fundamental, para isto, planejamento, formação pedagógica e valorização do seu papel como educador no âmbito do trabalho (BOTTI; REGO, 2008; RIBEIRO; PRADO, 2014; ARAÚJO et al, 2017b).

Os aspectos de nível macro mencionados foram: sucateamento do SUS; precarização dos serviços; reprodução do modelo biomédico e cultura institucional centrada na figura do médico; carência de recursos humanos e avanço do conservadorismo.

O contexto social e político atual, que somente comportam austeridade, regressão social, cortes de direitos, entre tantos outros ataques às políticas públicas, como saúde e educação, têm sido decisivos em inviabilizar muitas práticas em saúde. Falta-nos, principalmente, recursos humanos, entre outros, para a viabilização do trabalho da preceptoría. (Preceptor)

Em documento elaborado pelo MS em 2018, apresentando a síntese da realização de seis oficinas regionais para apoiar e orientar ações de EIP no País, foram expostos os principais desafios à implantação da EIP nas instituições participantes: a estrutura curricular dos cursos de graduação em saúde, a formação do corpo docente e a estrutura física das universidades. Estes aspectos também foram citados pelos respondentes desta pesquisa e estão associados à tradição da abordagem uniprofissional e disciplinar com ênfase nas competências específicas das profissões, e a estruturas físicas que reforçam esse tipo de ensino (BRASIL, 2018a).

Já como fatores que facilitam a prática do ensino e aprendizado compartilhados foram citados, na dimensão micro: o ambiente de trabalho, integração, motivação e colaboração mútua entre os residentes multiprofissionais; discussões em grupo; autonomia para tomada de decisão; possibilidade de troca de conhecimentos e comunicação constante; planejamento coletivo (democrático); relações horizontais; convivência com os outros profissionais; equipes de trabalho multiprofissionais nos turnos de atendimento; busca pelo aperfeiçoamento profissional; investimento do tempo para reflexão e avaliação das atividades de ensino por parte dos preceptores; envolvimento das equipes de saúde; contato direto com a realidade da prática associado a discussões de casos clínicos; e avaliação multidisciplinar dos pacientes.

Prática em muitos cenários importantes que não são presentes em outros programas. (R2)

Reuniões de equipe com todas as áreas profissionais, discussões de casos e situações problemas em grupos interprofissionais, ambiente de trabalho com comunicação direta e acessível aos profissionais de todas as áreas. (R2)

Espaços constantes de reflexão com a presença de diferentes membros da equipe, de diferentes especialidades (sala de aula, reuniões de fim de turno, grupos de estudos). (Preceptor)

Há muitos espaços que promovem a interação da equipe: reuniões ao final de cada turno de ambulatório, grupo de estudos multidisciplinar, projetos que envolvem os residentes das diversas áreas no planejamento de uma atividade. A equipe é disponível para orientar os residentes das diversas áreas, não apenas da sua especificidade. (Preceptor)

Na dimensão meso foram mencionados os seguintes fatores facilitadores: atividades pedagógicas teóricas que incluem profissionais de diferentes áreas, como seminários e estudos de caso, e atividades práticas, com atuação multiprofissional por meio de *rounds* e discussão de casos clínicos; aulas ministradas por professores especialistas em diversas áreas; metodologias participativas de ensino e flexibilidade em metodologia pedagógica; gestão ampliada do serviço e planejamento; preceptores em diferentes ambientes de aprendizagem; presença de interdisciplinaridade nas atividades; experiência intensa dos residentes nos diversos campos de atuação; participação dos residentes na avaliação do programa de residência; infraestrutura.

A vivência do/a residente em cenários de prática, cujo foco seja a abordagem multidisciplinar, envolvendo as diferentes áreas do conhecimento, como o round. (Preceptor)

Grupos multiprofissionais formados no primeiro ano de residência, com aulas transversais, seminários multidisciplinares e atendimento conjunto. (R2)

Ter supervisões uniprofissionais também favorece a atuação interprofissional, pois possibilita tratar de questões de cada categoria profissional em horário distinto dos grupos multiprofissionais. (R2)

A lógica institucional que tem como pressuposto o trabalho interprofissional e a atenção integral. A partir dessa lógica, os demais aspectos (organização do trabalho, das agendas, a infraestrutura, relação profissional etc.) são pensados. (Preceptor)

Na dimensão macro, a cultura e a estruturação da residência foram identificadas como fatores que facilitam a prática do ensino e aprendizado compartilhados.

Quanto à participação dos médicos nas atividades das RMS e sua interação com os residentes, foi elaborada uma questão aberta específica para que os preceptores e R2 pudessem expressar suas percepções. As opiniões

variaram em função de alguns aspectos levantados, como a receptividade e a comunicação com a equipe médica, e a existência ou não de dispositivos institucionais para promover a interação.

A interação acontece em momentos pontuais e precisamos avançar para a melhoria das relações, principalmente da comunicação assertiva. (Preceptor)

No primeiro ano essa interação é maior e em setores específicos, com a inserção do residente nos serviços. No segundo ano, o que se reproduz é a estratificação setorial da instituição e a dificuldade de construir um trabalho coletivo com médicos e outras categorias, como a enfermagem. (Preceptor)

Temos duas situações: em uma delas os médicos se articulam bem com os outros profissionais, mas, apesar disso, eles não têm horário para estar em nossa reunião de equipe e reunião de preceptoria. (Preceptor)

Pouca interação. Ainda precisamos integrar as atividades e residências médicas e multiprofissionais. (Preceptor)

Ruim. Falta maior integração entre os médicos e a residência multiprofissional. Muitos não sabem a função de cada categoria multiprofissional, trazendo prejuízos para o paciente, uma vez que dentro da instituição apenas os médicos podem fazer parecer e encaminhar o paciente para a avaliação de outras categorias profissionais. Seria interessante se a categoria médica também estivesse inserida na residência multiprofissional. (R2)

Já é algo satisfatório, porém poderia melhorar. Estes ainda não participam de algumas atividades com os demais residentes devido aos impedimentos da própria rotina do serviço. E, em relação à interação com os demais residentes, observa-se um certo distanciamento entre a equipe de residentes da medicina e demais áreas. (R2)

Grade de horários diferenciada para a medicina, o que faz com que os médicos não possam participar de todos os cenários interprofissionais. Além do próprio fato de a residência médica não estar incluída na residência multiprofissional. (R2)

A cultura que [...] fomenta a separação entre a residência multiprofissional e a medicina. Os residentes de medicina vivem numa ilha à parte, reproduzindo um modelo medicocêntrico já ultrapassado faz tempo. (R2)

Interação com os demais residentes, observa-se um certo distanciamento entre a equipe de residentes da medicina e demais áreas. (R2)

Outro ponto citado foi a formação pautada na hegemonia médica e na hierarquia, e a influência do perfil individual de cada profissional no processo.

O modelo biomédico ainda é o mais utilizado; a figura do médico é indispensável, enquanto as outras profissões da equipe multi acabam ficando à margem do processo. (Preceptor)

[...] As dificuldades existem por limitações de uns poucos profissionais que possivelmente não tem uma visão de trabalho integrado. (Preceptor)

Boa. Há algumas dificuldades, em alguns casos, devido à formação prévia: o médico como centro do saber e da tomada de decisões aparece. (Preceptor)

Apesar de não haver médicos no nosso programa de residência multiprofissional (a residência médica é uniprofissional e um programa à parte), na maioria das

vezes estas interações acontecem de forma minimamente satisfatória, apesar de diferentes graus de integração e interesse dos profissionais médicos no trabalho interprofissional a cada ciclo de aprendizado. Mas, a maioria reconhece a necessidade de compartilhamento na construção do plano de cuidado dos pacientes. (Preceptor)

Boa. Sem dúvida nenhuma, há melhor participação em termos de trabalho interprofissional dos locais em que já atuei, mas ainda pode melhorar. Ainda enxergo traços de uma formação que conduz ao pensamento de hegemonia médica. Os demais profissionais ainda precisam, com uma certa constância, "lembrar" de que todos somos igualmente importantes e necessários. (Preceptor)

Penso que há uma relação hierárquica pelo próprio lugar de poder que o médico continua a ocupar dentro dos serviços de saúde. (R2)

Existe uma relação de superioridade por parte de alguns profissionais médicos. (R2)

Alguns preceptores médicos são interessados e preparados para lidar com a equipe multiprofissional, mas são minoria. (R2)

Acredito que ainda exista algo cultural e padrão hospitalocêntrico na formação em medicina, sendo central a figura do médico, que muitas vezes é cobrado a estar na posição de "líder" durante toda sua formação e talvez na residência em clínica médica. Por isso, acho importante que sejam sempre implementados recursos e iniciativas para integrar os médicos com outras profissões, reconhecendo o valor de todos e evitando a tentativa de "prescrever" condutas de outros profissionais. (R2)

Neste sentido, em estudo anterior, Faquim e Frazão (2016) encontraram diferença de percepção por categoria profissional em relação ao grau de hierarquia nas relações de trabalho, sendo encontrado para os médicos a menor média. Para eles, tais assimetrias podem representar uma barreira subjetiva ao trabalho colaborativo. Verificou-se, a partir de algumas respostas, o potencial que programas de RMS têm em transformar as relações entre os profissionais e proporcionar situações e ambientes propícios ao trabalho colaborativo.

Os médicos chegam com dificuldades, mas transformam sua atuação, ao longo do programa, em contato constante com a proposta interdisciplinar. (Preceptor)

Dentre os residentes, há aqueles que são bem participativos e entram na proposta multi nas atividades multiprofissionais e outros que não. Já em relação aos staffs, acredito que todos compreendem a prática multi por estarem naquele ambiente por mais tempo. (R2)

Muito positiva. Os médicos do programa desta residência possuem uma boa interação com todas as outras categorias profissionais da residência multiprofissional, com o facilitador do ambiente de trabalho ser o mesmo e o gerenciamento de cuidados ser compartilhado. (R2)

Mediana. Entendo que a relação ocorre devido à concepção de trabalho adotada nesta residência, mas não a partir de uma escolha individual dos residentes médicos, principalmente em sua entrada no ambulatório. Com o passar do tempo,

alguns conseguem interagir melhor com a equipe, outros não, o que depende muito do perfil de cada profissional. (R2)

Algumas sugestões foram apontadas para a melhoria do processo ensino-aprendizagem dos programas de residência, que poderiam superar algumas das dificuldades e obstáculos identificados: adequação do quantitativo de staffs nos cenários de prática; propiciar qualificação e capacitação aos preceptores; escolha de cenários e atividades que propiciem a integração multiprofissional; maior inserção da categoria médica nas atividades; aproximação da formação teórica com a prática dos serviços; adequação e aumento de recursos para infraestrutura; melhoria na comunicação entre coordenação e preceptoria; priorização de atividades interprofissionais com adequação de carga horária para o desenvolvimento de competências para o trabalho interprofissional; aprofundamento de conhecimentos sobre práticas interprofissionais, comunicação e atribuições privativas de cada categoria profissional; foco em metodologias ativas; ampliação e diversificação dos campos de prática; esclarecimento aos profissionais dos serviços sobre o programa de ensino dos residentes; maior interação interprofissional no segundo ano da residência; mudança da cultura institucional para o trabalho multiprofissional para além da residência; maior preparo para a entrada e saída dos residentes nos campos de prática; avaliações das metodologias de ensino pela perspectiva dos residentes; maior divulgação e publicação dos trabalhos realizados nas residências; e ampliação de espaços para trocas com usuários, seus familiares e cuidadores.

Também foi abordada a necessidade de maior participação dos residentes em instâncias políticas, como fóruns, e a influência do engajamento e interesse dos profissionais na promoção da EIP e do trabalho colaborativo.

Trabalhar em equipe envolve o desejo dos membros desta em tal trabalho. Às vezes, o preceptor pode não ter tido uma educação interprofissional na sua formação, mas se estiver disponível à troca e interação, tendo respeito pelos colegas, é possível promover um trabalho colaborativo. Há um aprendizado para os residentes e para os preceptores no processo ensino-aprendizagem. (Preceptor)

Parte destas sugestões traz particularidades que vão ao encontro dos pressupostos da EIP, como o desenvolvimento de atitudes e competências para a prática colaborativa, o aprendizado sobre o papel de cada profissão, a utilização de metodologias de aprendizado que integrem diferentes recursos

interativos e de contextualização, divulgação de resultados das práticas educacionais e a aprendizagem baseada na inclusão e centralização do usuário (Barr, 2003). Tais resultados demonstram que a inserção de elementos da EIP poderia preencher certas lacunas encontradas nos processos de formação das RMS.

#### **4.3.2 Survey online: Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional**

Em relação às respostas à EJARCI pelos 86 respondentes, o somatório dos pontos variou de 76 a 140 pontos, com média de 124,77 ( $\pm 14,20$ ; IC95%: 121,72-127,81). Observou-se alto nível de consistência interna da escala determinado pelo Alfa de Cronbrach igual a 0,84.

O teste de Kruskal-Wallis, utilizado para avaliar se houve diferença nas respostas dos diferentes grupos estudados, não determinou diferenças estatisticamente significativas ( $p=0,669$ ) (Tabela 12).

**Tabela 12.** Análise da pontuação bruta entre as respostas à Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional dos diferentes grupos das RMS. Rio de Janeiro, RJ, 2020 (n=86)

Grupo	N	Média ( $\pm$ DP)	Mediana	IC 95% da média	p-valor
R1	31	126,61 ( $\pm 12,68$ )	129,0	[121,96 - 131,26]	0,669
R2	26	122,35 ( $\pm 17,05$ )	128,0	[115,46 - 129,23]	
Preceptor	29	124,97 ( $\pm 13,10$ )	128,0	[119,98 - 129,95]	
<b>Total</b>	86	124,77 ( $\pm 14,20$ )	129,0	[121,72 - 127,81]	

Fonte: Dados da pesquisa.

A categoria profissional e o programa de residência dos participantes também não apresentaram diferenças significativas nos escores ( $p=0,519$  e  $p=0,738$ , respectivamente). O teste de correlação de Spearman não demonstrou associação significativa entre a atitude em relação à colaboração e as variáveis tempo de formação ( $p=0,402$ ) e tempo de atuação no SUS ( $p=0,568$ ). E para testar a diferença entre as pontuações relativas à natureza da instituição de formação, o teste U de Mann-Whitney foi conduzido e não mostrou correlação desta variável com atitudes mais positivas para a colaboração ( $p=0,381$ ), como indicado na Tabela 13.

**Tabela 13.** Análise entre as respostas à Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional e variáveis selecionadas. Rio de Janeiro, RJ, 2020 (n=86)

Variável	N	Média (± DP)	p-valor
<b>Programa de RMS</b>			
A	18	123,94 (±14,61)	0,738
B	42	124,14 (±14,91)	
C	26	126,35 (±13,13)	
Total	86	124,77 (±14,20)	
<b>Categoria profissional</b>			
Enfermagem	12	118,58 (±17,86)	0,519
Farmácia	5	129,00 (±4,41)	
Fisioterapia	14	127,57 (±14,51)	
Fonoaudiologia	3	124,00 (±10,58)	
Nutrição	11	130,09 (±6,33)	
Psicologia	15	124,20 (±17,11)	
Serviço Social	21	123,95 (±13,40)	
Terapia Ocupacional	5	121,40 (±19,13)	
Total	86	124,77 (±14,20)	
<b>Tempo de formação</b>			
Até 2 anos	36	125,08 (±14,83)	0,402
3-5 anos	14	125,57 (±11,11)	
5-10 anos	10	119,30 (±22,03)	
11-15 anos	11	127,91 (±7,59)	
16-20 anos	5	120,20 (±9,68)	
21-25 anos	3	132,33 (±6,80)	
26-30 anos	4	128,00 (±14,20)	
30 anos ou mais	3	119,67 (±27,53)	
Total	86	124,77 (±14,20)	
<b>Tempo atuação no SUS</b>			
Não se aplica	38	124,66 (±15,51)	0,568
Menos de 6 meses	5	132,40 (±7,30)	
6 meses a 1 ano	8	118,63 (±18,92)	
Entre 1 e 2 anos	6	126,00 (±5,62)	
Entre 2 e 5 anos	7	126,43 (±2,69)	
Mais de 5 anos	22	124,59 (±14,96)	
Total	86	124,77 (±14,20)	
<b>Natureza da IES</b>			
Instituição privada	27	126,04 (±15,13)	0,381
Instituição pública	59	124,19 (±13,85)	
Total	86	124,77 (±14,20)	

Fonte: Dados da pesquisa.

A comparação entre a pontuação da escala e variáveis de gênero ( $p=0,978$ ), idade ( $p=0,171$ ) e grau de instrução ( $p=0,598$ ) também não apresentou correlação. Dessa maneira, as variáveis selecionadas não influenciaram em diferenças significativas em relação à disposição para atitudes colaborativas. Mais, as análises realizadas por tipo de sujeito, R1, R2 e preceptor também não indicaram diferenças significativas em nenhuma das variáveis.

Tais achados agregam conhecimento sobre a colaboração interprofissional dentro de programas de RMS, os quais contemplam em um

único processo formativo diversas categorias profissionais da área da saúde, propiciando a construção de competências na lógica da interprofissionalidade (FREIRE FILHO; SILVA, 2017). A não correlação das variáveis propostas, com uma maior propensão dos respondentes à colaboração interprofissional, pode ser interpretada a partir dos próprios eixos norteadores das RMS como a integralidade, a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe e o controle social (BRASIL, 2009b).

As RMS estão inseridas no contexto das políticas indutoras de mudanças na formação, como o PET-Saúde e PNEPS, impulsionadas pela SGTES e que visam à reorientação da formação de profissionais da área da saúde para o fortalecimento do SUS. Tais políticas estão pautadas na colaboração e na cooperação, podendo-se assumir que possuem como base a EIP (FURLANETTO, 2015). Representam o aumento do reconhecimento da integração ensino-serviço, valorizando a humanização da atenção e a ampliação da concepção e prática da integralidade (BRASIL, 2008b).

O escore médio dos diferentes grupos foi elevado (>124), demonstrando que todas as categorias possuem atitudes favoráveis à colaboração interprofissional. Achado semelhante, porém com média inferior (>112), foi encontrado no estudo de Freire Filho et al. (2018a), que comparou diferentes grupos profissionais em três equipes da ESF participantes do PMM em Minas Gerais. Já o estudo que comparou a percepção e atitudes de médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos em saúde bucal sobre as relações interprofissionais em treze unidades da ESF, na mesma região, também encontrou percepção geral favorável à colaboração interprofissional (FAQUIM; FRAZÃO, 2016).

Neste estudo também não foi constatada diferença significativa entre as categorias profissionais, diferente do encontrado por Freire Filho et al. (2018a), cujos resultados apontaram que os enfermeiros são mais inclinados para a prática colaborativa (FREIRE FILHO et al, 2018a). Estudos prévios que aplicaram escalas semelhantes à utilizada nesta pesquisa para comparar as atitudes entre médicos e enfermeiros também constataram atitudes mais positivas por parte dos enfermeiros (ELSOUS et al; KARAGIANNIS et al, 2017; ALCUSKY et al, 2016; AMSALU et al; BROWN et al, 2014). Perego e Batista (2016), por sua vez, ao avaliar a percepção de residentes, preceptores e



tutores sobre a aprendizagem compartilhada nas RMS, constatou que a pior percepção foi a dos enfermeiros e a melhor foi a dos fisioterapeutas e nutricionistas, porém sem diferenças estatisticamente significativas.

No estudo de Freire Filho et al. (2018a), ao comparar profissionais com nível superior e nível técnico, os primeiros mostraram-se mais favoráveis à colaboração interprofissional. No caso desta tese, todos os grupos analisados possuem nível superior, mas os diferentes graus de instrução (pós-graduação, mestrado e doutorado) não determinaram diferenças significativas nos escores.

Aqui também não foi encontrada correlação significativa entre a atitude em relação às práticas colaborativas e as variáveis tempo de formação ( $p=0,402$ ) e tempo de atuação no SUS ( $p=0,568$ ), diferentemente de dois outros estudos que identificaram relação positiva entre os anos de prática profissional e a colaboração interprofissional (FREIRE FILHO et al, 2018a; QUINLAN, 2014).

Uma hipótese aventada foi a de que residentes do 2º ano pudessem apresentar escores mais altos que os de 1º ano em relação à prática colaborativa por participarem do programa por mais tempo e, portanto, terem maior contato com o trabalho em equipe multiprofissional. No entanto, não houve diferença significativa entre estes grupos, ambos apresentando médias altas de inclinação ao trabalho colaborativo ( $122,35 \pm 17,05$  e  $126,61 \pm 12,68$ , nesta ordem).

A integração ensino-serviço-comunidade, característica dos programas, possibilita a realização de atividades pedagógicas em distintos cenários de prática com a presença de várias profissões. Experiências de formação no formato das RMS vêm mostrando que estas reorientam pensamentos e práticas do mundo do trabalho em saúde, alteram a percepção das diferentes categorias profissionais e dos modos de cada um aprender, ampliando, desta forma, a “compreensão sobre necessidades em saúde, acolhimento de usuários, responsabilidade política das práticas profissionais e potências do trabalho conjunto” (CECCIM, 2017, p.53).

Além disso, a similaridade do perfil de residentes quanto à idade, regionalidade e tempo de formação também pode ter contribuído para os resultados encontrados. Ao estarem inseridos no contexto da educação pelo trabalho, tanto residentes quanto preceptores podem apresentar uma

perspectiva de uma prática mais reflexiva, o que possibilita a superação do viés histórico de formação uniprofissional e da hierarquia das profissões na saúde, contribuindo para a atitude positiva à colaboração interprofissional.

### **4.3.3 Entrevistas**

Foram entrevistadas três coordenadoras de programas de RMS, todas representadas por mulheres, com média de idade de 48,6 anos, com formação nas seguintes áreas da saúde: enfermagem, nutrição, psicologia e serviço social, tendo uma delas realizado duas graduações. O tempo médio de formação foi de 22 anos, realizadas no estado do Rio de Janeiro, sendo apenas uma das graduações em instituição privada. Todas as entrevistadas possuíam mestrado e duas doutorado.

Em relação ao tempo de trabalho no SUS todas possuíam mais de cinco anos com experiências prévias, na área de formação, como docente (n=2), preceptora (n=1) e coordenadora de residência uniprofissional (n=1). O tempo de atuação na coordenação dos programas de RMS estudados variou: menos de 6 meses (n=1), entre 1 e 2 anos (n=1) e mais de 5 anos (n=1).

Quanto aos cenários de aprendizagem oferecidos pelos programas, foram citados os Hospitais Gerais, Unidades de Atenção Primária, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ) e lar de idosos. Apesar das residências incluídas neste estudo possuírem perfil hospitalar, nota-se que os residentes são inseridos em diferentes cenários de prática, o que pode ser atribuído aos eixos norteadores das RMS como integralidade da atenção e integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2009b).

Os questionamentos realizados nas entrevistas buscaram investigar o conhecimento prévio sobre a interprofissionalidade e se os seus pressupostos teóricos e metodológicos estão presentes ou não na realidade das RMS pela perspectiva de suas coordenações. Indagadas se compreendem a diferença entre os termos multiprofissional e interprofissional e sua implicação prática, todas responderam afirmativamente, apontando diferentes elementos conceituais (Quadro 6).

**Quadro 6.** Diferenças conceituais apontadas pelas coordenadoras dos programas de residência multiprofissional. Rio de Janeiro, RJ, 2020

Participantes	Conceitos	
	Multiprofissional	Interprofissional
Entrevistada A	- Multiplicidade de profissionais atuando.	- Diferentes profissões atuando em um campo.
Entrevistada B	- Equipe avalia de maneira independente; - Liderança geralmente na figura do médico.	- Possibilidade de colaboração das várias profissões com seus saberes; - Liderança assumida por outro profissional dependendo do quadro do paciente.
Entrevistada C	- Profissionais de diversas áreas atendendo ou não um mesmo indivíduo; - As trocas entre as disciplinas são limitadas a informações pontuais e não interferem no trabalho dos demais que estão fechados em seu nicho profissional; - Não há troca de informações entre os profissionais.	- Profissionais trocam entre si segundo suas áreas; - Trocas interferem no trabalho dos outros profissionais à medida que a compreensão sobre o usuário é ampliada; - Estratégia de trabalho em equipe; - Processo de convivência entre diferentes profissões em espaços comuns; - Desenvolvimento da clínica ampliada; - Processo de comunicação e tomada de decisões compartilhadas para a melhor produção do cuidado em saúde; - Há troca de informações entre os profissionais.

Fonte: Dados da pesquisa.

Conceitualmente, a EIP e a educação multiprofissional convergem no fato de que para ambas acontecerem são necessárias duas ou mais profissões aprendendo juntas. Porém, na EIP esse aprendizado é dado de forma interativa com o propósito explícito de melhorar a colaboração e a qualidade da assistência através da participação e trocas ativas entre os estudantes das diferentes profissões (REEVES, 2013). Nesta, o aprendizado ativo também se dá sobre os papéis, conhecimentos e competências dos demais profissionais. Na multiprofissional, as ações educativas se dão de forma paralela, sem que necessariamente haja interação entre os estudantes de diferentes categorias profissionais (PEDUZZI, 2013).

Tal aspecto divergente entre estes dois conceitos pôde ser observado nas respostas das entrevistadas.

A ideia da multi [multiprofissionalidade] ainda está sendo construída, ou seja, a ideia de que é necessário ter uma multiplicidade de profissionais atuando. Então, a gente ainda está engatinhando até nisso por conta da escassez de financiamento para política pública de saúde. E nós queremos, na verdade, ir além. A perspectiva interdisciplinar já nos coloca o desafio de trabalhar [...] com diferentes

profissionais atuando para pensar o campo a partir das suas formações; então, a interdisciplinaridade já é esse caminhar um pouco mais avançado em direção ao campo (Entrevistada A).

[...] O trabalho interdisciplinar conta com a possibilidade da colaboração das várias profissões com seus saberes (Entrevistada B).

[...] As trocas entre essas disciplinas [multiprofissional] são limitadas a informações pontuais e não interferem no trabalho dos demais que estão fechados em seu nicho profissional. [...] neste caso [interprofissional] os profissionais trocam entre si segundo suas áreas e essas trocas interferem no trabalho dos outros profissionais (Entrevistada C).

Ainda sobre este questionamento foram identificadas outras dimensões que permeiam as diferenças entre os termos na prática clínica, como avaliação, liderança, colaboração, trabalho em equipe, clínica ampliada, tomada de decisão compartilhada, comunicação e a discussão de campo e núcleo. Assim, o contexto da multiprofissionalidade trouxe a ideia de fracionamento de um mesmo processo de trabalho, aparecendo na divisão técnica do trabalho, com poucas trocas entre profissionais, e na presença de uma autoridade técnica (no caso a liderança pela figura do médico). Enquanto a noção de interprofissional apareceu como uma estratégia de colaboração, comunicação e trabalho em equipe sem uma hierarquia definida.

A incorporação do aprendizado interprofissional foi identificada nos programas B e C, e apontada como um elemento em construção no programa A. Tal incorporação é realizada através de componentes teóricos e práticos. Tomando-se como base a matriz analítica com as diretrizes da EIP (Quadro 1), a aprendizagem interprofissional deve estar prevista na estrutura curricular do curso, o que foi observado na fala da entrevistada B.

[...] no primeiro ano o componente teórico é desenvolvido de maneira interprofissional, como exemplo temos a disciplina que aborda a dor sob o aspecto multiprofissional e interprofissional. Além disso, neste primeiro ano, a prática é desenvolvida dividindo-se a turma em três grupos, compostos por residentes de cada profissão que participa do programa [...]. Integram-se às equipes dos setores, participam de rounds (Entrevistada B).

Nas interconsultas, nas reuniões de final de turno, onde há compartilhamento de informações, melhorando o cuidado ao paciente e família, firmando o compromisso com delineamento de papéis e responsabilidades claros e com interdependência entre os membros (Entrevistada C).

Este [aprendizado interprofissional] é um elemento que está em construção. A incorporação dele vai se dando nos espaços de reflexão [...] na perspectiva de construir o curso, as disciplinas com os docentes e com os campos de práticas, da lógica do campo se sobrepondo às disciplinas isoladas. [...] Residência está num processo de reestruturação do projeto pedagógico [interrupção por conta da

pandemia de covid-19], [...] que está sendo alterado para incorporar a perspectiva institucional da interdisciplinaridade (Entrevistada A).

A necessidade de incorporação de uma disciplina teórica específica para a discussão da interdisciplinaridade foi citada.

[...] estamos querendo colocar na formação da residência a questão da interdisciplinaridade de uma maneira teórica, a gente não tem uma disciplina específica que discuta a relação interdisciplinar, então isso também é uma necessidade que a gente vem pensando (Entrevistada A).

As respostas relacionadas à incorporação do aprendizado interprofissional também evidenciaram exemplos de momentos de aprendizado em conjunto proporcionados pelos programas, como participação em *rounds* e realização de interconsultas. Outros exemplos citados foram a reunião semanal em grupos de estudos multiprofissionais e a interface com políticas setoriais (habitação e cultura) adotada em um dos programas.

[...] a socialização com as políticas de saúde, habitação, cultura faz parte do cotidiano. Nossa residência tem um campo de prática que necessariamente é interdisciplinar e intersetorial (Entrevistada A).

O desenvolvimento de atitudes e competências para o trabalho colaborativo foi identificado como presente nos cenários de prática dos programas, incluindo parcerias com outros órgãos e unidades de saúde (reforçando o caráter intersetorial dos programas). Porém, apenas a entrevistada C especificou as competências trabalhadas pelos residentes.

[...] nos cenários de práticas e nas ações de território, que são ações colaborativas não só em saúde como com as demais políticas (Entrevistada A).

O primeiro ano é desenvolvido de modo que nos permite demonstrar a necessidade do trabalho colaborativo em saúde (Entrevistada B).

À medida que espaços de debate são construídos nos diversos cenários de prática, abrimos espaço para o desenvolvimento das competências e atitudes para o trabalho colaborativo. Nos nossos cenários, as competências como planejamento e organização, trabalho em equipe, comunicação, tomada de decisão, resolução de problemas são estimuladas/desenvolvidas por meio de treinamentos ou experiências vividas, experimentadas, possibilitando a atuação efetiva (Entrevistada C).

A EIP baseada em competências sugere que estas funcionem como guias e que cubram domínios como valores e ética para a prática interpessoal, papéis e responsabilidades, comunicação interprofissional, equipes e trabalho em equipe, objetivos e atividades de aprendizagem. Além disso, tais competências também devem ser centradas no paciente e na família, orientadas para a comunidade, focadas no relacionamento, orientadas ao

processo, relacionadas ao aprendizado, integrais aos currículos, sensíveis ao contexto, aplicáveis entre profissões, prontamente compreensíveis e dirigidas para os resultados (Interprofessional Education Collaborative Expert Panel, 2011).

O reconhecimento da importância da colaboração e da aquisição de competências para o efetivo trabalho em equipe também foi identificado no programa C, demonstrando alinhamento com os pressupostos da EIP.

[...] a aprendizagem interprofissional deve ser valorizada para a formação de competências para o efetivo trabalho em equipe, se mostrando potente para o exercício da colaboração como aspecto diferencial no trabalho em saúde (Entrevistada C).

Quanto ao aprendizado sobre as atribuições comuns e específicas de cada profissão, foram citados os espaços ofertados pelos programas que possibilitariam este tipo de troca, como oficinas teórico-práticas com participação de residentes, staffs e preceptores, reuniões de equipe, reuniões de final de turno (rounds), curso de aperfeiçoamento, interconsultas e grupos de estudos multiprofissionais.

O projeto pedagógico prevê uma carga horária de disciplinas teóricas e o campo de prática. Uma das disciplinas que faz esse intercâmbio é a de oficinas teórico-práticas, uma vez por semana. A ideia dessa disciplina é convidar residentes, staff, preceptores para estarem juntos discutindo o trabalho a partir de seus próprios olhares, pensando como cada uma dessas profissões vai atender às demandas (Entrevistada A).

As dinâmicas utilizadas, principalmente do primeiro ano, destacam as atribuições comuns e as específicas de cada profissional (Entrevistada B).

À medida que estimula e estabelece encontros periódicos entre os residentes e preceptores, nas reuniões de enfermagem, de final de turno, nas interconsultas, nos estudos específicos e multiprofissionais (Entrevistada C).

Estas respostas apontam a relevância do aprendizado sobre o papel de outras profissões da equipe de saúde no âmbito das RMS, considerado um dos elementos centrais da EIP. Este pressuposto é considerado central para a superação da hierarquia profissional e da atenção 'medicalocêntrica' (FREIRE FILHO, 2019).

Cabe destacar que, em muitos casos, a EIP não se restringe às profissões de saúde e assistência social, o que excluiria o engajamento de outros atores que poderiam contribuir com as práticas colaborativas. Assim, algumas universidades estendem a EIP para incluir diferentes profissionais, não necessariamente de ensino superior ou médio, que fazem parte daquele

contexto, por exemplo, profissionais de apoio como limpeza e segurança (BARR, 2013). Devido à especificidade do cenário de prática, a coordenadora do programa A mencionou a inclusão de tais profissionais à equipe.

[a residência] admite diferentes saberes de diferentes especialidades, inclusive saberes não hegemônicos e saberes não necessariamente do ensino superior, por exemplo o porteiro, cozinha, merendeira, guarda. A equipe não se restringe só à equipe de nível superior ou médio [...]. Nas reuniões de equipe há o contato com outros profissionais, na construção do plano terapêutico singular, vai requerer especificamente que os sujeitos formulem e façam a discussão de casos juntos (Entrevistada A).

As falas das entrevistadas A e C trouxeram ainda a discussão sobre a especificidade de cada profissão e os conceitos de campo e núcleo profissionais. Segundo Campos (2000, p. 2020) a identidade de uma área de conhecimento e de prática profissional delimitaria o núcleo, e o campo seria *“um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas”*. Merhy (2003) afirma que para resolver os complexos problemas de saúde é fundamental recorrer à multiplicidade de saberes e fazeres sem excluir os campos específicos de cada profissão. (CAMPOS, 2000; MERHY, 2003)

Não se trata de diluir as profissões [...] não é uma discussão fácil, dosar a medida, o campo não vai diluir os núcleos profissionais, mas também esses não podem formatar os campos. Estas oficinas têm esse papel de trazer essa discussão (Entrevistada A).

[...] essa troca interprofissional, de que a gente vai aprendendo um com o outro, não se trata de não ter a sua especificidade, cada um tem a sua especificidade, mas esse olhar que vai se construindo no dia a dia do trabalho, nos possibilita uma escuta mais qualificada, para saber quando que a gente aciona o outro profissional, o que que a gente precisa trabalhar naquele momento. (Entrevistada C)

Os objetivos comuns de aprendizado estabelecidos pelos programas contemplaram o desenvolvimento de competências fundamentadas nas diretrizes do SUS, especialmente a integralidade, humanização, vigilância em saúde e o reconhecimento dos usuários e suas famílias como protagonistas do cuidado. Além disso, também foram citadas a aptidão para liderar equipes, a capacidade de reflexão sobre a realidade econômica, política, social e cultural; a atuação em equipe multiprofissional na perspectiva interdisciplinar com vistas à melhoria da qualidade de vida e de indicadores qualitativos de saúde, e à redução do tempo de hospitalização.

A entrevistada C citou ainda o termo interprofissional para caracterizar a perspectiva de atuação em equipe. Esta fala concorda com o PPP de seu programa, recentemente atualizado, que também menciona o termo.

A colaboração profissional vista sob a perspectiva da EIP se configura como uma estratégia para a melhoria da qualidade de atenção. Tal aspecto foi evidenciado pelas falas dos coordenadores ao reconhecer a atuação interdisciplinar como ferramenta para melhorar a qualidade de vida dos usuários e os indicadores qualitativos de saúde, e diminuir o tempo de hospitalização.

Outro elemento presente na EIP é a aprendizagem baseada em evidências científicas e em teorias educacionais que promovam a reflexão e a colaboração em serviço. Na perspectiva dos entrevistados esta dimensão está presente nos programas na estrutura curricular através de disciplinas fundamentadas em referências básicas e em marcos legais e teóricos, da disciplina metodologia de pesquisa, na elaboração no trabalho de conclusão de residência (TCR), na utilização de artigos científicos, na participação em congressos locais, nacionais e internacionais; no estímulo à utilização das bibliotecas eletrônicas de pesquisa, na construção dos PPP e no incentivo à participação investigativa.

A RMS é um espaço privilegiado para pensar o trabalho, sistematizar e refletir o trabalho, e propor, pois, elas [residentes] vêm com outro olhar, têm a contribuir na proposição pro serviço a partir de um olhar de fora, da importância de fazerem perguntas, pesquisarem, lerem, estarem atentas e não naturalizarem as situações do campo. Essas situações, caso sejam observadas, que se tornem objetos de pesquisa, de indagação, de questionamento (Entrevistada A).

Quanto às metodologias empregadas pelos programas, foram citadas a metodologia da problematização e a aprendizagem baseada em problema, a partir de uma construção coletiva e da reflexão sobre a prática e repercussões das próprias ações e das ações de outros profissionais.

Atividades que envolvam convidados da rede, promover debates, utilizar filmes e literatura como reflexões relacionadas à área. A gente vem promovendo apostas [...] de metodologias que não fiquem restritas ao entendimento clássico de sala de aula. É uma proposta que vem sendo construída, de que a residência tenha outros espaços que tragam a possibilidade de trazer os usuários [...] para falar com as residentes, que tomem esse espaço informativo, justamente porque a gente entende que o usuário está no centro é também justo que estes sujeitos tragam as suas experiências para serem passadas na formação das residentes [...] a gente vem construindo essa proposta (Entrevistada A).

Dentre as atividades utilizadas podemos citar: assistência supervisionada específica, discussão de casos interprofissional ao final dos turnos dos



atendimentos ambulatoriais, orientação individual para o trabalho de conclusão da residência (TCR), Grupo de Estudos de Área Específica, Grupo de Estudos Multiprofissional (GEM), Curso de Aperfeiçoamento [...], comum a todas as áreas profissionais, com discussão e problematização de temas [...]. O processo pedagógico é centrado no aluno e produtor de autonomia (Entrevistada C).

Através das falas podemos identificar fatores centrais à EIP como a aprendizagem reflexiva, metodologias ativas, problematização, centralização no usuário e processo pedagógico produtor de autonomia. A EIP encoraja o engajamento ativo dos estudantes e o uso de novas abordagens de ensino-aprendizagem, que devem ser ativos, interativos, reflexivos e centrados no paciente. Muitas vezes estas não são compatíveis com o estilo de aprendizado adotado tradicionalmente e com as experiências acadêmicas prévias, pautadas na transmissão de conhecimentos em sala de aula onde o professor é a autoridade (BARR, 2013).

Na concepção da EIP os alunos são vistos como participantes ativos nas atividades de planejamento, desenvolvimento e avaliações, construindo assim um engajamento mais igualitário e democrático. Para tal, é necessária uma preparação e capacitação, tanto dos alunos quanto professores, para superar os modelos de ensino hierárquicos e entender o processo de ensino interprofissional (BARR, 2013).

O aprendizado baseado na inclusão e na centralização do usuário, um dos elementos centrais da EIP, foi citado pelos entrevistados como parte dos programas. Este elemento foi associado a aspectos como ética do cuidado, autonomia e protagonismo, acolhimento e inserção dos programas na política pública de saúde do SUS.

[O aprendizado] ocorre na forma do trabalho. [A RMS] trabalha com a ideia da autonomia dos usuários, na proposição das suas reivindicações e das suas questões. As oficinas que as elas [residentes] participam nos cenários de prática o tempo todo se relacionam com cuidado ao usuário. A ética do cuidado também é uma premissa não só política, mas também teórica da residência. E o SUS, [...] nós fazemos parte de uma política pública de saúde, cujo usuário é o sujeito dessa política (Entrevistada A).

Ao se basear no SUS, a visão de protagonista do usuário/cliente é destacada. No programa de residência este protagonismo é incentivado, assim estimulamos o cuidado individualizado (Entrevistada B).

Os residentes em seu primeiro ano, participam do ambulatório de acolhimento, onde o acesso dos usuários aos serviços de saúde é realizado de forma democrática e imediata (Entrevistada C).

Em relação aos processos avaliativos dos programas de RMS, os entrevistados mencionaram diferentes maneiras de avaliação dos residentes em relação à instrumentos e periodicidade. A entrevistada B mencionou apenas que as avaliações ocorrem de maneira individual e em grupo. No programa A, um instrumento para as avaliações dos campos de prática estava sendo construído no momento da entrevista. A autoavaliação dos residentes foi citada apenas pela entrevistada C.

[...] por força do regimento da residência todas as disciplinas teóricas e teórico-práticas envolvem algum tipo de avaliação que cada docente pode escolher se é um trabalho, uma prova, um trabalho em grupo [...]. No campo, a gente está começando a construir um instrumento de avaliação trimestral, de modo que tanto as residentes quanto as equipes dos cenários de prática possam fazer a avaliação. (Entrevistada A).

A avaliação, com feedback ao residente, é realizada processualmente através de análise da documentação [relatos em prontuários, relatórios grupais e outros], frequência, participação nas supervisões e reuniões de equipe, além do acompanhamento das atividades cotidianas, com suporte e orientação direta, no momento ou em momento imediatamente posterior. Além do preenchimento de portfólios e de instrumentos de autoavaliação, com periodicidade semestral. A avaliação nas atividades teóricas e de grupo de estudos é realizada pelo coordenador de cada módulo através de frequência, participação e avaliação de conteúdo. Durante o ano é desenvolvido um projeto, onde no final da residência o trabalho é apresentado para uma banca organizadora (Entrevistada C).

Todas as entrevistadas apontaram que os processos avaliativos são utilizados para o replanejamento dos métodos pedagógicos ao longo dos cursos. Propostas de adoção de uma política de participação mais democrática dos residentes nos espaços de avaliação e planejamento, como reuniões coletivas, também foram citadas. A entrevistada C menciona ainda a avaliação de elementos como qualidade de docentes e tutores, material de apoio e infraestrutura como base para devidos ajustes do programa.

E um espaço importante que estamos retomando são as reuniões coletivas mensais, um espaço de acompanhamento, com a participação dos docentes, dos residentes, dos preceptores [...] com a participação de todas para trazer as demandas, trazer as questões da residência de uma forma coletiva que funcionaria como um espaço de avaliação, pois todos vão se encontrar para discutir (Entrevistada A).

A partir do momento que se escuta o sujeito vai se repensando tudo, o mais importante é que se consiga instituir um fluxo de encontros coletivos regulares, seja na forma de reuniões, seminários, para que se possa fazer alterações naquilo que for considerado precário, insuficiente, de cada vez mais conseguir implantar uma política democrática na residência, de modo que os residentes participem das reuniões, que não sejam reuniões fechadas do colegiado de docentes, que seja um espaço de trocas pra que possa dar conta do que for insuficiente ou precário (Entrevistada A).

Ao final de cada ano é programada uma reunião com residentes e preceptores para avaliação do programa de treinamento na sua totalidade. Estes são divididos

em grupos multiprofissionais e orientados a avaliar cada cenário de atividade prática e teórica, com sugestões para os pontos considerados negativos. É objeto de avaliação a organização do trabalho realizado, a supervisão oferecida, o suporte teórico e as possibilidades de aprendizagem. Além dos resultados qualitativos obtidos nesse encontro [...], também serão utilizados como material de análise, os instrumentos de avaliação das atividades teóricas e dos grupos de estudos. Tais instrumentos buscam captar questões relacionadas ao conteúdo ministrado e sua pertinência ao programa, qualidade dos docentes e tutores, planejamento e organização da atividade, infraestrutura e material de apoio disponibilizado. Esta avaliação será a base para devidos ajustes do programa no período seguinte e sustentará reorientações nos cenários teóricos e práticos, assim como no processo de trabalho (Entrevistada C).

No entanto, há pouca ou nenhuma divulgação dos resultados das práticas da RMS dos programas estudados.

Divulgamos em eventos científicos (Entrevistada B).

Internamente, os resultados são divulgados para toda equipe em uma reunião ao final do ano, através de uma sistematização e apresentação. Externamente, em trabalhos apresentados em Congressos de abrangência nacional e em um livro publicado no ano de 2016 (Entrevistada C).

Os desafios para o ensino e o aprendizado compartilhado foram identificados em diversos eixos: a pandemia de covid-19 vigente e consequentes adaptações dos programas, a precarização dos serviços e falta de financiamento das políticas públicas de saúde, absorção dos residentes pelo SUS, investimento em qualificação, motivação dos residentes e preceptores, e formação em graduação uniprofissional e baseada no modelo biomédico. Também foram mencionadas dificuldades intrínsecas aos programas, como número reduzido de preceptores e infraestrutura.

[...] o sucateamento das unidades de saúde, o não investimento do Estado na qualificação do sujeito. São os próprios sujeitos com as suas próprias limitações cotidianas que estão produzindo sua qualificação; o retorno de concursos públicos, estamos preparando residentes para atuar no serviço público, então é preciso que o serviço público absorva; manter aceso nos profissionais a motivação para receber residentes, nos profissionais que estão atuando em altos graus de precarização, salários defasados, falta de insumos básicos nas unidades de saúde. Grandes desafios para pensar com os residentes a própria motivação deles de estar nesses espaços e de querer estar posteriormente como profissional. [...] Pensar esses espaços como espaços democráticos, pois a precarização leva a condições desumanas aos profissionais [...] conseguir ultrapassar as perspectivas individualistas que essa crise tem colocado pros sujeitos, de que cada um vai resolver sua situação sozinho, então a perspectiva de trabalho compartilhado é um desafio nesse momento em que o chamado está sendo à resoluções individuais, simplistas e não ao trabalho coletivo (Entrevistada A).

A formação da graduação, que em muitos casos é focalizada na sua profissão e ainda baseada no modelo biomédico o que dificulta a abordagem proposta pelo programa. Número reduzido de preceptores, muitas das vezes eles não são do quadro permanente do hospital. Preceptores, tutores com a formação baseada no modelo biomédico, e aqueles resistentes a mudanças. (Entrevistada B).

O maior desafio, pensar no coletivo, sem perder a especificidade. Infraestrutura inadequada, salas pequenas (Entrevistada C).

A questão da hierarquia profissional e hegemonia médica também foi apresentada como uma dificuldade para o aprendizado e para a prática compartilhada.

[...] é uma luta diária de desconstrução de um saber hegemônico [médico] como um saber que se sobrepõe aos demais, não se está negando o saber médico, a questão é que este saber não é, não deve ser sobreposto aos demais saberes, mas continua sendo um desafio (Entrevistada A).

Nas RMS, por haver profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente, a noção de equipe multiprofissional é tida como uma realidade dada, porém a articulação dos trabalhos especializados nem sempre é problematizada (PEDUZZI, 2001). Algumas sugestões para a superação do modelo vigente de formação foram dadas pelas entrevistadas.

A gente vem já há bastante tempo trabalhando numa perspectiva de sair simplesmente de uma multiplicidade de profissionais, cada um trabalhando apenas na sua perspectiva, na sua formação. No Brasil, isso já é complicado porque a gente tem uma escassez de profissionais contratados pela política de saúde. [...] Começaria a formação com uma disciplina que trabalhasse a questão da hegemonia médica, precisamos trabalhar a ideia de que a saúde é uma área hegemônica da medicina, [...] e as residências multiprofissionais têm muito disso pois não tem residentes médicos. Começaria com uma formação crítica ao modelo hospitalocêntrico, medicalocêntrico, para quem entrar já ter esta crítica como base de sua atuação, inclusive para os médicos. (Entrevistada A).

Mudanças na graduação (Entrevistada B).

Seria interessante que a formação em saúde proporcionasse aos residentes as bases para uma nova conduta e um novo olhar profissional, mais humanizado, centrado no paciente, com integralidade da atenção e postura crítica e reflexiva. Esperando-se que o profissional formado fosse capaz de compartilhar saberes e que se mostre presente e participante nas ações com a comunidade, com objetivo final de aliviar o sofrimento humano e melhorar a qualidade de vida da população (Entrevistada C).

Como fatores que facilitam a prática do ensino e aprendizado compartilhado foram ressaltadas a interface proporcionada pelas RMS entre universidade e cenários de prática, corpo docente diversificado, alternância de áreas profissionais no cargo de coordenação, envolvimento dos atores, as metodologias de ensino empregadas e a troca entre equipes.

A disponibilidade de interface entre a universidade e os cenários de prática; [na RMS] estamos trazendo cada vez para o corpo docente os profissionais [...] que estão nos campos de prática para serem docentes, ou seja, a docência na RMS não é um privilégio somente dos professores universitários, então isso tem sido um ganho, uma possibilidade muito importante para o trabalho compartilhado. A possibilidade de ter alternância da coordenação, [...], e lidar com todas as disciplinas (Entrevistada A).

O envolvimento das pessoas que estão à frente do programa, e aqueles responsáveis por cada área, os coordenares das áreas (Entrevistada B).

As metodologias de ensino empregadas, como os estudos em grupos multiprofissionais e o compartilhamento de informações entre a equipe multi com a realização de reuniões de fim de turno, as interconsultas etc. (Entrevistada C).

A participação e interação dos médicos com os residentes nos cenários de prática também foi indagada.

A RMS ocorre no espaço em que os residentes médicos também vão atuar [...]. Essa interação vai se dar de uma maneira maior ou menor, mais intensa ou menos intensa, dependendo das diretrizes do cenário de prática, as diretrizes que a unidade, ou seja, qual é a visão institucional que o cenário de prática vai envolver todos os residentes, seja o uni ou multi, ou seja, quais são os princípios e valores que a unidade, enquanto instituição, vai fazer prevalecer (Entrevistada A).

A partir do momento que adotamos a dinâmica do primeiro ano, como já foi descrita, a relação melhorou, inclusive os residentes da multiprofissional já participam do round. Mas os médicos ainda se veem como os líderes da equipe e falta a eles o conhecimento do que realmente cada profissão faz (Entrevistada B).

Muito boa e produtiva. Temos a Residência [médica], que atua conjuntamente em todos os cenários de prática, trazendo benefícios à vida do usuário e o compartilhamento de informações (Entrevistada C).

Apenas a entrevistada do programa C relatou a integração e articulação das residências multiprofissional e médica, incluindo atividades de preceptoria.

[...] articular os dois programas [residência multiprofissional e residência médica] significa construir um modelo de atenção e um desenho das práticas, dos projetos, dos programas, da forma de avaliação. Nada disso é feito em separado, tudo isso é feito conjuntamente. [...] Eles também são preceptores de campo, desempenham também determinadas atividades, assim como a gente também se coloca como preceptores de campo para os residentes de medicina (Entrevistada C).

Os valores e diretrizes institucionais foram reconhecidos como fator de influência nesta interação com os profissionais médicos.

[...] se a instituição fizer prevalecer uma lógica medicalocêntrica, em que a hegemonia do saber está no médico e os outros são os outros profissionais ("o médico e os outros"), então essa relação vai estar dada desde o início de uma maneira hierárquica, mas se a instituição, e aí esse é um debate importante de análise institucional, toma como premissa que todos os saberes têm as suas possibilidades e imprime uma lógica de horizontalidade, esta relação pode se dar de uma outra maneira (Entrevistada A).

Os PPP possuem um papel estratégico na indução dos valores e princípios adotados pelos programas, porém é no engajamento dos atores e nas práticas do trabalho coletivo que a realidade é construída e transformada. Em todos os PPP dos programas estudados o desenvolvimento de habilidades para o trabalho interdisciplinar e atuação em equipe multiprofissional foi citado, reforçando o compromisso institucional com tais práticas.

É justamente no PPP que o corpo docente, e discente quando participa, vai imprimir os princípios e os valores, porque a discussão de saúde pode ser dada em uma perspectiva medicalocêntrica ou numa perspectiva não hegemônica, então a gente conta a história a partir de um princípio [...] essa é uma escolha política, por isso que o projeto é político pedagógico, é daí que vai sair o chão da residência, a base; as disciplinas são manejadas de diferentes maneiras, elas não necessariamente são engessadas, se tem um princípio que rege, cada professor vai dar a disciplina conforme seus conhecimentos, entendimentos isso não é um problema, mas o princípio já está dado pelo coletivo, ou deveria (Entrevistada A).

[...] a rigidez com que as formações se dão está em todas as profissões, mas o que temos na sociedade é uma hierarquia em termos de produção de conhecimento em que o saber médico se sobrepõe sobre todos os outros, mas isso é uma construção e a gente pode manejar, mas esse manejo é institucional, a residência não vai dar conta disso, a RM provoca reflexões, mas institucionalmente é preciso que haja uma reflexão crítica sobre esse modelo e sabemos da dificuldade disso, [...] vai sendo manejado no dia a dia da instituição, e vai depender da maneira de como institucionalmente isso vai ser pensado ou não (Entrevistada A).

A maioria dos contextos institucionais naturaliza a formação em separado, dificultando a interação entre os cursos de saúde. Assim, os programas de RMS por muitas vezes se tornam o primeiro contato dos profissionais com a lógica do trabalho em equipe e com a possibilidade de superação das hierarquias impostas pelo modelo vigente. O entendimento de que as especificidades de saberes são complementares deve ser fortalecido na busca pelo trabalho colaborativo em saúde (COSTA, 2016).

A vinda dos profissionais com uma base de formação de graduação muitas vezes bastante enrijecida, com uma dificuldade inicial de se entender no campo, "o que eu como assistente social posso fazer aqui", formações que constituem o núcleo de atuação dos sujeitos de maneira muito rígida e os sujeitos têm muitas vezes dificuldade quando se deparam com um campo que está em construção e que demanda um desapego de certos dogmas que são aprendidos nas suas formações originais (Entrevistada A).

A capacidade dos profissionais residentes de provocar reflexões e mudanças nos cenários em que atuam foi mencionada.

[...] essa experiência do nosso ambulatório que tem um desenho que promove o encontro. Quando a gente vai em uma enfermaria, faz-se o processo inverso, nós estamos indo para uma experiência que não necessariamente é essa do trabalho colaborativo, a experiência do trabalho colaborativo está na nossa equipe, mas existe um aprendizado em estabelecer essa comunicação, de provocar esse trabalho com as outras equipes que não estão sendo formadas nesse modelo pedagógico (Entrevistada C).

A ação interdisciplinar, proposta pelas RMS, implica na possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, provocando transformações da realidade e construindo novos conhecimentos. A abordagem integral é favorecida pelo conjunto de olhares distintos que se complementam para uma melhor interferência no processo-saúde (ARAÚJO;

ROCHA, 2007). Esse olhar múltiplo, portanto, agrega novos conceitos que se somam para lidar com as complexas questões de saúde trazidas na prática clínica.

Casanova et al. (2015) argumenta que a identidade profissional não é prejudicada pela formação para o trabalho em equipe, pelo contrário, é reforçada. O conhecimento sobre os papéis profissionais, o compromisso conjunto para solucionar problemas e a negociação na tomada de decisão transformam as relações de poder para a organização efetiva de uma equipe multiprofissional, e trazem transversalidade das ações, além de ampliação da autonomia profissional.

Importantes convergências foram observadas entre a perspectiva dos entrevistados sobre os programas e alguns elementos centrais da EIP, como foco na integralidade do cuidado, reconhecimento dos usuários e suas famílias como protagonistas do cuidado, metodologias capazes de gerar reflexão e busca por melhorias na qualidade da atenção. O trabalho em equipe nas RMS apenas pode ser possibilitado através da valorização da história de diferentes áreas profissionais e do reconhecimento do outro como parceiro legítimo no processo de trabalho, em um movimento de busca, diálogo, comprometimento, responsabilidade e respeito pelas contribuições das diferenças abordagens (CASANOVA et al, 2015).

## 5 SÍNTESE E CORRELAÇÃO DOS DADOS

Neste capítulo é apresentada a síntese do conhecimento construído a partir da correlação dos dados obtidos nas diferentes fases da pesquisa. A convergência dos resultados foi orientada pela matriz analítica baseada nas diretrizes orientadoras para avaliação de contextos educacionais na perspectiva da EIP proposta por Barr (2003) (Quadro 7); e pela perspectiva teórica de Oandasan e Reeves (2005), que prevê três dimensões a serem consideradas quando da implantação de processos educacionais alicerçados na EIP: micro, meso e macro. Este último referencial foi adotado como forma de sintetizar os fatores de sucesso e insucesso da prática do ensino e aprendizado compartilhados (Quadros 8 e 9).

A análise dos dados a partir da matriz permitiu identificar que a maior parte dos elementos que devem orientar os objetivos de contextos educacionais alicerçados na EIP, segundo Barr (2003), foi contemplada pela bibliografia e programas estudados. O desenvolvimento de atitudes e competências para a prática colaborativa, com duas ou mais profissões aprendendo juntas, foi reconhecido nos PPP, nos questionários e entrevistas. Apesar de não haver definição do conceito de competência nos textos dos PPP, os PPP A e C descreveram as aptidões e habilidades a serem desenvolvidas para a atuação em equipe interdisciplinar, o que contribuiu para o exercício da prática colaborativa.

O aprendizado sobre o papel de cada profissão foi um dos elementos da EIP mais presentes nos programas, facilitado pelos momentos de aprendizado conjunto com outras profissões em diferentes cenários de prática e pelo estabelecimento de objetivos comuns a todos os residentes.

A maioria dos estudos incluídos na pesquisa bibliográfica identificou a colaboração profissional como estratégia de melhoria da qualidade da atenção, aspecto reconhecido também pelos sujeitos da pesquisa; porém, tal elemento da EIP não aparece explicitamente nos PPP analisados. Cabe salientar que a diferenciação da interprofissionalidade e multiprofissionalidade baseia-se especialmente no nível de interação e no compromisso explícito e intencional de desenvolver competências colaborativas com o objetivo final de alcançar melhorar os resultados em saúde. Diante do exposto, pode-se inferir que a



orientação didático-pedagógica dos programas de RMS ainda não se encontra completamente alinhada com os pressupostos da EIP.

Ainda sobre o aspecto conceitual, os participantes desta pesquisa relataram ter conhecimento sobre as diferenças entre a interprofissionalidade e a multiprofissionalidade, com o apontamento, pelas coordenadoras, de fatores como a colaboração entre profissionais para a melhor produção do cuidado em saúde, liderança compartilhada, e trocas e comunicação entre profissionais influenciando as tomadas de decisão. Os estudos encontrados na pesquisa bibliográfica mostraram a existência de fragilidades na compreensão dos conceitos e a relação destes com os aspectos da comunicação e troca de conhecimentos entre os profissionais.

Quanto à fundamentação teórica, os PPP não especificaram ou definiram as teorias educacionais adotadas, embora citem a interdisciplinaridade, a formação crítico-reflexiva, o trabalho em equipe e a integralidade como referenciais teóricos. O PPP B cita a EPS como orientação para o modelo político-pedagógico. A EPS também foi mencionada nos estudos analisados, assim como a educação pelo trabalho e a educação de adultos. O modelo interprofissional foi citado pelo PPP C, assim como pela coordenadora do mesmo programa.

As metodologias ativas foram identificadas em todas as etapas do estudo, sendo citadas pelos participantes a ABP, a problematização, aprendizagem baseada na prática, aprendizagem em serviço, aprendizagem entre pares e aprendizagem baseada em seminários. A aprendizagem baseada em evidências científicas e o aprendizado baseado na inclusão e na centralização do usuário também foram contemplados pelos programas.

Segundo Reeves (2008), diferentes perspectivas de referenciais teóricos podem orientar a operacionalização da EIP como: a teoria da aprendizagem de adultos, teoria da prática reflexiva, teoria do contato e a teoria da complexidade. No entanto, é reconhecida a necessidade de avanços em estudos direcionados ao fortalecimento do seu referencial. As principais estratégias pedagógicas adotadas na EIP são a ABP, aprendizagem baseada nas observações, aprendizagem baseada na prática, simulações e interações, cuja duração pode variar de uma semana ao curso todo (REEVES, 2016c).

Desta forma, pode-se afirmar que os métodos de ensino-aprendizagem presentes nos programas estudados estão de acordo com o preconizado pela perspectiva da EIP. No entanto, a aprendizagem interprofissional só foi prevista na estrutura curricular do PPP C, assim como encontrado no estudo de Miranda Neto et al. (2015), incluído na revisão de literatura, no qual foi identificado um programa que adota especificamente a EIP como referencial teórico.

Cabe mencionar, também, o *e-learning*, citado por 45,8% dos R2 e 48% dos preceptores como meio de ensino-aprendizagem. Embora não mencionados nos PPP, entende-se que este se constitui como uma tendência atual quando da adoção de métodos de aprendizado misturado, que pode ter sido acelerada em razão da pandemia de covid-19 e a consequente interrupção das atividades educacionais presenciais.

Inaugurou-se, nesse contexto, o denominado ensino remoto emergencial, tendo em vista a adoção do isolamento social como uma das principais medidas de contenção da pandemia. Essa adaptação apressada para o ensino remoto exacerbou os desafios associados ao *e-learning*, como as desigualdades de acesso à internet e às tecnologias, as condições de moradia nem sempre compatíveis com essa modalidade de aprendizado, a necessária capacitação de docentes e o uso materiais didáticos apropriados (GARCIA; DUARTE, 2020; SOUZA; MAGNAGO; FRANÇA, 2021). Tais pontos, que não foram explorados neste estudo, constituem-se elementos importantes a serem investigados futuramente, uma vez podem afetar a qualidade do ensino.

Sobre os mecanismos de avaliação, observou-se divergências dos processos e sistemas entre cada programa, indo ao encontro dos achados da literatura analisada. Porém, foi constatado que os processos avaliativos periódicos permitem o replanejamento dos métodos pedagógicos e do desenvolvimento dos programas como um todo. Não foi explicitado se as avaliações contemplam a verificação do desenvolvimento de competências e atitudes profissionais para a prática colaborativa, sendo este um elemento importante para a EIP.

Estudo realizado por Dantas (2020), em um programa de RMS, demonstrou que o uso de avaliação formativa, juntamente com as

metodologias ativas, resulta em melhoria das competências para o trabalho em equipe. Cabe destacar que a essência formativa, diferente da avaliação somativa que considera apenas o resultado final, leva em consideração toda a trajetória de ensino-aprendizagem. Através de avaliações contínuas, oportuniza-se aos estudantes reflexões e ajustes de condutas ao longo do processo, e proporciona-se a autoavaliação e a autorregulação entre seu nível de aprendizado e nível de capacitação a ser alcançado (FERNANDES, 2006).

A divulgação dos resultados das práticas educacionais também apresentou divergência entre as respostas. Apenas o PPP A apresentou em seu texto a divulgação dos resultados, porém a coordenadora relatou não haver tal divulgação na prática. Em contrapartida, as coordenadoras dos programas B e C mencionaram estratégias de divulgação que não apareceram previstas em seus respectivos PPP.

Tais achados são consistentes com estudo de Silva e Brotto (2016), no qual 50% dos preceptores relataram não produzir e publicizar os resultados de suas dinâmicas de atuação. Para os autores, ao produzir e publicar relatos de suas experiências, os sujeitos mostram a realidade da saúde pública e aprofundam a dimensão investigativa e teórica no processo de ensino-aprendizagem na residência. Esta prática também contribui para a aprendizagem baseada em evidências científicas, um dos elementos centrais da EIP.

Segundo os achados deste estudo, foi observado que as RMS possuem o potencial de transformar as práticas e as relações entre os trabalhadores dos serviços, tendo em vista as falas dos participantes e os resultados encontrados nos estudos incluídos na revisão bibliográfica. Wetzel et al. (2018) pontuam que a relação estabelecida no encontro entre trabalhadores e residentes estimula processos de mudança em relação a formas já instituídas de pensar o processo de trabalho. No entanto, não foram observados na revisão bibliográfica estudos que avaliassem os impactos da EIP nos atendimentos e em indicadores de qualidade.

Ademais, 91% dos participantes desta pesquisa afirmaram ter adquirido habilidades para o trabalho em equipe devido à inserção nos programas de RMS, dado coerente com estudo de Miranda Neto (2015), no qual os

residentes reiteraram que a residência contribuiu para o reconhecimento de competências comuns, sem trazer prejuízos à identidade profissional.

Além disso, através da análise da EJARCI, constatou-se que os residentes e preceptores possuem uma inclinação a atitudes favoráveis ao trabalho colaborativo interprofissional, sem diferenças significativas entre estes, estando de acordo com a literatura vigente sobre o tema. Casanova (2018) evidenciou a satisfação dos residentes com a formação para a prática colaborativa. Segundo esses, as RMS ampliam e melhoram os resultados em saúde, favorecem a atuação centrada no paciente, a identificação das necessidades de saúde e o compartilhamento de práticas e procedimentos, se configurando como programas importantes para a consolidação do SUS.

Estes resultados indicam que há abertura para a possibilidade deste tipo de aprendizagem, na medida em que crenças e valores podem ser trabalhados ao longo do curso, propiciando a formação de profissionais mais competentes e preocupados com as necessidades do sistema de saúde e da qualidade do atendimento aos usuários (AGUILAR-DA-SILVA, 2011).

Para Barr (1998), a EIP sempre deverá ser incluída na formação em saúde em razão da sua relevância para o desenvolvimento de competências para a educação e o trabalho interprofissional: competências específicas de cada profissão, competências comuns a todas as profissões e competências colaborativas, necessárias para a reconfiguração das relações profissionais em prol da qualidade da atenção à saúde (BARR, 1998).

**Quadro 7.** Matriz de convergência dos resultados da pesquisa. Rio de Janeiro, 2021

Etapas	Resultados	Inferências	Recomendações
<p><b>Pesquisa bibliográfica</b> Análise de 37 publicações</p>	<p>a) RMS promovem o desenvolvimento de atitudes e competências para a prática colaborativa, e assumem a colaboração profissional como estratégia de melhoria da qualidade da atenção b) Currículos, abordagens didático-pedagógicas e mecanismos de avaliação heterogêneos; Uso de métodos ativos c) Educação pelo trabalho, educação de adultos e educação permanente são adotados como referenciais teóricos</p>	<p>a) As RMS promovem o trabalho em equipe e proporcionam o aprendizado conjunto com outras profissões de saúde</p>	<p>a) Alinhamento dos currículos acerca da adoção da colaboração interprofissional como estratégia para melhorar os resultados em saúde b) Definição das competências colaborativas a serem desenvolvidas pelos residentes</p>
<p><b>Análise documental</b> Análise dos projetos político-pedagógicos de três programas</p>	<p>a) Contemplam o desenvolvimento de competências colaborativas, mas não mencionam a colaboração profissional como estratégia para a melhoria dos resultados de saúde b) Prevê aprendizagem baseada em evidências científicas, centrada no usuário e com a participação efetiva dos profissionais do serviço, e uso de processos avaliativos contínuos de atores e dos programas c) Prevê uso de metodologias ativas contextuais e interativas d) A interdisciplinaridade, a formação crítico-reflexiva, o trabalho em equipe e a integralidade são citadas como referenciais teóricos; a interprofissionalidade é citada por um dos programas</p>	<p>b) Os PPP não esclarecem as competências comuns e colaborativas c) As RMS se baseiam em referenciais teóricos que se aproximam dos pressupostos da EIP, embora não sejam efetivamente orientadas por seus pressupostos d) As RMS adotam métodos de aprendizagem coerentes com os princípios da EIP, mas há predomínio das metodologias tradicionais</p>	<p>c) Definição de um arcabouço teórico e de estratégias metodológicas específicas para a aquisição de competências colaborativas d) Alinhamento conceitual sobre a EIP com as coordenações dos programas e) Qualificação de docentes e preceptores para a adoção de metodologias ativas e participativas capazes de promover o desenvolvimento de competências colaborativas</p>
<p><b>Pesquisa de campo</b> Aplicação de questionário e entrevistas com atores de três programas</p>	<p>a) RMS proporciona momentos de aprendizado conjunto com outras profissões de saúde e o desenvolvimento de competências colaborativas b) A aprendizagem é baseada em evidências científicas e na inclusão e centralização do usuário c) Coexistência de metodologias tradicionais e ativas, com predominância das primeiras segundo os estudantes d) Os processos avaliativos são utilizados para o replanejamento dos métodos pedagógicos e) O aprendizado interprofissional foi incorporado por dois programas e está em incorporação em outro</p>	<p>e) A avaliação formativa está presente nos RMS, porém com periodicidades e formatos distintos. Nem sempre os residentes participam do processo avaliativo e não há uma divulgação sistematizada dos resultados das práticas educacionais das RMS</p>	<p>d) Adoção de mecanismos que avaliem as competências colaborativas e) Inserção dos residentes nos processos de avaliação dos programas f) Divulgação e compartilhamento dos resultados das práticas das RMS</p>

Fonte: Dados da pesquisa.

A síntese dos dados a partir do referencial de Oandasan e Reeves (2005) permitiu a identificação dos fatores que facilitam e dificultam a prática do ensino e do aprendizado compartilhado no âmbito das três dimensões da realidade da EIP: micro, meso e macro (Quadro 8).

Na dimensão micro, a comunicação e as trocas constantes de conhecimentos proporcionadas pela atuação conjunta e convivência com outros profissionais nas RMS foram os fatores facilitadores mais relevantes identificados. Os diversos cenários de prática nos quais os residentes são inseridos viabilizam o contato com diferentes profissionais e oferecem possibilidades de encontros e interações que ampliam o leque de reflexões para lidar com as complexidades das necessidades em saúde (RODRIGUES, 2016).

Nesse contexto, a comunicação efetiva e o reconhecimento dos papéis profissionais são fundamentais para a qualidade da atenção à saúde e compreendem um dos quatro pilares da colaboração: a parceria (D'AMOUR et al, 2005). A comunicação e os papéis profissionais também se enquadram nas competências mais frequentes para a EIP, juntamente com o trabalho em equipe e a própria colaboração (BRASIL, 2017).

Outro aspecto trazido pelas respostas dos questionários foi a presença da autonomia profissional dos residentes, especialmente para a tomada de decisão. A partir do pilar da interdependência se reconhece a necessidade da complementaridade das ações em saúde, gerando valorização dos conhecimentos de cada profissional e horizontalidade das relações. À medida que as relações se tornam menos hierarquizadas, a comunicação mais efetiva e aumenta-se o conhecimento sobre o papel do outro, os profissionais adquirem mais confiança e respeito mútuos, e mais autonomia em suas ações.

Na dimensão meso, os dispositivos institucionais citados como facilitadores para a prática do ensino e aprendizado compartilhados se concentraram na organização curricular, nas metodologias ativas, na avaliação formativa e na gestão e planejamento democráticos. As atividades previstas nos programas de RMS contribuem para a integração entre profissionais (residentes, staffs, preceptores) e para o compartilhamento de saberes. Algumas atividades citadas foram: reuniões de equipe, reuniões de final de turno (rounds), cursos de aperfeiçoamento, oficinas teórico-práticas,

interconsultas, grupos de estudos multiprofissionais, seminários, estudos de caso, avaliações multidisciplinares e discussão de casos clínicos.

Além disso, as RMS possibilitam a realização de um trabalho integrado, ao proporcionar saídas das unidades de saúde, o conhecimento do território e a articulação com as atividades na universidade. Este arranjo, ligado à estruturação das residências (fator facilitador citado na dimensão macro), traz novas possibilidades e estratégias de educação permanente que reverberam na transformação de modelos e processos de trabalho em saúde (RODRIGUES, 2016).

A articulação com a residência médica foi mencionada apenas pela entrevistada C, demonstrando que não há uma estruturação curricular que contemple trocas com estes profissionais de forma sistematizada. Apesar disso, a relevância e a influência dos valores institucionais na interação com os profissionais médicos foram reconhecidas nas falas das entrevistadas.

A cultura e a estruturação das residências foram citadas no questionário como fatores da dimensão macro que favorecem a prática do ensino e aprendizado compartilhados. As RMS dialogam com a integralidade, com o trabalho em equipe e o controle social e é considerada uma estratégia de formação promissora, desde as primeiras discussões acerca de sua regulamentação, como um dispositivo de EPS para os profissionais do SUS (CECCIM, 2005; SANTOS, 2010). Tendo em vista esta conformação, pode-se inferir que essa modalidade de formação também é cenário favorável para a educação e as práticas interprofissionais.

**Quadro 8.** Fatores que facilitam a abordagem da educação interprofissional e da prática colaborativa no contexto das residências multiprofissionais em saúde.

Dimensões	Pesquisa bibliográfica	Questionários	Entrevistas
<b>Micro</b>	Comunicação; Compartilhamento e reconhecimento das potencialidades individuais e coletivas de cada profissão; Trocas com profissionais dos serviços.	Integração, motivação e colaboração mútua entre os residentes; Comunicação; Autonomia; Convivência com outros profissionais; Envolvimento das equipes de saúde; Contato direto com a realidade da prática; Tempo para reflexão das atividades.	Profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente; Envolvimento dos atores; Comunicação.
<b>Meso</b>	Currículo baseado em competências; Metodologias ativas; Avaliações formativas.	Organização curricular; Metodologias de ensino participativas; Flexibilidade da metodologia pedagógica; Gestão ampliada do serviço e planejamento; Participação dos residentes na avaliação dos programas.	Organização curricular; Interface entre universidade e cenários de prática; Corpo docente diversificado; Alternância de áreas profissionais no cargo de coordenação; Metodologias de ensino; Integração e articulação das residências multiprofissional e médica no programa C
<b>Macro</b>	-	Cultura e estruturação da residência.	-

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto aos aspectos que dificultam o processo de ensino-aprendizagem compartilhado com vistas à EIP, na dimensão micro foram evidenciadas: comunicação, definição dos papéis dos residentes nas equipes e da função dos preceptores, articulação com residentes e equipe médica, adesão à perspectiva interprofissional e concepções e visões de saúde divergentes.

A comunicação aparece tanto como fator facilitador quanto dificultador, o que revela a necessidade de aperfeiçoamento desta habilidade social nos



meios acadêmicos e a relevância desta como uma ferramenta para o trabalho colaborativo em equipe. Em estudo de Câmara (2014), incluído na revisão bibliográfica desta pesquisa, a experiência de uma oficina de EIP para residentes de 1º e 2º ano facilitou a comunicação entre os participantes, e ampliou e aproximou os olhares dos diferentes profissionais.

A falta de definição do papel dos residentes dentro das equipes dos serviços foi identificada pelos residentes e preceptores e pelos estudos da pesquisa bibliográfica como um aspecto limitante à prática da educação compartilhada, ressaltando a importância de esclarecimento sobre este modelo de formação nas instâncias acadêmicas e nos serviços. A definição da função de preceptores também não se mostrou clara nos estudos analisados.

Cabe mencionar o papel dos preceptores como “orientadores de aprendizagem”, os quais possuem o propósito de promover o autodescobrimento, gerando reflexões, críticas e formulação de perguntas através das metodologias ativas. Desta forma, estes profissionais atuam na instrumentalização dos residentes para interagir de forma adequada na resolução de problemas e realizar as transformações necessárias (FERREIRA, 2009).

Foi citado nos questionários que, apesar de alguns preceptores defenderem o uso de metodologias ativas, na prática, acabam reproduzindo os modelos de ensino tradicionais. Este dado se alinha com o aspecto da qualificação dos preceptores nas residências, citado na dimensão meso. Para Araújo et al. (2017a) a preceptoria deve estar incluída nas políticas de qualificação e valorização dos profissionais de saúde, competindo à gestão nos âmbitos estadual e municipal o estímulo através de incentivos à qualificação profissional, progressão funcional ou na carreira, de gestão de carga horária, dentre outros, considerando indissociável a relação entre ensino e serviço.

Outro desafio identificado foram as trocas com a residência e equipe médicas. Segundo os participantes, esta interação depende da receptividade de cada profissional e acontece em momentos pontuais. A reprodução do modelo biomédico (dimensão macro) também contribui com este cenário, na medida em que reforça relações de poder hierarquizadas, prejudicando a comunicação e a autonomia dos demais profissionais na tomada de decisão.

Estudo de Aguilar-da-Silva et al. (2011) observou mais resistência dos cursos de medicina e odontologia à importância e adesão do aprendizado conjunto desde o início da graduação, o que pode estar associado à centralidade e hierarquização culturalmente imputadas a algumas profissões. Achados de Horsburgh et al. (2001) e Reid et al. (2006) indicam que estudantes de medicina entendem que o médico ocupa papel central na coordenação da equipe e resolução dos problemas do paciente.

Um dos pilares da colaboração é o nivelamento nas relações de poder, gerando empoderamento e valorização das diversas áreas que compõem a atenção em saúde. Já o pilar do compartilhamento, essencial ao trabalho colaborativo, prevê que os profissionais tracem objetivos comuns para promover a melhor atenção à saúde, embora se reconheça a presença de diferentes interesses e graus de autonomia (D'AMOUR et al, 2008).

Reconhece-se, então, a necessidade de pensar as práticas de saúde em equipe em um contexto marcado pelas lutas corporativistas que negociam, junto ao Estado, interesses próprios de uma categoria profissional, com pouca ênfase ou compromisso com o fortalecimento do SUS e com o atendimento das necessidades de saúde da população. Assim, o debate sobre as competências de equipe se mostra desafiador na medida em que o trabalho é médico-centrado e, ao mesmo tempo, fundamental para o desenvolvimento da capacidade de lidar com problemas que excedem a capacidade de uma profissão isoladamente (BRASIL, 2017; AGUILAR-DA-SILVA et al, 2011).

A dependência da adesão e motivação dos atores envolvidos também foi visto como um aspecto desfavorável, pois foi detectada falta de interesse por parte de alguns profissionais para atuar a partir de uma perspectiva interprofissional. Segundo Arruda et al. (2016), mesmo que a interprofissionalidade seja garantida no processo formativo em seu aspecto teórico-conceitual, há uma dependência da atitude do residente e do preceptor em dar continuidade a esse processo nos cenários de prática.

O reconhecimento das vantagens deste modelo de formação pelo corpo docente é essencial para sua atuação como protagonista na implementação das transformações institucionais, educacionais e filosóficas necessárias, e não como resistência às mudanças pelo aumento da demanda de trabalho (ARRUDA et al., 2016; BURING et al., 2009). Diferentes visões sobre o

trabalho em equipe interprofissional e concepções sobre o trabalho em saúde também dificultam o processo de ensino-aprendizagem compartilhado, proveniente, muitas vezes, da própria formação dos sujeitos em graduações e modelos de formação uniprofissionais.

Os currículos organizados de maneira uniprofissional, presentes em grande parte das graduações, é um fator da dimensão meso que se configura como limitante aos pressupostos da EIP. No âmbito das residências multiprofissionais, ao colocar diversas formações em saúde para atuarem juntas, este aspecto é atenuado, apesar de os PPP não explicitarem todos os elementos necessários à prática colaborativa.

No entanto, esta reflexão é trazida pelos programas de RMS, e o PPP A apresenta em seu texto o argumento de Siebeneichler (1989) sobre o processo de fragmentação do saber construído pelo homem. À medida que os meios de investigação científica e os métodos se diversificam, o conhecimento do mundo divide-se em setores cada vez mais especializados de objetos a serem estudados. Com isso, multiplicam-se as disciplinas científicas nas universidades e centros de pesquisa, levando à fragmentação do conhecimento em numerosas especialidades e subespecialidades.

Desta forma, a fundamentação e compreensão teórica sobre a EIP é imprescindível para a mudança da mentalidade e superação da fragmentação das ações em saúde. Os estudos encontrados na análise bibliográfica identificaram fragilidades nesta compreensão, o que não foi observado nesta pesquisa a partir das respostas dos participantes.

A delimitação dos limites conceituais da EIP é importante para alinhar a produção teórico-conceitual em torno da construção e consolidação do SUS com os pressupostos da educação e do trabalho interprofissional. Além do entendimento sobre a prática da EIP, a real integração entre as IES, o serviço, a comunidade e a gestão se faz necessária para colocar a teoria em prática, sobrepujando a lógica do mercado, a disputa entre categorias profissionais e o corporativismo (BRASIL, 2017).

A infraestrutura dos cenários de prática foi identificada como fator dificultador, na medida em que falta planejamento para as atividades, assim como materiais e espaço físico. Ademais, o quantitativo insuficiente de

preceptores e staffs nestes cenários mostrou-se presente nas falas dos R2, preceptores e coordenadoras.

Ainda na dimensão meso, foi mencionada a falta de educação continuada nos serviços para os staffs. Sob a perspectiva da EIP, é recomendada a reorientação do serviço como *lócus* de educação permanente com ênfase na interprofissionalidade, reconhecendo a PNEPS como cenário privilegiado para a educação e o trabalho interprofissional (BRASIL, 2017).

Outro aspecto identificado nas falas dos R2 e preceptores, e corroborado pelas evidências da revisão bibliográfica, foi o isolamento dos residentes no segundo ano das atividades interdisciplinares devido à alta demanda de trabalho com carga horária extensa e alocação em diferentes setores. Como exemplo, foi citado o fim do grupo multiprofissional no segundo ano de residência.

A reflexão de elementos mais macrosociológicos deve acompanhar o debate sobre a interprofissionalidade, considerada uma questão estruturante para o SUS. Algumas resistências fazem parte da própria arquitetura universitária, como o perfil de gestão (BRASIL, 2017). Neste sentido, a gestão universitária centralizada e produtivista foi identificada como um desafio por estudos analisados na revisão.

A dimensão macro está relacionada com as políticas de saúde e de educação que podem apoiar a realidade da formação e do trabalho em saúde (BRASIL, 2017), e dentro desta dimensão foram mencionados como fatores dificultadores a falta de incentivos político e financeiro, levando ao sucateamento do SUS e precarização dos serviços, a insuficiente absorção dos residentes egressos pelo SUS, devido à falta de concursos públicos, e a falta de investimento na qualificação dos profissionais, que apesar de suas limitações cotidianas acabam produzindo sua própria qualificação.

**Quadro 9.** Fatores que dificultam a abordagem da educação interprofissional e da prática colaborativa no contexto das residências multiprofissionais em saúde.

<b>Dimensões</b>	<b>Pesquisa bibliográfica</b>	<b>Questionários</b>	<b>Entrevistas</b>
<b>Micro</b>	<p>Comunicação e trocas entres profissionais</p> <p>Papel do residente nas equipes</p> <p>Experiências interprofissionais entre residentes médicos e multiprofissionais.</p>	<p>Comunicação</p> <p>Inexistência de momentos de troca e de aprendizado com a equipe médica</p> <p>Papel do residente nas equipes</p> <p>Falta de desejo de atuar a partir da perspectiva interprofissional</p> <p>Diferentes concepções sobre o trabalho em equipe interprofissional</p> <p>Visões de saúde distintas</p>	<p>Motivação dos residentes e preceptores</p>
<b>Meso</b>	<p>Fundamentação e compreensão teórica sobre a EIP</p> <p>Estruturação dos cenários de prática e organização dos serviços</p> <p>Isolamento dos residentes no segundo ano</p> <p>Cargas de trabalho e horária excessivas</p> <p>Formação uniprofissional e reprodução da especialidade</p>	<p>Infraestrutura e materiais</p> <p>Quantitativo insuficiente de preceptores e staffs;</p> <p>Isolamento dos residentes no segundo ano</p> <p>Falta de educação continuada nos serviços para os staffs</p> <p>Qualificação dos preceptores</p> <p>Carga horária</p> <p>Metodologias de ensino e modelos tradicionais de ensino</p>	<p>Infraestrutura</p> <p>Número reduzido de preceptores</p> <p>Formação em graduação uniprofissional</p>
<b>Macro</b>	<p>Baixo incentivo político e financeiro</p> <p>Gestão universitária centralizada e produtivista</p> <p>Modelo biomédico</p>	<p>Sucateamento do SUS</p> <p>Precarização dos serviços</p> <p>Reprodução do modelo biomédico</p>	<p>Pandemia de covid-19 vigente</p> <p>Precarização dos serviços</p> <p>Falta de financiamento das políticas públicas de saúde</p> <p>Absorção dos residentes pelo SUS</p> <p>Investimento em qualificação</p> <p>Modelo biomédico (hierarquia profissional e hegemonia médica)</p>

Fonte: Dados da pesquisa.

O debate sobre a EIP não é novo, mas extremamente atual e necessário em um cenário de atenção à saúde fragmentado e complexo que sofre influências de fatores sociais, políticos, econômicos e culturais. Incita o exercício da interrogação trazendo à tona rupturas e questionamentos em relação ao sistema educacional em saúde já instituído (CECCIM, 2018).

Segundo Ferreira (2009, p. 241), a “história das diferentes profissões no que se refere ao cuidado nos leva a um processo de reflexão sobre a necessidade de construir novos saberes, contemplando o quê, como e por que mudar”. A partir desta percepção, deve-se refletir sobre possíveis mudanças pontuais e estratégias administrativas que garantam mudanças no ensino tradicional para o ensino inovador. As experiências inovadoras na educação de profissionais de saúde devem repercutir na prática profissional, garantindo à comunidade uma assistência e atividades de educação permeadas pelo diálogo, e não de maneira autoritária.

Baseado na literatura sobre o tema dos últimos trinta anos, Reeves (2016b) argumenta que a formação interprofissional em saúde pode assegurar um cuidado e tratamentos mais efetivos e seguros. Isto porque contribui para a integralidade da atenção, para a humanização das práticas, aumento da resolutividade e qualidade das ações (CECCIM, 2018).

As RMS, inseridas nas iniciativas de EPS, vêm sendo defendidas como uma escolha pedagógica de formação adicional, em caráter interdisciplinar, importante para a consolidação dos SUS (CECCIM, 2005; MAGNAGO, 2017). Tendo em vista os resultados encontrados nesta pesquisa, acredita-se que processos de formação multiprofissional, como as RMS, podem ser um caminho para a instauração da interprofissionalidade. Além disso, foi observada nas respostas dos participantes nos resultados da EJARCI uma inclinação favorável para este modelo de formação e trabalho.

Muitas vezes, os estudantes, até mesmo antes de ingressar na graduação, já trazem estereótipos sobre as profissões de saúde. Assim, as crenças e as atitudes dos educadores no que diz respeito à colaboração interprofissional desempenham o papel de reforçar ou desconstruir estas concepções (D'AMOUR; OANDASAN, 2005). Neste sentido, faz-se fundamental a preparação dos docentes em serviço para exercerem sua função na oferta, facilitação e avaliação da EIP (ARRUDA et al., 2016).

Ao analisar os PPP dos programas incluídos, percebe-se uma heterogeneidade de formatos e concepções pedagógicas que poderia limitar a implementação da EIP. Desta forma, é recomendado que haja um alinhamento conceitual da interprofissionalidade dentro das RMS e o incentivo às metodologias ativas, às avaliações formativas e a atividades que promovam as competências colaborativas preconizadas pela EIP, quais sejam: comunicação interprofissional; atenção centrada no paciente, família e comunidade; dinâmica de funcionamento das equipes; clareza de papéis; liderança compartilhada; e gestão de conflitos (BRASIL, 2017).

Para que de fato se realize um trabalho conjunto de colaboração, e não somente colocar diferentes áreas em um mesmo cenário de formação, é sugerido, inclusive, adotar a nomenclatura de residência interprofissional (BRASIL, 2017). Além disso, é imprescindível capacitar os preceptores para alinhar, fortalecer e qualificar seu papel e suas funções como docente em serviço na saúde (ARRUDA et al., 2016). Na lógica da EIP, estes profissionais poderiam ser treinados para liderar atividades que promovessem e inserissem o debate da EIP na interseção ensino-serviço.

Para Ceccim (2018), aprender e trabalhar de maneira interprofissional é o mínimo de coerência para assegurar a qualificação dos profissionais e o respeito à interdisciplinaridade. A interprofissionalidade deveria representar terminologia óbvia à gestão do trabalho e educação na saúde, no entanto, encontra resistências e incertezas.

A dissidência das hegemonias profissionais, representada pela inviabilização da reserva de mercado, pelo enfraquecimento da fiscalização do exercício profissional e pela supressão das práticas privadas por grupo profissional, gera dúvidas quanto à sua adoção. Como visto neste estudo, e corroborado pela revisão bibliográfica, a interprofissionalidade oferece uma delimitação conceitual e pragmática que não desconsidera a importância dos núcleos uniprofissionais. Pelo contrário, valoriza e reconhece a contribuição de diferentes disciplinas e campos de conhecimentos na área da saúde, gerando interseções interdisciplinares, com a aceitação ativa da multiplicidade e complementaridade dos saberes, e fortalecimento das identidades profissionais (CECCIM, 2018).

Os aspectos macrossociológicos, como a estrutura legal e financeira imposta pelas políticas brasileiras, foram referidos como desafios à implementação da EIP na realidade dos serviços. Fatores como infraestrutura precária, provimento de profissionais e docentes insuficiente, falta de investimentos em qualificação, falta de perspectiva de absorção dos profissionais residentes pelo sistema público de saúde, gestão centralizada pautada na supervalorização de procedimentos e reprodução do modelo biomédico e das hierarquias profissionais foram citados pelos participantes.

Este cenário traz a necessidade de inserir a EIP na formação acadêmica. A interprofissionalidade não é compatível com uma concepção de saúde pautada no modelo médico-biológico e dicotômico, permeado por disputas de mercado e corporativismos. Ao conceber o conceito ampliado de saúde, naturalmente se reconhece o pressuposto do trabalho em equipe para suprir complexas demandas e dimensão do cuidado em saúde (BRASIL, 2017).

Assim, a EIP revela discussões sobre quebras de paradigmas e propõe um novo modelo de concepção e prática de saúde, devolvendo ao usuário o papel central na produção dos serviços de saúde. O efetivo trabalho em equipe, pautado na interprofissionalidade e na colaboração, não deve estar centrado nas profissões, mas no contexto e no cuidado (BRASIL, 2017).

Nesta linha, uma das problemáticas encontradas neste estudo foi a separação entre residência multiprofissional e médica, trazendo a necessidade de se discutir a promoção de interação entre estes profissionais nos diferentes campos de prática, facilitando a compreensão sobre o papel e atribuições de cada um. Esta promoção poderia estar prevista nos dispositivos institucionais e apoiada pela gestão para garantir espaço de trocas e compartilhamento entre os trabalhadores (BRASIL, 2017).

O envolvimento da gestão também se mostra fundamental para o fortalecimento das residências como dispositivos de educação permanente, e possivelmente de educação e trabalho interprofissionais, dentro dos serviços, e para o reconhecimento das suas funções, assim como dos preceptores, por parte de trabalhadores e equipes.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda mudança de contexto traz a necessidade de se gerar novas soluções, e, no âmbito da FTS, de alcançar práticas mais efetivas para a resolução de demandas de saúde no seu aspecto mais amplo. A EIP surge como uma ferramenta para formar profissionais mais preparados e comprometidos com a prática colaborativa centralizada no usuário e na melhoria da qualidade de atenção.

O desconhecimento e desvalorização histórica de algumas profissões de saúde podem trazer prejuízos na garantia de sua autonomia, na comunicação e respeito mútuo, na credibilidade profissional perante à sociedade, no trabalho colaborativo em equipe, gerando consequências negativas na assistência. Ao basear a formação da FTS no fundamento da EIP, “aprender sobre, com e a partir do outro”, se torna possível reconhecer a contribuição e o valor do trabalho de cada categoria dentro de uma equipe, já que o perfil epidemiológico contemporâneo e o surgimento de novas situações de saúde, como a pandemia de covid-19, requerem respostas diferenciadas e mais abrangentes, que muitas vezes um único núcleo profissional não consegue abarcar.

Os estudos sobre a EIP contemplam, em sua maioria, experiências na atenção básica, com poucas pesquisas e relatos de experiências no âmbito hospitalar. Os hospitais gerais universitários sofrem cada vez mais com o déficit de investimentos e sucateamento dos serviços, num contexto de agenda política no qual até o futuro do SUS se torna incerto. Somados a estes desafios, nos hospitais, a divisão do trabalho se torna mais acentuada e evidenciada pela própria estrutura física e pela cultura da formação especializada, que gera um cuidado fragmentado e muitas vezes hierarquizado.

Nessa perspectiva, esta tese se propôs a analisar o contexto educacional de programas de RMS no contexto hospitalar à luz do arcabouço teórico-metodológico da EIP. Buscou-se responder lacunas, avançar e apontar evidências num cenário pouco explorado. Para tanto, valeu-se das evidências documentadas na literatura vigente sobre o tema, da análise dos PPP e das percepções dos atores chave (residentes, preceptores e coordenadores), implicados nesse processo de formação.

Este estudo se debruçou sobre aspectos fundamentais da EIP, como a colaboração profissional, e sobre as diretrizes e atividades realizadas nas RMS a fim de identificar alinhamentos e discrepâncias entre estas estratégias educacionais e verificar as potencialidades das RMS como cenários de implementação da EIP.

Foram identificados, nos programas de RMS estudados, diversos fatores congruentes com os pressupostos da EIP, expressados pelas atitudes favoráveis em relação à colaboração interprofissional, pelas atividades promovidas nos cenários de atuação e pelos dispositivos institucionais que norteiam tais programas.

Evidenciou-se uma inclinação favorável dos atores participantes às práticas colaborativas, demonstrada pelos resultados da EJARCI, sem diferenças significativas entre as variáveis contempladas. Este achado sugere que já há um movimento dentro das RMS, e mesmo das graduações, de reconhecimento da importância da atuação interprofissional colaborativa.

As diretrizes curriculares, representadas nesta tese pelos PPP, se apoiam nos princípios da integralidade do cuidado e no trabalho em equipe; assim como em metodologias de ensino majoritariamente tradicionais com sistemas de avaliação variados em relação aos instrumentos e periodicidade. Não foi observada a presença de avaliações formativas que contemplem a verificação do desenvolvimento de competências e atitudes profissionais para a prática colaborativa, assim como consistência na divulgação dos resultados das práticas educacionais para auxiliar o desenvolvimento de novas experiências.

Os depoimentos dos participantes evidenciaram que a atuação colaborativa em equipe é dependente do interesse de cada profissional, o que demonstra fragilidades institucionais que dificultam a prática da EIP nestes cenários. No entanto, a potência de transformar e problematizar processos de trabalho através das interações e atividades propostas pelas RMS foi identificada nos resultados do *survey* e entrevistas com coordenadores.

Por seu caráter localizado, este estudo abre possibilidades para a sua replicação em outros cenários, e para o desenvolvimento de outras pesquisas que tentem superar as limitações metodológicas evidenciadas aqui. Algumas delas dizem respeito à configuração amostral: o pequeno número de

programas analisados quando comparado à realidade das residências multiprofissionais brasileiras; a não inclusão de outros programas alocados em cenários de ensino especializados, como os da Maternidade-Escola e do Instituto de Puericultura e Pediatria, ambos da UFRJ, cujos contextos educacionais podem diferir daqueles dos hospitais universitários gerais; e mesmo a não inclusão de programas de residência em medicina para fins de comparação.

Também podem ser consideradas limitações deste estudo, a ausência de informações atualizadas sobre a distribuição nacional de programas de RMS pela falta de uma plataforma de acesso público; o número reduzido de estudos que aplicaram a EJARCI, que acabou por limitar a discussão dos resultados encontrados neste estudo; e a participação de uma das coordenadoras que se respondeu às perguntas pelo *Google Forms*, sem a possibilidade de aprofundamento dos questionamentos.

Ademais, as imprevisibilidades trazidas pela pandemia de covid-19 provocaram alterações e adaptações nos programas que não puderam ser exploradas a tempo nesta tese. Deve-se considerar a influência da pandemia na indisponibilidade de participação de um dos programas elegíveis e de alguns atores chave. Além disso, alterações na organização curricular e nas interações presenciais também podem ter influenciado as respostas dos participantes. Apesar das limitações impostas, considera-se que houve um retorno satisfatório de respostas. Sugere-se a realização de novos estudos que avaliem os processos de adaptação das RMS ao contexto da pandemia, que discutam estratégias de EIP condizentes com o ensino remoto e que empreguem outras técnicas e *softwares* de análise de dados a fim de ampliar o escopo de resultados.

A partir dos achados deste estudo e da literatura científica sobre o tema, algumas recomendações e sugestões são elencadas a seguir:

- Ampliar a discussão sobre a EIP no MEC e em outras agências reguladoras das práticas profissionais como forma de enfrentar os interesses das corporações se sobrepondo à necessidade de fortalecimento do SUS;
- Inserir a interprofissionalidade na pauta do MEC e MS para pensar indicadores relacionados à essa abordagem: nos sistemas de avaliação,

na avaliação dos cursos, na disseminação das políticas, editais e iniciativas de educação na saúde; e para assegurar que a pós-graduação *lato sensu* valorize a perspectiva interprofissional no ensino, na pesquisa e nas propostas de intervenção da realidade;

- Fortalecer as residências multiprofissionais como cenários privilegiados de educação permanente e do trabalho em equipe, para além da especialização de área profissional;
- Estimular o lançamento de editais para projetos de pesquisa interprofissionais e incentivar a produção de conhecimento científico nas residências com a divulgação dos resultados de suas práticas;
- Incentivar a organização curricular das residências a partir de orientações político-pedagógicas pautadas na interprofissionalidade e nas competências colaborativas;
- Prever espaços e atividades que possibilitem trocas de conhecimento e dos diferentes papéis entre os profissionais de saúde, inclusive entre as residências multiprofissionais e médicas, tanto no primeiro, quanto no segundo ano do programa;
- Adotar a nomenclatura de residência interprofissional, promovendo um alinhamento conceitual entre a gestão e os sujeitos envolvidos;
- Valorizar e reconhecer o papel do preceptor, oferecendo qualificação e preparação para as residências interprofissionais;
- Estimular a adoção de metodologias ativas e interacionais, avaliações formativas e práticas pedagógicas voltadas para o desenvolvimento de competências individuais/atitudinais/interacionais para a tomada de decisão em equipe.

Isto exposto, depreende-se que as RMS se constituem como cenários potentes e propícios para a implementação e fortalecimento da interprofissionalidade. Por se fundamentarem na lógica da educação permanente, estes programas demandam o estabelecimento de uma relação de influência intrínseca entre o campo da educação e do trabalho em saúde, gerando transformações nos serviços em que se inserem.

Portanto, esta tese tem o intuito de contribuir para o aperfeiçoamento das políticas de orientação da formação em saúde, ao integrar a visão dos

principais atores que vivem a realidade das RMS com os dispositivos institucionais que as sustentam. Oferece aos gestores subsídios analíticos para possíveis ajustes que favoreçam a implementação dos elementos da EIP, com vistas à qualificação das ações de formação na saúde e suas repercussões tendo como foco principal a atenção aos usuários do SUS.

## REFERÊNCIAS

ABED, M.M. *Adaptação e validação da versão brasileira da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional: um estudo em profissionais da atenção básica*. 2015. Dissertação – Universidade Federal de Goiás, Goiânia.

AGUIAR, A.C. et al. Introdução à pesquisa “Preceptoria em Programas de Residência no Brasil e na Espanha: Ensino, Pesquisa e Gestão”: premissas, opções metodológicas e caracterização dos respondentes. In: AGUIAR, A.C. (Org.). *Preceptoria em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2017.

AGUIAR, R.B.P.L. *Interdisciplinaridade e prática colaborativa na percepção dos preceptores de um programa de residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia*. 2018. Dissertação – Centro Universitário Christus, Fortaleza, Ceará.

AGUILAR-DA-SILVA, R.H.; SCAPIN, L.T.; BATISTA, N.A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação*, Campinas; Sorocaba, SP, v. 16, n. 1, p. 167-184, mar. 2011.

ALBUQUERQUE, E.R.N.; SANTANA, M.C.C P.; ROSSIT, R.A.S. Residências multiprofissionais em saúde como fomentadoras da formação interprofissional: percepção de nutricionistas sobre as práticas colaborativas. *Demetra*, v. 13, n. 3, p. 605-619, 2018.

ALCUSKY, M. et al. Attitudes toward collaboration among practitioners in newly established medical homes: a survey of nurses, general practitioners, and specialists. *Am J Med Qual*, v. 31, n. 6, p. 526-35, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/1062860615597744>>. Acesso em: 01 set. 2020.

ALVES, I.M.F. *A colaboração interprofissional em um programa de residência multiprofissional em saúde: um relato de experiência*. 2019. Trabalho de conclusão de curso – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Caicó, RN.

AMSALU, E. et al. Attitudes of nurses and physicians towards nurse-physician collaboration in northwest Ethiopia: a hospital based cross-sectional study. *BMC Nurs.*, v. 13, n. 37, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12912-014-0037-7>>. Acesso em: 01 set. 2020.

ANGUERA, M.T. et al. Revisiting the difference between mixed methods and multimethods: Is it all in the name? *Quality & Quantity: International Journal of Methodology*, v. 52, n. 6, p. 2757-2770, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s11135-018-0700-2>>. Acesso em: 01 set. 2020.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de

Janeiro, v.12, n. 2, p. 455-464, 2007. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 set. 2020.

ARAÚJO, E.F.S. et al. Referências político-institucionais e normativas da oferta de programas de residência no Brasil. In: AGUIAR, A.C. (Org.). *Preceptoria em Programas de Residência: ensino, pesquisa e gestão*. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2017a.

ARAÚJO, T.A.M. et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface (Botucatu)*, v.21, n. 62, p. 601-13, 2017b. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/j/icse/a/XNR9GMyVnXx6v85LVPk3kLy/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 03 set. 2020.

ARNEMANN, C.T. et al. Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. *Interface (Botucatu)*, v. 22, n. 2, p. 1635-1646, 2018.

ARRUDA, G.M.M.S. et al. Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Tempus, actas de saúde colet*, Brasília, v. 10, n. 4, p. 187-214, 2016.

ARRUDA, G.M.M.S.; BARRETO, I.C.H.C.; RIBEIRO, K.G.; FROTA, A.C. The development of interprofessional collaboration in different contexts of multidisciplinary residency in Family Health. *Interface (Botucatu)*, v. 22, n. 1, p. 1309-1323, 2018.

AVELLAR, W.O. *O Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia: limites e possibilidades frente às políticas públicas de inovação em saúde*. 2013. Dissertação – Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro.

BAINBRIDGE, L.; WOOD, V. I. The power of prepositions: Learning with, from and about others in the context of interprofessional education. *Journal of interprofessional care*, Abingdon, v. 26, n. 6, p. 452-458, 2012.

\_\_\_\_\_. The power of prepositions: a taxonomy for interprofessional education. *Journal of interprofessional care*, Abingdon, v. 27, n. 2, p. 131-136, 2013.

BARR, H. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, v.12, p.181-187, 1998.

BARR, H. Ensuring quality in interprofessional education. *CAIPE Bulletin*, n. 22, p. 2-3, 2003.

BARR, H. et al. *Effective interprofessional education: argument, assumption and evidence*. Oxford: Blackwell; 2005.

BARR, H.; LOW, H. *Introdução à Educação Interprofissional*. Fareham: Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE), 2013.

BARR, H. et al. *Interprofessional Education: the genesis of a global movement*. Center for The Advancement of Interprofessional Care. London: Centre for Advancement of Interprofessional Education, 2015.

BATISTA, K.B.C.; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9QMxSsmqMcqQPjXP9fbthCn/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 05 dez. 2020.

BERBEL, N. N.: "Problematization" and Problem-Based Learning: different words or different ways? *Interface. Comunicação, Saúde, Educação*, v.2, n.2, 1998.

BONES, A.A.N.S. et al. Residência multiprofissional tecendo práticas interdisciplinares na prevenção da violência. *ABCS Health Sci.*; v. 40, n. 3, p. 343-347, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências Brasília, v. 141, n. 32, 2004a. Seção 1, p.37-41.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol\\_formacao\\_desenv.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf). Acesso em 03 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.º 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. Brasília, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.º 2.118, de 3 de novembro de 2005. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Brasília, 2005c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília; 2006. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf)>. Acesso em 01 dez. 2020.



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Ministério da Educação Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a. 78 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Portaria Interministerial 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. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 2007b. Seção 1.

\_\_\_\_\_. 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, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação na Saúde. III Seminário Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Brasília, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. I Seminário Nacional do PRÓ-SAÚDE II. 1º Encontro Nacional dos Coordenadores do PET Saúde. O Pró-Saúde na Política Nacional de Educação na Saúde. Brasília, 2009a.

\_\_\_\_\_. 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 o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, 2009b. Disponível em: <<http://www.redeunida.org.br/noticia/portaria-interministerial-no1077-de-12-de-novembro-de-2009>>. Acesso em: 03 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 73, 16 abr. 2012a. Seção 1, p. 24-25.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Secretaria de educação superior. Processo de seleção – concessão de bolsas de residentes em área profissional da saúde do ministério da educação. Brasília, DF, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

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

Disponível em:

<<https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/13/Miolo-Construindo-caminhos-possiveis-WEB.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018b. Disponível em:

<[https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permamente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica_nacional_educacao_permamente_saude_fortalecimento.pdf)>. Acesso em: 03 set. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão do Trabalho em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRITO, J. S. S. *Análise da educação interprofissional em saúde através da experiência da residência multiprofissional em saúde da família*. 2017. Dissertação – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE.

BROWN, S.S. et al. Nurses' professional values and attitudes toward collaboration with physicians. *Nurs Ethics*, v. 22, n. 2, p. 205-16, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/0969733014533233>>. Acesso em: 01 set. 2020.

BURILLE, A. et al. Do VER-SUS: do que é, do que foi e do que ficou. *RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2013. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/523/1168>>. Acesso em: 03 set. 2020.

BURING, S.M et al. Interprofessional education: definitions, student competencies, and guidelines for implementation. *Am J Pharm Educ*. v. 73, n. 4, art. 59, 2009.

CAMARA, A.M.C.S. Oficina de educação interprofissional para a residência multiprofissional. *Cad edu saude e fis.*, v.1, n.1, p. 27-34, 2014.

CAMARGO, F.C. et al. Formação para o trabalho na estratégia saúde da família: experiência da residência multiprofissional em saúde. *Rev Enferm Atenção Saúde*, v. 7, n. 1, p. 190-199, 2018.

- CAMARGOS, S.S.P.; OLIVEIRA, S.V. Perfil, qualidade de vida e perspectivas futuras de residentes do programa de residência em área profissional da saúde. *Revista Educação em Saúde*, v. 8, n. 1, p. 50-63, 2020.
- CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.
- CANADIAN HEALTH SERVICES RESEARCH FOUNDATION. Innovation through collaboration: working together for an evidence-informed health system. Report of the 8th Annual Invitational Workshop Canadian Health Services Research Foundation Vancouver, British Columbia March 21-22, 2006.
- CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC). A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver, Canadá, fev. 2010. Disponível em: <<https://www.mcgill.ca/ipeoffice/ipe-curriculum/cihc-framework>>. Acesso em: 03 set. 2020.
- CASANOVA, I.A., BATISTA, N.A., RUIZ-MORENO, L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sci*. v. 40, n. 3, p. 229-233, 2015.
- CASANOVA, I.A., BATISTA, N.A., RUIZ-MORENO, L. Interprofessional Education and shared practice in multiprofessional health residency programs. *Interface (Botucatu)*, v. 22, n. 1, p. 1325-37, 2018.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, out./dez. 2005.
- CECCIM, R.B. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: FAJARDO, A.P; ROCHA, C.M.F; PASINI, V.L (Orgs.). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. 260 p.
- CECCIM, R.B. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. In: TOASSI, R.F.C. (Org.). *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede Unida, 2017, p. 49-67.
- CECCIM, R.B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface (Botucatu)*, v. 22, n.2, p. 1739-49, 2018.
- COSTA, M.A.A. Educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016.
- COSTA, B.F. *A atenção básica como cenário de implementação da educação interprofissional em saúde: na perspectiva dos residentes*. 2016. Dissertação – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.
- COSTA, M.V. et al. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. *Interface (Botucatu)*. v. 19, n. 1, p. 709-20, 2015.

COSTA, M.V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 20, n. 56, p.197-8, 2016.

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

DANTAS, B.T. *Estratégias de ensino-avaliação voltadas ao desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde*. 2020. Dissertação – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.

DA ROS, M.A. Residência multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do Movimento Sanitário. In: Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. v.3, n. 1, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

D'AMOUR, D. et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, Abingdon, v. 19, supl. 1, p. 116-131, 2005.

D'AMOUR, D; OANDASAN, I. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, Supplement 1, p. 8-20, 2005. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16096142/>>. Acesso em: 01 set. 2020.

D'AMOUR D.; GOULET L.; LABADIE, J.F.; MARTÍN-RODRIGUEZ L.S.; PINEAULT, R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, v. 8, p. 188-201, 2008.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Formação. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, v. 2, p. 5-15, mai. 2001.

DELUIZ, N. A globalização econômica e os desafios à formação profissional. *Boletim Técnico do Senac*, n. 30, v. 3, p. 73-79, 2004. Disponível em: <<https://www.bts.senac.br/bts/article/view/500>>. Acesso em: 03 set. 2020.

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*, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

DIAS, I.M.A.V.; PEREIRA, A.K.; BATISTA, S.H.S.S.; CASANOVA, I. A. A tutoria no processo de ensinoaprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. *Saúde Debate*, v. 40, n. 111, p. 257-267, 2016.

- ELY, L.I.; TOASSI, R.F.C. Atividade de ensino integradora dos currículos na graduação em saúde: entre o multiprofissional, o interdisciplinar e o interprofissional. In: TOASSI, R.F.C. (Org.). *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede Unida, 2017, p. 81-97.
- ELSOUS, A.; RADWAN, M.; MOHSEN, S. Nurses and physicians attitudes toward nurse-physician collaboration: a survey from Gaza Strip, Palestine. *Nurs Res Pract.*, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1155/2017/7406278>>. Acesso em: 01 set. 2020.
- EVANGELISTA, A.L.P. et al. Residência integrada em saúde mental: cuidado à rede de atenção psicossocial. *Rev Bras Promoç Saúde*, v. 31, n. 4, p. 1-11, 2018.
- FAQUIM, J.P.S; FRAZÃO, P. Perceptions and attitudes on interprofessional relations in dental care during prenatal care. *Saúde debate*, v. 40, n. 109, p. 59-69, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610905>>. Acesso em: 01 set. 2020.
- FARIA, L.; OLIVEIRA-LIMA, J.A.; ALMEIDA-FILHO, N. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p.59-78, jan.-mar. 2021.
- FERNANDES, D. Para uma teoria da avaliação formativa. *Rev Port Educ.* v. 19, n. 2, p. 21–50, 2006.
- FERREIRA, M.L.S.M.; COTTA, R.M.M.; OLIVEIRA, M.S. Construção Coletiva de Experiências Inovadoras no Processo Ensino-aprendizagem na Formação de Profissionais da Saúde. *Revista Brasileira De Educação Médica*, v. 33, n. 2, p. 240–246; 2009.
- FERREIRA, S.R., OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. In: FAJARDO, A. P; ROCHA, C. M. F; PASINI, V. L (Orgs.). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. 260 p.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.
- FREIRE FILHO, J.R; SILVA, C.B.G. Educação e prática interprofissional no SUS: o que se tem e o que está previsto na Política Nacional de Saúde. In: TOASSI, R.F.C. (Org.). *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede Unida, 2017, p. 28-39.
- FREIRE FILHO, J. R. et al. Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 26, 2018a.
- FREIRE FILHO, J.R., et al. Cursos de especialização ofertados no âmbito do Mais Médicos: análise documental na perspectiva da Educação Interprofissional. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1613-1624,

2018b. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000601613&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601613&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 01 set. 2020.

FREIRE FILHO, J.R., et al. Educação interprofissional e as ações formativas do eixo do provimento emergencial do Programa Mais Médicos. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 1, p. 50-63, 2019.

FROSSARD, A.G.S.; SILVA, E. C. S. Experiência da residência multiprofissional em serviço social e cuidados paliativos oncológicos. *R. Katál.*, v. 19, n. 2, p. 281-288, 2016.

FURLANETTO, D.L.C. *Políticas Indutoras (Pró-Saúde) e a Reorientação da Formação de Profissionais da Área da Saúde para o fortalecimento do SUS*. 2015. 346f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface*, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, 2007.

GARCIA, M.A.A. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. *Revista de Educação*. PUC-Campinas. Campinas, n.9, p.72-82, dez. 2000.

GARCIA, L.P.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da Covid-19 no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v.29, n.2, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ress/a/B7HqzhTnWCvSXKrGd7CSjhm/?lang=pt>>. Acesso em: set. 2021.

GIL, A.C. *Como Elaborar Projetos de Pesquisa*. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOMIDE, M.F.S. et al. User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. *Interface (Botucatu)*. v. 22, n. 65, p. 387-98, 2018. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/180081/001070499.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 03 set. 2020.

GOULART, C.T. et al. Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Revista de rede de enfermagem do nordeste*, v. 13, n. 1, p.178-186, 2012.

HENRIQUE, R.S. et al. Múltiplos olhares: a busca pela interprofissionalidade em uma equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família no município do Rio de Janeiro (RJ). In: *Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*. 2019, Brasília, DF.

HOJAT, M. et al. The Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data.

*Journal of Interprofessional Care*, v. 29, n. 3, p. 128-144, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2014.962129>>. Acesso em: 01 set. 2020.

HORSBURGH, M.; LAMDIN, R.; WILLIAMSON, E. Multiprofessional learning: the attitudes of medical, nursing and pharmacy students to shared learning. *Medical Education*, Oxford, GB, n. 35, p. 876-883, 2001.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE. *Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update*. Washington, DC. Disponível em: <<https://hsc.unm.edu/ipe/resources/ipec-2016-core-competencies.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2020.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE EXPERT PANEL (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: report of an expert panel*. Washington D.C.: Interprofessional Education Collaborative. Disponível em: <<https://www.aacom.org/docs/default-source/insideome/ccrpt05-10-11.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2020.

KARAGIANNIS, T. et al. Exploring attitudes toward physician-nurse collaboration within a team-based primary care environment. *Population Health Matters*, v. 27, n. 4, 2017. Disponível em: <<http://jdc.jefferson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1905&context=hpn> 17>. Acesso em: 01 set. 2020.

KRAMER, S. Propostas pedagógicas ou curriculares: Subsídios para uma leitura crítica. *Educação & Sociedade*, ano XVIII, n. 60, dez.1997. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/es/v18n60/v18n60a1.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2020.

LAGO, L.P.M., et al. A análise de práticas profissionais como dispositivo para a formação na residência multiprofissional. *Interface (Botucatu)*, v. 22, n. 2, p. 1625-34, 2018.

LAGO, L.P.M. *Práticas profissionais na residência multiprofissional em saúde: uma pesquisa sócio-clínica*. 2019. Tese – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

LEITÃO, B.F.B. *Residência multiprofissional em cancerologia: expressões da integralidade do cuidado*. 2018. Dissertação – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Ceará.

LEWGOY, A.M.B. et al. A perspectiva interprofissional na residência integrada multiprofissional em saúde hospitalar. *Clin Biomed Res.*, v. 39, n. 1, p. 58-68, 2019.

LIMA, I.C.B.F.; PASSOS, I.C.F. Residências integradas em saúde mental: para além do tecnicismo. *Trab. Educ. Saúde*, v. 17, n. 2, p. 1-22, 2019.

MACHADO, M. H. et al. Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. *Enferm. Foco*, v. 6, n. 1, p. 11-17, 2015. Disponível em:

<<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686/296>>.  
Acesso em: 01 set. 2020.

MEDEIROS, M.S.M.F. *Educação para o trabalho interprofissional no contexto das residências em uma maternidade escola*. 2018. Dissertação – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN.

MEDINA, A.G. *Terapia ocupacional e a educação para a interprofissionalidade em residências multiprofissionais em saúde*. 2016. Dissertação – Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

MENDES, K.D.S. et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em:  
<<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>>. Acesso em: 01 set. 2020.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde em Debate*, Ano XXVII, v. 27, n. 65, Rio de Janeiro, set/dez, 2003.

MINAYO, M. C. S. (Org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MIRANDA NETO, M.V. *Limites e potencialidades da residência multiprofissional em saúde para a educação interprofissional*. 2015. Dissertação – Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, São Paulo.

MIRANDA NETO, M.V; LEONELLO, V.M; OLIVEIRA, M.A.C. Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. *Rev Bras Enferm.*, n. 68, n. 4, p. 586-93, 2015.

MISHIMA, S.M. et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. *Rev Latino-Am Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 436-43, 2010.

MORÉ, C. A “entrevista em profundidade” ou “semiestruturada”, no contexto da saúde: Dilemas epistemológicos e desafios de sua construção e aplicação. In: Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. *Atas CIAIQ2015*, v. 3, p. 126-131, 2015. Disponível em:  
<<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/viewFile/158/154>>.  
Acesso em: 01 set. 2020.

MOTTA, L.B.; PACHECO, L.C. Integrating medical and health multiprofessional residency programs: the experience in building an interprofessional curriculum for health professionals in Brazil. *Education for Health*, v.27, n.1, p. 83-88, 2014.

NANDIWADA, D.R.; KORMOS, W. Interprofessional evidence-based practice competencies equalizing the playing field. *JAMA Network Open.*, v.1, n.2, e180282, 2018. Disponível em:  
<<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2685623>>.  
Acesso em: 21 dez. 2020.



OANDASAN, I.; REEVES, S. Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. *Journal of interprofessional care*, Abingdon, v. 19, supl. 1, p. 39-48, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. World Health Organization. Department of Human Resources for Health Geneva, Switzerland, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Genebra: OMS, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Educação interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Relatório da reunião. Bogotá, Colômbia. 7 a 9 de dezembro de 2016. Washington, D.C.: OPAS, 2017a.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Resolução CSP29.R15: Estratégia de Recursos Humanos para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde. OMS/OPAS: Washington, DC; 2017b.

OUVERNEY, A.M.; NORONHA, J.C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 3, p. 143-182, 2013.

PAIVA, C.H.A.; PIRES-ALVES, F; HOCHMAN, G. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 3, p. 929-939, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/RDxsWfBfpYDBRppvBxVjyC/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 03 set. 2020.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>. Acesso em: 1 set. 2020.

PEDUZZI, M., et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm, USP.*, v. 47, n.4, p. 977-83, 2013. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)>. Acesso em: 1 set. 2020.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. *Interface*, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H.F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. v. 22, n. 2, p. 1525-34, 2018.

PEREGO, M.G.; BATISTA, N.A. Aprendizagens Compartilhadas na Residência Multiprofissional em Saúde. *Tempus, actas de saúde colet*, v. 10, n. 4, p. 39-51, 2016.

- PEREIRA, F.I. Aprendizagem por pares e os desafios da educação para o senso-crítico. *Int. J. Activ. Learn.* Rio de Janeiro v. 2, n. 1, p. 6-12, jan./jun. 2017.
- PUSCHEL, V.A.A. *A mudança curricular do bacharelado em enfermagem da Escola de Enfermagem da USP: análise documental e vivência dos participantes*. 2011. Tese livre-docência – Universidade de São Paulo, São Paulo.
- QUERIDO, D.L. et al. Residência multiprofissional como estratégia para formação de recursos humanos na perspectiva interprofissional em saúde perinatal. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 9, 2020.
- QUINLAN, A. *Attitudes of nurse practitioners toward interprofessional collaboration*. 2014. Dissertação – William Paterson University, New Jersey. Disponível em: <<https://pqdtopen.proquest.com/doc/1654779027.html?FMT=ABS>>. Acesso em: 01 set. 2020.
- REBOUÇAS, R.R.M.; GONDIM, A.A.; PINHEIRO, J.A.M. (Im)Possibilidades de atuação interprofissional dos residentes multiprofissionais em contexto hospitalar. *Rev. SBPH*, v. 22, n. 1, p. 51-71, 2019.
- REID, R.; BRUCE, D.; ALLSTAFF, K.; MCLERNON, D. Validating the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in the postgraduate context: Are health professionals ready for IPL? *Medical Education*, Oxford, GB, v. 40, n. 5, p. 415-422, 2006.
- REEVES, S. *Developing and Delivering Practice-based Interprofessional Education*. Berlin - Germany: Verlag Dr. Müller, 2008. 224p.
- REEVES, S. The need to problematize interprofessional education and practice activities. *Journal of interprofessional care*, Abingdon, v. 24, n. 4, p. 333-335, 2010.
- REEVES, S. et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, v. 3. Art. No.: CD002213. DOI: 10.1002/14651858.CD002213.pub3. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6513239/>>. Acesso em: 1 set. 2020.
- REEVES, S. et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Medical Teacher*, v. 38, n. 7, p. 656-68, 2016a.
- REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface*, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-96, 2016b.
- REEVES, S. Ideas for the development of the interprofessional education and practice field: An update. *Journal of Interprofessional Care*, v.30, n.4, p.405-407, 2016c.

RIBEIRO, K.R.B.; PRADO M.L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. *Rev Gaúcha Enferm.*, v. 34, n. 4, p. 161-165, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.43731>>. Acesso em: 01 set. 2020.

RODRIGUES, T.F. Residências Multiprofissionais em Saúde: Formação ou trabalho? *Serv. Soc. & Saúde*, Campinas, SP, v. 15, n. 1 (21), p.71-82, jan./jun. 2016.

ROSA, S.D. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trab.Educ.Saúde*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, nov.2009/fev.2010.

SACKETT, D.L. et al. Medicina baseada em evidências: prática e ensino. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SAKAI, M. H.; LIMA, G.Z. PBL: uma visão geral do método. *Olho Mágico*, Londrina, v. 2, n. 5/6, n. esp., 1996.

SANCHES, M.V. *A experiência do programa de residência multiprofissional em saúde mental com ênfase em dependência química: desafios para a educação interprofissional colaborativa*. 2019. Dissertação – Universidade de São Paulo, São Paulo.

SANTOS, F.A. *Análise crítica dos projetos políticos-pedagógicos de dois programas de residência multiprofissional em saúde da família*. 2010. Dissertação – Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro.

SANTOS, K.H.; MARQUES, D.; POZZUTO, L.; SIDERI, K.P. O trabalho de profissionais na residência multiprofissional em saúde. *Rev. APS.*, v.19, n. 3, p. 495-499.

SANTOS, K.S. et al. The use of multiple triangulations as a validation strategy in a qualitative study. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 2, p. 655-664, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020252.12302018>>. Acesso em: 01 set. 2020.

SARMENTO, L.F. Residência Multiprofissional em Saúde: análise da oferta de programas financiados pelo Ministério da Saúde de 2009 a 2015. 2016. 182 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SCHNEIDER, L.R.; PEREIRA, R.P.G.; FERRAZ, L. Prática Baseada em Evidências e a análise sociocultural na Atenção Primária. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n.2, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/kq66hywGnfmM4JtrftJM4ys/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 03 set. 2020.

SIEBENEICHLER, F. Encontros e desencontros no caminho da interdisciplinaridade. *Revista Tempo Brasileiro*, v. 98, p. 153-80, julho/set,1989.

SILVA, L.C.; BROTTTO, M.E. Residência Multiprofissional em Saúde: o olhar dos preceptores sobre o processo de ensino-aprendizagem. *Revista de Políticas Públicas*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 885-901, 2016.

Silva, A.S. *Percepção de residentes e preceptores sobre a residência multiprofissional integrada em saúde com ênfase em onco-hematologia*. 2017. Dissertação – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, RS.

SOARES, G.M.M. *Colaboração e educação interprofissional na pós-graduação em saúde: estudo de caso da residência multiprofissional em saúde da família*. 2015. Dissertação – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

SOUSA, C.S. et al. Perfil do ingressante na residência multiprofissional e em área de saúde de um hospital privado brasileiro. *Rev. iberoam. educ. investi. Enferm.*, v.6, n.4, p. 26-32, 2016.

SOUZA, R.B.; MAGNAGO, C.; FRANÇA, T. Movimentos de adaptação das atividades do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde no contexto da pandemia de covid-19. *Research, Society and Development*, v. 10, n.6, 2021. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16029/14298>>. Acesso em: set. 2021.

STEINBACH, M. *A preceptoria na residência multiprofissional em saúde: saberes do ensino e do serviço*. 2015. Dissertação – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

STEINERT, Y. Learning together to teach together: Interprofessional education and faculty development. *Journal of Interprofessional Care*, n. 19, sup. 1, p. 60-75, 2005.

TRIOLA, M.F. *Introdução à Estatística*. 12ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2017.

UCHÔA-FIGUEIREDO, L.R. et al. Gestão de um programa de Residência Multiprofissional. In: UCHÔA-FIGUEIREDO, L.R.; RODRIGUES, T.F.; DIAS, I.M.A.V. (Orgs.). *Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. p. 77-105.

VASCONCELOS, A.C.F.; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M.F.P. O que pensam os profissionais da Atenção Básica sobre a Residência Multiprofissional. In: UCHÔA-FIGUEIREDO, L.R.; RODRIGUES, T.F.; DIAS, I.M.A.V. (Orgs.). *Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, 2016a. 459 p. – (Série Vivências em Educação na Saúde).

VASCONCELOS, A.C.F.; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M.F.P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. *Interface*, Botucatu, v. 20, n. 56, 2016b, p.147-58.

WETZEL, C. et al. Analysis of interprofessional in-service education in a Psychosocial Care Center. *Interface (Botucatu)*, v. 22, n. 2, p. 1729-38, 2018.

YIN, R.K. Estudo de caso. Planejamento e métodos. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZANONI, C.S. et al. Contribuições da residência em enfermagem na atuação profissional de egressos. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 36, p. 215-24, 2015.

## APÊNDICES

### Apêndice A. Questionário online autoaplicável para os residentes

#### CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL:

Qual o nome do programa de Residência do qual você faz parte:

#### PERFIL DO ENTREVISTADO:

Sexo: ( ) F ( ) M

Ano de nascimento:

Qual a sua formação profissional?

- ( ) Enfermagem ( ) Farmácia ( ) Fisioterapia ( ) Nutrição ( ) Odontologia  
( ) Psicologia ( ) Serviço Social ( ) Terapia ocupacional ( ) Biomedicina  
( ) Fonoaudiologia ( ) Educação Física ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Em que ano se graduou?

Em que município/UF se graduou?

Você se graduou em: ( ) Instituição pública ( ) Instituição privada

Já realizou outros cursos de pós-graduação?

- ( ) Residência  
( ) Especialização  
( ) Mestrado  
( ) Doutorado  
( ) Pós-Doutorado  
( ) Não, este programa de residência é minha primeira pós-graduação.

Você teve experiência prévia de atuação profissional na assistência à saúde?

- ( ) Sim, na atenção básica  
( ) Sim, na atenção secundária (ambulatorial) privada  
( ) Sim, na atenção secundária (ambulatorial) pública  
( ) Sim, na atenção hospitalar privada  
( ) Sim, na atenção hospitalar pública  
( ) Não.  
( ) Outros: \_\_\_\_\_

Quanto tempo de trabalho no SUS você tem, exceto o tempo que está na residência?

- Menos de 6 meses
- 6 meses a 1 ano
- Entre 1 a 2 anos
- Entre 2 a 5 anos
- Mais de 5 anos
- Não se aplica (nunca trabalhei no SUS antes da residência)

#### QUESTÕES:

A literatura científica diferencia os termos multiprofissional e interprofissional. Você compreende a diferença entre esses termos?

- Sim  Não

Assim que começou a exercer a sua prática profissional, você se sentiu preparado para trabalhar em equipe com outros profissionais de saúde?

- Sim  Não  Parcialmente  Não se aplica (Nunca trabalhei na área da saúde antes)

Você acredita que o seu curso de graduação o/a preparou para trabalhar em equipe?

- Sim  Não  Parcialmente

Este campo é livre para os seus comentários. Nele você pode incluir aspectos que não foram abordados neste questionário ou reforçar outros:

[Sessão suprimida para residentes de 1º ano]:

Sobre o programa de residência no qual atua como residente, você considera que ele:

	Sim	Não	Parcialmente	Não sei opinar
Proporciona momentos de aprendizado conjunto com outras profissões de saúde	( )	( )	( )	( )
Promove o desenvolvimento de atitudes e competências para trabalhar colaborativamente com outras profissões de saúde	( )	( )	( )	( )
Promove o aprendizado sobre as atribuições de outras profissões de saúde	( )	( )	( )	( )
Promove o aprendizado sobre as atribuições comuns de toda a equipe de saúde	( )	( )	( )	( )
Estabelece objetivos comuns de aprendizado para todas as profissões de saúde contempladas no programa	( )	( )	( )	( )
Promove a aprendizagem baseada em evidências científicas	( )	( )	( )	( )
Promove o desenvolvimento de competências profissionais capazes de melhorar a qualidade da atenção em saúde	( )	( )	( )	( )
Promove o ensinar e o aprender em conjunto e interativamente com outras profissões de saúde	( )	( )	( )	( )
Promove o aprendizado baseado na inclusão e na centralização do usuário	( )	( )	( )	( )

O programa de residência utiliza metodologias ativas de ensino-aprendizagem?

( ) Sim ( ) Não ( ) Parcialmente ( ) Não sei opinar

Se sim, quais?

- ( ) Sala de aula invertida
- ( ) Shadowing (observação sombra)
- ( ) Aprendizagem baseada em seminários
- ( ) Aprendizagem baseada em problemas
- ( ) Aprendizagem baseada em projetos
- ( ) Aprendizagem baseada em simulação
- ( ) Aprendizagem baseada na prática clínica (estudos de caso)
- ( ) Aprendizagem online (e-learning)



Aprendizagem misturada (integrando e-learning com outro método tradicional)

Outros. Especifique:

O programa de residência foca mais em metodologias tradicionais de ensino em comparação às metodologias ativas?

Sim  Não  Não sei opinar

Você acredita que, após a sua entrada no programa de residência, desenvolveu novos conhecimentos, habilidades e competências para trabalhar em equipe com outras profissões de saúde?

Sim  Não  Parcialmente  Não sei opinar

Na sua opinião, os serviços nos quais os residentes atuam na prática estão preparados para receber o aluno?

Sim  Não  Parcialmente

Dentro do seu programa, quais fatores facilitam a prática do ensino e aprendizado compartilhados?

Dentro do seu programa, quais fatores dificultam a prática do ensino e aprendizado compartilhados?

Como você avalia a participação dos médicos nas atividades da residência multiprofissional e na interação com os residentes?

Quais mudanças você sugere para a melhoria do processo ensino aprendizagem do programa de residência?

**Apêndice B. Questionário online autoaplicável para os preceptores****CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL:**

Qual o nome do programa de Residência do qual você faz parte:

**PERFIL DO ENTREVISTADO:**

Sexo: ( ) F ( ) M

Ano de nascimento:

Qual a sua formação profissional?

- ( ) Enfermagem ( ) Farmácia ( ) Fisioterapia ( ) Nutrição ( ) Odontologia  
( ) Psicologia ( ) Serviço Social ( ) Terapia ocupacional ( ) Biomedicina  
( ) Fonoaudiologia ( ) Educação Física ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Em que ano se graduou?

Em que município/UF se graduou?

Você se graduou em:

- ( ) Instituição pública ( ) Instituição privada

Quais níveis de formação você possui?

- ( ) Superior completo ( ) Residência ( ) Especialização ( ) Mestrado ( )  
Doutorado ( ) Pós-Doutorado

Há quanto tempo você atua na função de preceptor(a) deste programa de residência?

- ( ) Menos de 6 meses  
( ) 6 meses a 1 ano  
( ) Entre 1 a 2 anos  
( ) Entre 2 a 5 anos  
( ) Mais de 5 anos

Qual seu vínculo empregatício nesta instituição como preceptor(a)?

- ( ) Estatutário (cargo público)  
( ) Emprego público  
( ) Contrato por prazo determinado  
( ) Cargo comissionado (não cedido)

- Cargo comissionado (cedido)
- Celetista (contrato por OSCIP/OS)

Você já teve experiência prévia na área de formação superior em saúde?

- Sim, como docente
- Sim, como preceptor
- Sim, como coordenador de curso de graduação
- Sim, como coordenador de curso de pós-graduação, exceto residência
- Sim, como coordenador de residência uniprofissional
- Sim, como coordenador de residência multiprofissional
- Sim, como tutor
- Não tive experiência anterior

Quanto tempo de trabalho no SUS você tem?

- Menos de 6 meses
- 6 meses a 1 ano
- Entre 1 a 2 anos
- Entre 2 a 5 anos
- Mais de 5 anos

#### QUESTÕES:

A literatura científica diferencia os termos multiprofissional e interprofissional.

Você compreende a diferença entre esses termos?

- Sim  Não

Assim que começou a exercer a sua prática profissional, você se sentiu preparado para trabalhar em equipe com outros profissionais de saúde?

- Sim  Não  Parcialmente

Você acredita que o seu curso de graduação o/a preparou para trabalhar em equipe?

- Sim  Não  Parcialmente

Você acredita que o seu curso de pós-graduação o/a preparou para trabalhar em equipe?

Sim  Não  Parcialmente  Não se aplica

Sobre o programa de residência no qual atua como preceptor(a), você considera que ele:

	Sim	Não	Parcialmente	Não sei opinar
Proporciona momentos de aprendizado conjunto com outras profissões de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promove o desenvolvimento de atitudes e competências para trabalhar colaborativamente com outras profissões de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promove o aprendizado sobre as atribuições de outras profissões de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promove o aprendizado sobre as atribuições comuns de toda a equipe de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estabelece objetivos comuns de aprendizado para todas as profissões de saúde contempladas no programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promove a aprendizagem baseada em evidências científicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promove o desenvolvimento de competências profissionais capazes de melhorar a qualidade da atenção em saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promove o ensinar e o aprender em conjunto e interativamente com outras profissões de saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promove o aprendizado baseado na inclusão e na centralização do usuário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O programa de residência utiliza metodologias ativas de ensino-aprendizagem?

Sim  Não  Parcialmente  Não sei opinar

Se sim, quais?

- Sala de aula invertida
- Shadowing (observação sombra)
- Aprendizagem baseada em seminários
- Aprendizagem baseada em problemas
- Aprendizagem baseada em projetos

- Aprendizagem baseada em simulação
- Aprendizagem baseada na prática clínica (estudos de caso)
- Aprendizagem online (e-learning)
- Aprendizagem misturada (integrando e-learning com outro método tradicional)
- Outros. Especifique:

O programa de residência foca mais em metodologias tradicionais de ensino em comparação às metodologias ativas?

- Sim  Não  Não sei opinar

Você acredita que, após a sua inserção no programa de residência como preceptor(a), desenvolveu novos conhecimentos, habilidades e competências para trabalhar em equipe com outras profissões de saúde?

- Sim  Não  Parcialmente  Não sei opinar

Na sua opinião, os serviços nos quais os residentes atuam na prática estão preparados para receber o aluno?

- Sim  Não  Parcialmente

Dentro do seu programa, quais fatores facilitam a prática do ensino e aprendizado compartilhados?

Dentro do seu programa, quais fatores dificultam a prática do ensino e aprendizado compartilhados?

Como você avalia a participação dos médicos nas atividades da residência multiprofissional e na interação com os residentes?

Quais mudanças você sugere para a melhoria do processo ensino aprendizagem do programa de residência?

Este campo é livre para os seus comentários. Nele você pode incluir aspectos que não foram abordados nesse questionário ou reforçar outros:

**Apêndice C. Questionário para entrevistas com coordenadores****CARACTERIZAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL:**

Qual o nome do programa de Residência do qual você faz parte:

Quais as áreas da saúde contempladas no programa de residência do qual você faz parte?

- Enfermagem  Farmácia  Fisioterapia  Nutrição  Odontologia  
 Psicologia  Serviço Social  Terapia ocupacional  Biomedicina  
 Fonoaudiologia  Educação Física  Outros: \_\_\_\_\_

Há quanto tempo (anos) o programa de residência multiprofissional funciona nesta instituição?

Com relação aos cenários de ensino-aprendizagem, identifique quais os locais são utilizados pela instituição para a abordagem prática dos alunos:

- Hospitais gerais  
 Hospital Especializado (Maternidade, Pediátrico, Ortopédico, Oncológico, Psiquiátrico, etc.)  
 Unidades de Pronto Atendimento (UPA)  
 Unidades de Atenção Primária  
 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)  
 Policlínicas, ambulatórios e clínicas especializadas  
 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)  
 Residência Terapêutica  
 Creches e/ou Escolas primárias/secundária  
 Lar de idosos  
 Empresas  
 Instituições de atenção a pessoas com deficiência (ex. APAE, escolas)  
 Outros. Especifique:

## PERFIL DO ENTREVISTADO:

Sexo: ( ) F ( ) M

Ano de nascimento:

Qual a sua formação profissional?

- ( ) Enfermagem ( ) Farmácia ( ) Fisioterapia ( ) Nutrição ( ) Odontologia  
( ) Psicologia ( ) Serviço Social ( ) Terapia ocupacional ( ) Biomedicina  
( ) Fonoaudiologia ( ) Educação Física ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Em que ano se graduou?

Em que município/UF se graduou?

Você se graduou em:

- ( ) Instituição pública ( ) Instituição privada

Quais níveis de formação você possui?

- ( ) Superior completo ( ) Residência ( ) Especialização ( ) Mestrado ( )  
Doutorado ( ) Pós-Doutorado

Há quanto tempo você atua na função de coordenador(a) deste programa de residência?

- ( ) Menos de 6 meses  
( ) 6 meses a 1 ano  
( ) Entre 1 a 2 anos  
( ) Entre 2 a 5 anos  
( ) Mais de 5 anos

Você já teve experiência prévia na área de formação superior em saúde?

- ( ) Sim, como docente  
( ) Sim, como preceptor  
( ) Sim, como coordenador de curso de graduação  
( ) Sim, como coordenador de curso de pós graduação, exceto residência  
( ) Sim, como coordenador de residência uniprofissional  
( ) Sim, como coordenador de residência multiprofissional  
( ) Sim, como tutor  
( ) Não tive experiência anterior

Quanto tempo de trabalho no SUS você tem?

- ( ) Menos de 6 meses
- ( ) 6 meses a 1 ano
- ( ) Entre 1 a 2 anos
- ( ) Entre 2 a 5 anos
- ( ) Mais de 5 anos

## PERGUNTAS

A literatura científica diferencia os termos multiprofissional e interprofissional. Você compreende a diferença entre esses termos? Na sua opinião, qual seria a principal diferença entre estes termos na prática?

O aprendizado interprofissional é incorporado ao programa de residência? De que maneira?

O programa de residência proporciona momentos de aprendizado conjunto com outras profissões de saúde? De que maneira?

O programa de residência promove o desenvolvimento de atitudes e competências para o trabalho colaborativo em saúde? De que maneira?

O programa de residência promove o aprendizado sobre as atribuições comuns e específicas de cada profissão? De que maneira?

O programa de residência estabelece objetivos comuns de aprendizado para todas as profissões de saúde contempladas no programa? Cite alguns desses objetivos.

O programa de residência promove a aprendizagem baseada em evidências científicas? De que maneira?

O programa de residência promove o aprendizado baseado na inclusão e na centralização do usuário? De que maneira?



Quais são as metodologias e recursos didáticos utilizados pelo programa de residência?

Quais são os processos avaliativos dos residentes empregados pelo programa de residência para avaliação dos residentes?

O programa de residência emprega processos avaliativos que permitam o replanejamento dos métodos pedagógicos? Quais?

Os resultados das práticas educacionais do programa de residência são divulgados? De que maneira?

Quais os desafios e como estimular o ensino e o aprendizado compartilhado?

Se você pudesse mudar as políticas de formação em saúde para a integração das diferentes áreas profissionais, o que você faria?

Dentro do seu programa, quais fatores facilitam a prática do ensino e aprendizado compartilhados?

Dentro do seu programa, quais fatores dificultam a prática do ensino e aprendizado compartilhados?

Como você avalia a participação dos médicos nas atividades da residência multiprofissional e na interação com os residentes?

Este campo é livre para os seus comentários. Nele você pode incluir aspectos que não foram abordados nesse questionário ou reforçar outros:

## ANEXOS

## Anexo A. Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI)

## Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional

**Instruções:** Indique, por favor, o quanto você concorda ou discorda de cada uma das seguintes afirmações, escrevendo o número apropriado entre os parênteses disponibilizados antes de cada afirmação. Utilize, por favor, a escala de 7 pontos, a seguir (quanto maior o número na escala, maior a concordância):

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Discordo totalmente

Concordo totalmente

1. ( ) Os profissionais de saúde devem ser vistos como colaboradores, ao invés de superiores ou subordinados.
2. ( ) Todos os profissionais de saúde devem ter a responsabilidade de monitorar os efeitos de intervenções em seus pacientes/clientes.
3. ( ) O trabalho em equipe no cuidado à saúde não pode ser um resultado do ensino interdisciplinar.
4. ( ) As instituições acadêmicas devem desenvolver programas de ensino interdisciplinar para aumentar a prática colaborativa.
5. ( ) Os profissionais de saúde não devem questionar as decisões tomadas por colegas, mesmo que eles achem que essas possam ter efeitos prejudiciais ao paciente/cliente.
6. ( ) Todos os profissionais de saúde podem contribuir para as decisões relacionadas ao bem-estar de pacientes/clientes.
7. ( ) A prática colaborativa sempre funciona melhor quando os profissionais de saúde desenvolvem relações de trabalho para atingir os mesmos objetivos.
8. ( ) O ensino interdisciplinar e a colaboração interprofissional não estão ligados entre si.
9. ( ) A função principal de outros profissionais de saúde é seguir, sem questionamento, as orientações dos médicos que estão tratando os pacientes/clientes.
10. ( ) A colaboração interprofissional, que inclui respeito mútuo e comunicação, melhora o ambiente de trabalho.
11. ( ) Todos os profissionais de saúde devem contribuir para as decisões relativas à melhora do cuidado de seus pacientes/clientes.
12. ( ) A satisfação no trabalho não está relacionada às práticas de colaboração interprofissional.
13. ( ) Os profissionais de saúde devem estar cientes de que seus colegas de outras áreas relacionadas à saúde podem contribuir para a qualidade do cuidado.
14. ( ) Os profissionais de saúde devem estar envolvidos na tomada de decisões político-administrativas relativas ao seu trabalho.
15. ( ) Devido à diferença de cada função, não há muitas áreas que permitam a sobreposição de responsabilidades entre os profissionais de saúde que prestam cuidados aos pacientes/clientes.
16. ( ) Para promover o melhor benefício ao paciente/cliente, os profissionais de saúde devem usar seu próprio julgamento ao invés de consultar seus colegas de outras áreas relacionadas à saúde.
17. ( ) Os erros clínicos serão minimizados quando existir colaboração entre os profissionais de saúde.
18. ( ) Todos os profissionais de saúde possuem competências específicas próprias para prestar atendimento de qualidade aos seus pacientes / clientes.
19. ( ) Os profissionais de saúde que trabalham em conjunto não podem ser igualmente responsabilizados pelo serviço que prestam.
20. ( ) Durante sua formação, todos os estudantes da área da saúde devem ter a experiência de trabalhar em equipes com estudantes de outras áreas da saúde, para que possam compreender melhor sua respectiva função.

## Anexo B. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UERJ - INSTITUTO DE  
MEDICINA SOCIAL /  
UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Residências Multiprofissionais em Saúde como cenários de implementação da educação interprofissional

**Pesquisador:** LIDIANE DE FREITAS SARMENTO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 29100719.6.0000.5260

**Instituição Proponente:** Instituto de Medicina Social-Universidade do Estado do Rio de Janeiro-UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.898.191

#### Apresentação do Projeto:

O presente projeto tem abrangência municipal, com o propósito de analisar o contexto educacional de programas de RMS na perspectiva da educação interprofissional (EIP) e das práticas colaborativas em saúde. Considerando que, no contexto brasileiro, o modelo de formação e o processo de trabalho em saúde ainda são fortemente baseados na lógica da fragmentação e da uniprofissionalidade, este trabalho busca fornecer evidências que contribuam para o debate e implementação da EIP no País, com vistas a melhorias neste cenário.

Trata-se de estudo de natureza exploratória e descritiva, do tipo estudo de casos múltiplos, com delineamento de pesquisa de campo, bibliográfica e documental, e abordagem qualitativa e quantitativa. A pesquisa será desenvolvida no município do Rio de Janeiro, assumindo-se como cenários

diferentes programas de RMS de universidades públicas. Os critérios adotados para a inclusão dos programas foram: participação de, pelo menos,

três profissões diferentes num mesmo programa e já ter formado ao menos uma turma de residentes. As coordenações de todos programas

considerados elegíveis serão convidadas a integrar a pesquisa. Será realizada revisão integrativa da

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.550-013  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-0235 **Fax:** (21)2334-2152 **E-mail:** cep.ims.uerj@gmail.com

UERJ - INSTITUTO DE  
MEDICINA SOCIAL /  
UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 3.898.191

literatura, conforme os passos delineados por Mendes et al. (2008), a saber: i) identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; ii) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; iii) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos. Serão objetos da análise documental os projetos políticos pedagógicos dos programas (PPP) de residência selecionados, capturados nos sites dos programas de RMS. Aqueles que não estiverem disponíveis por esse meio serão solicitados às coordenações dos programas. A pesquisa de campo será conduzida com os participantes dos programas de RMS incluídos no estudo, conforme os passos descritos abaixo: Survey online Um survey online será direcionado a residentes de 1º e 2º anos e preceptores das RMS incluídas no estudo. O objetivo desta etapa é identificar se as RMS desenvolvem ações formativas que se aproximam dos elementos teóricos e metodológicos da EIP, as percepções sobre o desenvolvimento de competências interprofissionais e as atitudes para a prática colaborativa dos participantes. Para tanto, um questionário online do tipo estruturado será confeccionado no Google Forms, o qual conterá três blocos de questões. O primeiro bloco será composto por questões relacionadas ao perfil socioprofissional: sexo, idade, formação e experiência profissional. O segundo bloco conterá a Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI), instrumento desenvolvido por Hojat et al. (2015) e validada no Brasil por Abed (2015). Consiste em uma escala psicométrica tipo Likert, cujo objetivo é mensurar a atitude de estudantes e profissionais de saúde em relação à colaboração interprofissional. É estruturada em 20 itens, com 7 níveis de concordância/discordância, sendo o menor nível discordo completamente (1), e o maior nível concordo completamente (7), com escore total variando entre 20 e 140. Pontuações mais altas indicam postura mais favorável à colaboração mais positiva. (Anexo 1). O terceiro bloco, por sua vez, será composto por questões elaboradas com base nas diretrizes orientadoras para avaliação de contextos educacionais na perspectiva da EIP (BARR, 2003). A amostra será do tipo

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D  
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-013  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2334-0235 Fax: (21)2334-2152 E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com

UERJ - INSTITUTO DE  
MEDICINA SOCIAL /  
UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 3.898.191

aleatória, com reposição, determinada por cálculo amostral, considerando-se nível de confiança de 95% e erro de 5%. O survey será enviado aos participantes por correio eletrônico, após solicitação de listagem informativa às coordenações dos programas. Outras estratégias de aplicação do instrumento podem ser adotadas, caso a prevista não seja efetiva. Entrevistas in loco Entrevista semiestruturada será realizada com todos os coordenadores dos programas de residência que aceitarem participar do estudo, a partir de um roteiro elaborado com base nos resultados da revisão bibliográfica e nas diretrizes propostas por Barr (2003).

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar o contexto educacional de programas de RMS de universidades públicas do município do Rio de Janeiro na perspectiva da EIP e das práticas colaborativas em saúde, utilizando seus princípios e diretrizes como base para a análise.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Este projeto de pesquisa oferece riscos mínimos aos sujeitos participantes, que se relacionam com a possibilidade de constrangimento e desconforto ante a presença dos pesquisadores em eventos técnicos, enquanto observadores participantes. A fim de diminuir os riscos todos os sujeitos participarão de forma voluntária, num ambiente adequado e conveniente, que garanta privacidade e sigilo para o entrevistado e com todas as informações e explicações sobre a pesquisa disponíveis.

**Benefícios:**

Como benefícios, o projeto busca o desenvolvimento e fortalecimento da educação interprofissional em saúde no contexto brasileiro, mais especificamente nos programas já consolidados de residência multiprofissional. Por constituírem-se como espaços de aprendizado multiprofissional e com integração do ensino-serviço-comunidade, acredita-se que sejam cenários adequados para a promoção de políticas públicas de educação na saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de estudo exploratório e descritivo, que utilizará múltiplos casos e pesquisa de campo, além da pesquisa bibliográfica e documental, com abordagem qualitativa e quantitativa. A

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D  
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-013  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2334-0235 Fax: (21)2334-2152 E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com

UERJ - INSTITUTO DE  
MEDICINA SOCIAL /  
UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 3.898.191

pesquisa será desenvolvida no município do Rio de Janeiro, assumindo-se como cenários diferentes programas de Residência Multiprofissional de universidades públicas. Utilizará ainda questionários para residentes de diversas áreas da saúde e entrevistas com coordenadores dos cursos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresenta as cartas de anuência das instituições, os termos de consentimento livre e esclarecido para cada profissional de saúde, a folha de rosto, cronograma, orçamento e projeto detalhado.

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem pendências ou necessidade de adequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Sr.(a) Pesquisador(a),

Ressaltamos a necessidade da pesquisa ser desenvolvida conforme delineada no protocolo. Havendo qualquer alteração no conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, instituições coparticipantes, sigilo, cronograma, etc) ou ainda, havendo necessidade de encaminhar algum documento (Comunicação de Início do Projeto, Carta de Autorização da Instituição, Envio de Relatório Parcial, etc), o pesquisador fica obrigado a informar através da Plataforma Brasil utilizando-se de Emenda ou Notificação conforme o caso assinalado. Deve-se ainda observar, segundo prevê a Resolução CNS nº 466/2012, a elaboração e apresentação de relatórios parciais durante a pesquisa, bem como o relatório final no encerramento da mesma. Enfatizamos que é OBRIGATÓRIA a apresentação da notificação de final de pesquisa através da opção "Enviar Notificação", cujos procedimentos estão descritos na Central de Suporte da Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciaHUCFF.pdf	21/02/2020 15:35:16	Marcia Luiza Santos	Aceito
Declaração de	Carta_anuencia_UNATI.jpg	18/02/2020	Marcia Luiza Santos	Aceito

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D  
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-013  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2334-0235 Fax: (21)2334-2152 E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com

UERJ - INSTITUTO DE  
MEDICINA SOCIAL /  
UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 3.896.191

Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_UNATI.jpg	11:49:09	Marcia Luiza Santos	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1435475.pdf	13/02/2020 18:14:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.docx	13/02/2020 18:13:31	LIDIANE DE FREITAS SARMENTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP.docx	12/02/2020 23:00:30	LIDIANE DE FREITAS SARMENTO	Aceito
Cronograma	Cronograma_CEP_12_02.docx	12/02/2020 23:00:15	LIDIANE DE FREITAS	Aceito
Outros	Entrevista_Coordenadores.docx	11/02/2020 14:32:41	LIDIANE DE FREITAS	Aceito
Outros	Questionario2_Preceptores.docx	11/02/2020 14:32:19	LIDIANE DE FREITAS	Aceito
Outros	Survey_Questionario_residentes_bloco3.docx	11/02/2020 14:29:42	LIDIANE DE FREITAS	Aceito
Outros	Survey_Questionario_residentes_bloco1.docx	11/02/2020 14:26:24	LIDIANE DE FREITAS	Aceito
Outros	Escala_Jefferson_de_Atitudes_Relacionadas_a_Colaboracao_Interprofissional.docx	11/02/2020 14:26:35	LIDIANE DE FREITAS SARMENTO	Aceito
Outros	Carta_de_anuencia_UFRJ.pdf	11/02/2020 14:21:53	LIDIANE DE FREITAS	Aceito
Outros	Carta_anuencia_UERJ.jpg	11/02/2020 14:20:55	LIDIANE DE FREITAS	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_cep_Lidiane.pdf	11/02/2020 14:07:54	LIDIANE DE FREITAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 04 de Março de 2020

Assinado por:  
Ricardo Ewbank Steffen  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier, 524 - Sala 7003-D  
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-013  
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO  
Telefone: (21)2334-0235 Fax: (21)2334-2152 E-mail: cep.ims.uerj@gmail.com

## Anexo C. Autorização das instituições de ensino

### CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo(a) Prof(a),

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada "Residências Multiprofissionais em Saúde como cenários de implementação da educação interprofissional", a ser realizada junto ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pela aluna de pós graduação Lidiane de Freitas Sarmento, sob orientação da Profa. Dra. Tania França, com o seguinte objetivo principal: analisar o contexto educacional de programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) de universidades públicas do município do Rio de Janeiro na perspectiva da educação interprofissional (EIP) e das práticas colaborativas em saúde, necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos por meio de acesso aos projetos políticos pedagógicos, de questionário junto aos residentes e preceptores, e de entrevista junto à coordenação. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final, bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para a realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Instituição de Ensino, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Rio de Janeiro, 24 de setembro de 2019.


Profa. Dra. Tania França

Pesquisadora responsável pela orientação do projeto

Concordamos com a solicitação.

Rio de Janeiro, 04 de fevereiro de 2020

Prof(a) Alessandra Denolato Teodoro Anastácio.

  
Alessandra Denolato T. Anastácio  
Coordenadora de Programa de Residência  
Multiprofissional em Saúde do Idoso  
NAS/UMATL/HUPE/UERJ  
Matr. 34828-4



## CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo(a) Prof(a),

Solicitamos autorização institucional para a realização da pesquisa intitulada "Residências Multiprofissionais em Saúde como cenários de implementação da educação interprofissional", a ser realizada junto ao Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pela aluna de pós graduação Lidiane de Freitas Sarmiento, sob orientação da Profa. Dra. Tania França, com o seguinte objetivo principal: analisar o contexto educacional de programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) de universidades públicas do município do Rio de Janeiro na perspectiva da educação interprofissional (EIP) e das práticas colaborativas em saúde, necessitando, portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos por meio de acesso aos projetos políticos pedagógicos, de questionário junto aos residentes e preceptores, e de entrevista junto à coordenação. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final, bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para a realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Instituição de Ensino, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Rio de Janeiro, 24 de setembro de 2019.

Profa. Dra. Tania França

Pesquisadora responsável pela orientação do projeto

( ) Concordamos com a solicitação.

Prof(a). \_\_\_\_\_

  
(CARIMBO)  Amauri Pezzuto  
Diretor Geral Substituto  
HUCFF/UFRJ  
SIAPE 0374563