

**Marcos Estevão Calvo**

**AVALIAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E  
O PREPARO PARA O TRABALHO EM EQUIPE: CONSTRUÇÃO E  
VALIDAÇÃO DE ITENS DE UMA ESCALA ATITUDINAL**

Dissertação apresentada ao Programa de  
Mestrado Profissional em Ensino em Ciências  
da Saúde da Universidade Federal de São  
Paulo, Campus Baixada Santista, para  
obtenção do Título de Mestre

Santos  
2021

**Marcos Estevão Calvo**

**AVALIAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E  
O PREPARO PARA O TRABALHO EM EQUIPE: CONSTRUÇÃO E  
VALIDAÇÃO DE ITENS DE UMA ESCALA ATITUDINAL**

Dissertação apresentada ao Programa de  
Mestrado Profissional em Ensino em Ciências  
da Saúde da Universidade Federal de São  
Paulo, Campus Baixada Santista, para  
obtenção do Título de Mestre

Orientador: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Santos

2021

C169a Calvo, Marcos Estevão.  
AVALIAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE  
E O PREPARO PARA O TRABALHO EM EQUIPE: CONSTRUÇÃO E  
VALIDAÇÃO DE ITENS DE UMA ESCALA ATITUDINAL. /  
Marcos Estevão Calvo; Orientador Nildo Alves  
Batista; Santos, 2021.  
110 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado Profissional - Pós-graduação  
Ensino em Ciências da Saúde) -- Instituto Saúde e  
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2021.

1. Educação Interprofissional. 2. Equipe  
Multiprofissional. 3. Residência Multiprofissional.  
4. Trabalho em Equipe. 5. Prática Colaborativa. I.  
Batista, Nildo Alves, Orient. II. Título.

CDD 610.7

# **Universidade Federal de São Paulo**

Campus Baixada Santista

**Instituto de Saúde e Sociedade**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

## **Diretoria do Campus Baixada Santista (2015 – 2019)**

Diretora: Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Vice-Diretor: Prof. Dr. Odair Aguiar

## **Diretoria do Campus Baixada Santista (2019 – 2023)**

Diretor: Prof. Dr. Odair Aguiar

Vice-Diretor: Gustavo Fernandes Camargo Fonseca

---

Rua Silva Jardim, 136 - Vila Mathias - Santos/SP - CEP: 11015-020

Telefone: (13) 3229-0130 – E-mail: [diracad.bs@unifesp.br](mailto:diracad.bs@unifesp.br)

**Marcos Estevão Calvo**

**AVALIAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E  
O PREPARO PARA O TRABALHO EM EQUIPE: CONSTRUÇÃO E  
VALIDAÇÃO DE ITENS DE UMA ESCALA ATITUDINAL**

**Presidente da banca:**

---

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

**Banca examinadora:**

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Beatriz Jansen Ferreira

---

Prof. Dr. Tiago Rocha Pinto

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Carolina Osawa

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Ilham El Maerrawi

*Aos meus pais - Mercedes e Estevão (in memoriam), que estudaram apenas os primeiros anos do primário, mas tiveram a sabedoria para me orientar nos caminhos da vida e são os maiores responsáveis pela minha trajetória e por tudo que me permitiu chegar até este momento.*

*Aos trabalhadores do SUS e da Educação em Saúde que defendem e lutam para saúde de qualidade para toda população brasileira.*

## **Agradecimentos**

A minha Família – Solange, Guilherme, Carol e Jozi, pelo apoio, paciência e compreensão, e pelo tempo dividido nessa tarefa.

Ao Prof. Nildo Batista, meu orientador pela generosidade de dividir comigo seu enorme conhecimento e pela paciência na orientação de trabalho de um pesquisador tão pouco disciplinado.

Aos membros da banca de qualificação, pelas preciosas contribuições e elevado nível da discussão na sessão de qualificação.

Aos colegas de Mestrado Profissional, pelo companheirismo, troca de aprendizados e experiências e principalmente pela rica convivência nesse período.

Aos membros do GPEIS – Grupo de Pesquisa e Estudos de Educação Interprofissional em Saúde, pela oportunidade de aprendizado conjunto, pelo incentivo nessa jornada e pelas oportunidades de conhecer e aprofundar tema tão importante e instigante.

Aos juízes especialistas, que prontamente retribuíram o convite e apresentaram contribuições valiosas à fase de elaboração do instrumento na análise de conteúdo.

Aos juízes da população meta, residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária em Saúde (PRMSAPS) da Secretaria Municipal de Saúde de Santos que contribuíram de forma espontânea e entusiasmada na etapa de análise de redação.

Aos coordenadores de COREMUs e Programas de RMS de todo país, que colaboraram na divulgação da pesquisa aos residentes e foram fundamentais para atingir o número de respostas necessário.

Aos residentes que participaram da aplicação do instrumento que voluntaria e anonimamente participaram respondendo o instrumento de avaliação.

À equipe da secretaria da pós-graduação em especial à Secretária Executiva Milca e o Secretário Executivo Eduardo, pelo apoio sempre presente.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências Da Saúde – Mestrado Profissional, na figura das Professoras Patrícia Poletto e Sylvia Batista pela atenção e apoio sempre presentes, pela competência na condução do programa e pela imensa cordialidade na relação com a turma.

A equipe dos programas de residência da Secretaria Municipal de Saúde de Santos – Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (RMMFC) e

Residência Multiprofissional em Atenção Primária em Saúde (RMSAPS) e os residentes, pela convivência que me estimulou a buscar conhecer mais sobre o tema que foi abordado nesse trabalho de pesquisa e pelo engajamento nesse importante trabalho de formação profissional desenvolvido na SMS de Santos.

À equipe dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Unifesp Baixada Santista pelas oportunidades de troca de saberes e de experiência que me estimularam nessa linha de pesquisa.

Ao Daniel, pelo competente trabalho de análise estatística.



## Resumo

**Introdução** - A Residência Multiprofissional em Saúde é uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* que tem o objetivo de qualificar os profissionais de saúde na busca pela integralidade e qualidade de atenção, preparando-os para o trabalho em equipe e a prática colaborativa. Tendo em vista a grande expansão destes programas no Brasil torna-se relevante desenvolver pesquisas buscando aprofundar a avaliação dos mesmos, como uma modalidade de Educação Interprofissional. A avaliação de experiências em Educação Interprofissional é um processo complexo e muitos estudos de avaliação tem sido descritos, sendo que os mais bem sucedidos ocorrem por meio de escalas atitudinais. **Objetivos** - Construir e validar um conjunto de itens para uma escala atitudinal de avaliação do preparo para o Trabalho em Equipe e a Prática Colaborativa em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. **Método** - Utilizamos o modelo de Pasquali para construção de escalas - no polo teórico, sistematizamos os fundamentos teóricos por meio de pesquisa na literatura para o embasamento das dimensões e da escolha dos itens da 1ª versão com 28 itens após submissão a juízes especialistas e a juízes da população meta. No polo experimental, aplicamos os 28 itens do instrumento para 289 residentes do segundo ano de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (R2) atingindo o objetivo de 10 vezes o número de itens do instrumento. No polo analítico foi realizada análise estatística do instrumento. **Resultados** – O índice de Dispersão foi de 0,771 e a Confiabilidade de 0,87. Foram validadas 22 assertivas estruturadas em 03 dimensões: 1) A proposta formativa da Residência Multiprofissional em Saúde para o Trabalho em Equipe e a Prática Colaborativa (08 itens); 2) A concepção de Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa que o residente tem após a vivência da residência (03 itens) e 3) As competências colaborativas desenvolvidas pelo residente (11 itens). **Considerações Finais** - Apesar das limitações apontadas o conjunto de itens validados pode ser utilizado em futuras pesquisas para aprofundar o estudo da avaliação em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

### Palavras Chave

Palavras chave: Educação Interprofissional, Equipe Multiprofissional, Residência Multiprofissional, Trabalho em Equipe, Prática Colaborativa.

## Abstract

**Introduction** - The Multiprofessional Residency in Health is a lato sensu postgraduate program. The aims of this program is to qualify health professionals with integrality and quality of care and preparing them for teamwork and collaborative practice. This type of program is having a great expansion in Brazil, so it becomes relevant to develop research to evaluation these professionals with a Interprofessional Education modality. The evaluation of experiences in Interprofessional Education is a complex process. Many evaluations studies have researched this and the most successful studies use attitudinal scales. **Objectives** - The aim of this study is to build and validate a set of items for an attitudinal scale to assess the preparation for Teamwork and Collaborative Practice in Multiprofessional Health Residency Programs. **Method** – For the construction of scales, the Pasquali's model was used. About the theory, the theoretical foundations were systematized based on research in the literature. The literature was used to support the choice of the items of the 1st version with 28 items and to submit that to expert judges and judges of the target population. About the experimental part, we applied the 28 items of the instrument to 289 residents of the second year of Multiprofessional Residency Programs in Health (R2). With this, we reach the objective of 10 times the number of items of the instrument. About the analytical, statistical analysis of the instrument was used. **Results** - the Dispersion index was 0.771 and the Confiability was 0.87. It was validated 22 assertions structured in 03 dimensions: 1) The formative proposal of the Multiprofessional Residency in Health for Teamwork and Collaborative Practice (08 items); 2) The concept of Teamwork and Collaborative Practice for the resident after his residency experience (03 items) and 3) The collaborative skills developed by the resident (11 items). **Final Considerations** - Despite the limitations, the set of validated items can be used in future research to go deep in the study of evaluation in Multiprofessional Residency Programs in Health.

**Keywords:** Interprofessional Education; Multiprofessional Team; Multiprofessional Residence; Team work; Collaborative Practice.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01	Distribuição Amostral relativa à Idade dos participantes da pesquisa: A RMS como preparação para o TE e a PC: Elaboração de instrumento de avaliação, Santos, Março de 2021.	48
------------	--	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Conjunto de assertivas da dimensão 01 .....	51
Quadro 2.	Conjunto de assertivas da dimensão 2.....	54
Quadro 3.	Síntese dos domínios de competências.....	55
Quadro 4.	Assertivas da dimensão 03.....	57
Quadro 5.	Assertivas.....	58
Quadro 6.	Questões e forma de manifestação dos juízes sobre os itens da escala atitudinal na fase de análise de conteúdo...	61
Quadro 7.	Quadro de referência para relacionar o grau de concordância dos juízes especialistas, a classificação de concordância e medidas a serem tomadas.....	65
Quadro 8.	Apresentação comparativa da redação original das assertivas com a versão após sugestões dos juízes especialistas.....	67
Quadro 9.	Apresentação comparativa da redação da segunda versão das assertivas com a versão após sugestões dos juízes da população meta.....	71
Quadro 10.	Redação final para aplicação dos itens da escala atitudinal para avaliação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde – PRMS – segundo a ordem de inserção no Google forms.....	72
Quadro 11.	Conjunto de assertivas validadas do instrumento de avaliação para o TE e a PC.....	78
Quadro 12.	Níveis de avaliação quanto à dispersão das asserções.....	80

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Caracterização dos sujeitos da pesquisa segundo: gênero, PRM ligado a IES, PRM em rede ou hospitalar, categoria profissional e faixa etária; número absoluto e percentual, Santos Março 2021.....	47
Tabela 2.	Manifestação dos Juízes especialistas sobre a dimensão à qual as assertivas pertencem, Santos, Março 2021.....	62
Tabela 3.	Manifestação dos Juízes especialistas sobre a pertinência da assertiva, Santos, Março 2021.....	63
Tabela 4.	Manifestação dos Juízes especialistas sobre a clareza da assertiva, Santos, Março 2021.....	64
Tabela 5.	Demonstração da composição dos juízes da população meta.....	69
Tabela 6.	Distribuição das assertivas segundo a opinião dos juízes da população meta.....	70
Tabela 7.	Resultado da Análise quanto à dispersão das asserções do Instrumento de avaliação da RMS para o TE e a PC.....	76
Tabela 8.	Análise de Dispersão e Confiabilidade do Instrumento de avaliação da RMS para o TE e a PC.....	77

## LISTA DE SIGLAS

ACP	Atenção Centrada na Pessoa
AITCS	Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale
BS	Baixada Santista
CAIPE	Centro para o Avanço da Educação Interprofissional
CT	Câmara Temática
CIHC	Canadian Interprofessional Health Collaborative
Conep	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
Coremu	Comissão de Residência Multiprofissional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EIP	Educação Interprofissional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GAAMA	Grupo de Apoio a Alta Multi Assistencial
IES	Instituição de Ensino Superior
IEPS	Interdisciplinary Education Perception Scale
IBM	International Business Machines
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
MS Excell	Microsoft - Excell
MS Office	Microsoft - Office
NDAE	Núcleo Docente Assistencial Estruturante
OMS	Organização Mundial de Saúde
PC	Prática Colaborativa
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PP	Projeto Pedagógico
PRMS	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RIPLS	Readiness of Health Care Students For Interprofessional Learning
RMAPS	Residência Multiprofissional em Atenção Primária em Saúde
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Trabalho em Equipe
UBC	University of British Columbia
Unesp	Universidade Estadual de São Paulo
Unifesp	Universidade Federal de São Paulo

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	17
1. INTRODUÇÃO .....	20
2. REFERENCIAL TEÓRICO .....	24
2.1 Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) como estratégia de formação para o Trabalho em Equipe – TE e a Prática Colaborativa - PC .....	24
2.2 Avaliação da Residência Multiprofissional em Saúde .....	33
3. OBJETIVOS .....	42
3.1 Objetivo Geral .....	42
3.2 Objetivos Específicos .....	42
4. PERCURSO METODOLÓGICO .....	43
4.1 Aspectos Éticos .....	45
4.2 Contexto da Pesquisa .....	45
4.3 Sujeitos da Pesquisa .....	46
5. RESULTADOS .....	49
5.1 Procedimentos Teóricos para a elaboração da versão preliminar dos itens da escala atitudinal .....	49
5.2 Procedimentos Experimentais para a aplicação do Instrumento à população alvo .....	73
5.3 Procedimentos Analíticos para análise de confiabilidade e de validade dos itens .....	75
5.3.1 Análise de dispersão / variância .....	75
5.3.2 Análise da confiabilidade .....	77
5.3.3 Versão do Instrumento de Avaliação Validado .....	78
6. DISCUSSÃO .....	81
7. CONCLUSÕES .....	86



REFERÊNCIAS .....	87
Anexo 01 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....	93
Apêndice 01 – TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	103
Apêndice 02 – Convite para Juízes Especialistas .....	106
Apêndice 03 – Convite aos Residentes para participar da Pesquisa .....	107
Apêndice 04 – Comunicado às COREMU solicitando comunicação aos Residentes .....	108
Apêndice 05 – Orientações de preenchimento do Instrumento .....	110

## APRESENTAÇÃO

Em minha atuação profissional de mais de 30 anos de atividade na área da saúde coletiva, com maior foco na gestão e no planejamento, algumas experiências profissionais me fizeram estabelecer grande afinidade pela educação na área da saúde.

A marcante experiência na residência em Medicina Preventiva e Social na UNESP – Universidade Estadual Paulista, de Botucatu, com o movimento de residentes, paralelo temporal com a constituinte e, posteriormente, algumas atividades profissionais na área de gestão de pessoas, me levaram a crer que a formação profissional em saúde é pilar fundamental para a organização e fortalecimento do Sistema Único de Saúde - SUS.

Assim, sempre ocorreu com força e naturalidade a grande priorização da agenda da educação nas minhas passagens em postos de gestão, em especial como secretário de saúde das cidades de Diadema e de Santos.

O período de quatro anos no cargo de Secretário Municipal de Saúde de Santos, encerrado em dezembro de 2016, me permitiu em várias ocasiões incentivar o fortalecimento das ações de educação permanente e de aproximação com as instituições de ensino superior na cidade, com destaque para os processos de qualificação de profissionais da rede, em especial a forte parceria com o Campus da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) da Baixada Santista (BS).

Na cidade de Santos, a Residência Multiprofissional em Saúde - RMS se tornou realidade com a implantação do Programa de Residência em Atenção à Saúde (Figueredo et al., 2016) pela UNIFESP - Campus da BS, em parceria com a Santa Casa de Santos e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no ano de 2010. Este programa pioneiro teve sua descontinuidade em 2014, mas com resultados positivos para a comunidade da saúde na região.

Posteriormente foram implantadas em 2015 a Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e a Residência Multiprofissional em Ortopedia, ambas pela UNIFESP - Campus da BS e a Residência Multiprofissional em Atenção Primária em Saúde – RMSAPS pela Secretaria Municipal de Saúde em 2018.

Tive a oportunidade de acompanhar esse processo como gestor – entre 2008 e 2012 como Diretor Técnico da Santa Casa de Santos e entre 2013 e 2016 como Secretário de Saúde de Santos, quando pude estimular esses movimentos de implantação, mas também observar o grande potencial das residências em saúde e os inúmeros desafios desse complexo processo. Após deixar a função de secretário de saúde em 2017 tenho atuado até o momento na implantação das residências em saúde no âmbito da rede de saúde municipal – o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária em Saúde com 8 categorias profissionais e 20 vagas e o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade, com 10 vagas.

A vivência de atuar no processo de implantação das residências em saúde na Secretária Municipal de Saúde de Santos, juntamente com um grupo de profissionais implicado na defesa do SUS e na busca pela qualidade de atenção e integralidade me aproxima mais uma vez da educação em saúde.

Posso afirmar que o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária em Saúde - PRMSAPS em sua 4ª turma, e a Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade iniciando a 2ª turma em 2021, realizando atividades formativas teóricas em eixo comum com turmas unificadas, e atividades teórico-práticas e práticas conjuntamente nos ambientes de prática, se concretizam como um efetivo exemplo de Educação Interprofissional (EIP) na pós-graduação. Experiência essa que conta também com a parceria, mais uma vez, da UNIFESP ao desenvolver disciplinas conjuntas envolvendo os residentes dos programas da SMS e da universidade.

Observar nas atividades formativas o crescimento profissional desses residentes, desenvolvendo competências de colaboração e experimentando oportunidades de construção do cuidado integral, tem sido uma experiência gratificante.

Assim, retornar à academia em busca de maior reflexão e conhecimento visando aprofundar o estudo sobre a Residência Multiprofissional em Saúde como modalidade de Educação Interprofissional – EIP e a compreensão da complexidade que envolve os processos de avaliação em educação é uma grande oportunidade de aproveitar a vivência e o conhecimento extraído das experiências profissionais e um movimento natural que o Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação

Ensino em Ciências da Saúde da UNIFESP Campus Baixada Santista me proporcionou.

## 1. INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde – RMS é apontada como uma importante iniciativa para a formação de profissionais voltados para o Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando as necessidades de saúde locais, assim como os princípios da integralidade do cuidado e do trabalho em equipe (BRASIL, 2006).

As primeiras experiências com o formato de Residência Multiprofissional em Saúde surgem no final da década de 1970, vinculadas ao movimento da Medicina Comunitária<sup>1</sup> e tinham como proposta:

[.....] formar profissionais com alta resolutividade clínica, críticos, humanistas e com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública [...] preocupação com visitas domiciliares, trabalhos com grupos, compreensão da lógica do povo, realização de educação em saúde e trabalho interdisciplinar (BRASIL, 2006, p. 05).

Depois de um período em que as propostas da Medicina Comunitária perderam força, somente com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 e a gradativa compreensão da importância de estruturar o SUS com base da Atenção Básica (AB), no fim da década de 1990, ressurgiu a articulação para “*criar, reavivar e reinventar residências em Saúde da Família*” a partir do então DAB - Departamento de Atenção Básica (BRASIL, 2006, p.06).

A proposta [.....] era criar um modelo de Residência Multiprofissional, onde, embora fossem preservadas as especialidades de cada profissão envolvida, seria criada uma área comum, [.....] acrescida de valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento (BRASIL, 2006, p. 06).

Essa articulação resulta, em 2002, na criação de 19 residências multiprofissionais em Saúde da Família com apoio do Ministério da Saúde e, apesar de terem formatos diversificados, “*havia claramente uma intenção de que pudessem trabalhar integralmente TODAS as profissões da área da Saúde*” (BRASIL, 2006, p. 06).

---

<sup>1</sup> A 1ª residência Multiprofissional é originária do Programa de Residência em Medicina Comunitária da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul na Unidade Sanitária denominada São José do Murialdo e são citadas RMS criadas nesse período na Paraíba, Bahia e Juiz de Fora (Ministério da Saúde, 2006).

Após esse período, a discussão sobre a RMS deixa de ser relacionada exclusivamente à Estratégia de Saúde da Família (ESF) e culmina, em 2005, com a criação e início da regulamentação das Residências em Saúde.

A regulamentação da RMS se inicia com a lei 11.129 de 30 de junho de 2005, que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde e estabeleceu a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, vinculada ao Ministério da Educação (BRASIL, 2005).

Após este ato, a Portaria Interministerial nº 1.077, de 13 de novembro de 2009<sup>2</sup> instituiu a Comissão Nacional de RMS e estabeleceu que os programas de residência devem ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais e, ainda, estabeleceu seus eixos norteadores (BRASIL, 2009).

Estes eixos, associados à proposta de treinamento conjunto com mais de 03 profissões e aprendizagens compartilhadas entre diferentes profissões da saúde com vistas ao preparo para o trabalho em equipe, imprime à RMS um formato de educação interprofissional - EIP.

Segundo a OMS a “*educação interprofissional ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados em Saúde*” (OMS, 2010, p 7).

Em 2010, a OMS publica o documento “*Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*”, onde reconhece que a EIP proporciona a Prática Colaborativa – PC e esse processo permite avanços significativos na melhora da atenção em saúde (OMS, 2010).

Para a OMS a

Prática colaborativa na atenção à saúde ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços (OMS, 2010, p. 13).

Esse documento destaca ainda que pela prática colaborativa:

---

<sup>2</sup>A Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, revogou a Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12-01-2007 e foi posteriormente alterada pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.224, de 03-10-2012.

As equipes de assistência de saúde interprofissional compreendem como otimizar as habilidades de seus membros, compartilhar o gerenciamento de casos e prestar serviços de saúde de melhor qualidade a pacientes e à comunidade (OMS, 2010, p. 10).

Esse trabalho colaborativo, coletivo, de equipes de assistência à saúde envolvendo profissionais de diferentes áreas, interagindo entre si por meio da comunicação, articulação das ações e cooperação é entendido por Peduzzi como Trabalho em Equipe - TE (PEDUZZI, 2009).

A Educação Interprofissional se apresenta, assim, como uma potente estratégia para a formação de profissionais aptos para o TE e a Prática Colaborativa - PC. Neste contexto, a Residência Multiprofissional se mostra como importante cenário para aplicação dessa metodologia (BATISTA, 2012; ARAUJO et al., 2017).

Um dos países que desenvolve importantes ações de EIP com o foco na Prática Colaborativa é o Canadá, onde o Ministério da Saúde apoiou, entre 2006 e 2012, a University of British Columbia – UBC a implantar a Canadian Interprofessional Health Collaborative – CIHC. O grupo de pesquisadores dessa instituição deu importante contribuição ao Grupo de Trabalho da OMS na produção do “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa” no qual o Prof. John H.V. Gilbert da Universidade da Colúmbia Britânica, foi co-presidente (BARR, 2015).

Em fevereiro de 2010 a CIHC apresenta o documento “NATIONAL INTERPROFESSIONAL COMPETENCE FRAMEWOORK” – (Quadro Nacional de Competências Interprofissionais – tradução nossa), contendo uma descrição abrangente de competências para orientar a EIP e a Prática Colaborativa para todas as profissões e em diversos contextos (BARR, 2015).

Neste documento, a Colaboração Interprofissional é definida como:

processo de desenvolvimento e manutenção de relações do trabalho interprofissionais, eficazes com alunos, profissionais, pacientes/clientes/família/comunidade para permitir ótimos resultados de saúde (tradução nossa) (CIHC, 2010, p. 8).

Avaliar a Residência Multiprofissional em Saúde se torna necessária em virtude da grande expansão do número de programas e da importância dessa modalidade de formação profissional. A Comissão Nacional de RMS (CNRMS) desenvolveu ferramenta de avaliação de programas que tem como principais pontos os aspectos legais, a estrutura e os projetos pedagógicos (BRASIL, 2020).

A avaliação em processos educacionais é um processo complexo sendo necessária a utilização de instrumentos que permitam cobrir os vários aspectos que são objetos de avaliação (Seiffert e Abdalla, 2004). Um desafio é avaliar os PRMS a partir dos princípios da EIP. Barr e colaboradores (2000) destacam que existem muitas formas de EIP e que há a necessidade de distinguir as diferenças existentes nas pesquisas de avaliação.

Apesar da RMS ser uma modalidade relativamente recente – sua formalização data de 2005, a quantidade de programas implantados em instituições de ensino superior e instituições e serviços de saúde foi significativa em virtude do apoio e incentivo dos Ministérios da Saúde e Educação.

Neste contexto assume uma grande relevância a realização de estudos sobre a avaliação da RMS, investigando se os PRMS estão atingindo o objetivo de formar profissionais aptos para o Trabalho em Equipe – TE e a Prática Colaborativa – PC para atuação no SUS.

Desta forma, surgem algumas questões que norteiam esta pesquisa:

Como avaliar a formação para o Trabalho em Equipe – TE e a Prática Colaborativa – PC na Residência Multiprofissional em Saúde – RMS?

Como construir e validar itens para compor um instrumento avaliativo da Residência Multiprofissional em Saúde com vistas ao preparo para o Trabalho em Equipe – TE e a Prática Colaborativa – PC?



## **2. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) como estratégia de formação para o Trabalho em Equipe – TE e a Prática Colaborativa - PC**

A EIP é definida como “ocasiões em que duas ou mais profissões aprendem com, de e sobre as outras para melhorar a colaboração e a qualidade do atendimento” (OMS, 2010, p. 07).

Como elementos comuns observamos a necessidade de duas ou mais profissões no processo de aprendizado, com o objetivo de melhorar a colaboração e, com isso, levar à melhora da qualidade de atenção ou dos cuidados em saúde.

Não basta estudar juntos, realizar atividades educativas juntos ou trabalhar no mesmo ambiente; a EIP pressupõe apreender uns com os outros (estudantes ou profissionais) e desenvolver ou melhorar a capacidade de colaboração interprofissional, ainda tendo como finalidade maior a busca pela qualidade na atenção à saúde, a integralidade. Essa definição ainda envolve uma definição ampla dos atores participantes: profissionais de saúde, pacientes/usuários, cuidadores, familiares e comunidades.

A EIP pode ocorrer com diversos formatos. Segundo Barr e colaboradores (2000), pode ser relacionado a conteúdo do curso, método de aprendizagem, localização, duração e etapas. Em relação à duração, foram considerados de longa duração estudos com mais sete dias.

Assim, a RMS pode ser caracterizada como um processo de aprendizagem em Educação Interprofissional, pois possui a exigência de ter pelo menos 03 profissões no programa, ocorre na pós-graduação, em serviço, possui mais de 80% de carga horária em atividades práticas ou prático-teóricas, e de longa duração. Os programas de residência possuem pelo menos 02 anos e 5.760 horas.

A EIP tem como objetivos preparar profissionais mais aptos ao efetivo Trabalho em Equipe – TE tendo como horizonte a concretização de práticas colaborativas no trabalho em saúde (Barr, 2015; Costa e colaboradores, 2018) e fornecer aos usuários do sistema melhores resultados na saúde (CIHC, 2010).

Para Reeves, o TE é o nível mais profundo do trabalho interprofissional. Ocorre quando diferentes profissionais trabalham de forma integrada, com intensa interdependência de suas ações, compartilhando uma identidade de equipe (Costa e colaboradores, 2018). O autor afirma que a colaboração é afetada por seis elementos: “identidade de equipe compartilhada, papéis / objetivos claros, interdependência, integração, responsabilidade compartilhada e tarefas de equipe” (Reeves e colaboradores, 2018) e apresenta diferentes tipos de trabalho interprofissional: Trabalho em Equipe, Colaboração, Coordenação e Trabalho em Rede.

Segundo Peduzzi, a origem do TE está relacionado a 03 vertentes: “a noção de integração [...]; as mudanças na abordagem saúde-doença [...] e as alterações nos processos de trabalho..” (PEDUZZI, 2009, P419).

A autora conceitua TE

[...] como uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio de relações recíprocas, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação a articulação das ações e a cooperação (PEDUZZI, 2001, p. 423).

Na definição adotada pela OMS, a

Prática Colaborativa na atenção à saúde ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços (OMS, 2010, p. 13).

A definição de PC da OMS adota um conceito amplo de Prática e de Profissional de Saúde, lembrando que o conceito de saúde adotado também é um conceito ampliado.

Para a OMS, a “PC fortalece os sistemas de saúde e promove a melhoria dos resultados na saúde”; destacando ainda em suas mensagens principais que a prática colaborativa “permite que os profissionais de saúde integrem qualquer indivíduo cujas habilidades possam auxiliar na conquista dos objetivos de saúde locais” (OMS, 2010, p. 07).

Completa ainda que “Prática inclui o trabalho clínico e não clínico relacionado à saúde, como diagnóstico, tratamento, vigilância, comunicação em saúde, administração e engenharia sanitária” (OMS, 2010, p. 13).

Podemos perceber assim que a EIP busca a PC como forma de concretizar a qualidade na atenção à saúde e a integralidade e que o TE é a modalidade mais avançada de trabalho colaborativo em saúde.

Em relação às finalidades, a RMS surge como proposta para melhorar a qualidade da atenção por meio da qualificação dos profissionais de saúde, na perspectiva de integralidade e concepção ampliada de saúde, características que a colocam como modalidade de EIP.

A estratégia para isso parte dos eixos comuns integradores, da proximidade com as necessidades de saúde da população, da integração ensino-serviço-comunidade, do uso de metodologias pedagógicas que permitam a centralidade nos atores e que desenvolvam a postura crítica e reflexiva.

O arcabouço regulatório das residências em saúde se desenvolve após 2005 com a lei Nº 11.129 e as normas que a regulamentaram, onde destacamos a Portaria Interministerial 1.077 e as resoluções da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional – CNRMS, nº 02, nº 05 e nº 07.

A Portaria 1.077 criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, definiu suas competências e composição, e estabeleceu que os programas de residência devem ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais. Estabeleceu ainda, em seu artigo 2º, 12 (doze) “eixos norteadores” que devem fundamentar a elaboração dos projetos pedagógicos dos PRMS (BRASIL, 2009).

A resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012 dispõe sobre as diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde; a resolução nº 05 de 07 de novembro de 2014 disciplina as atividades teórico, teórico-práticas e práticas e a avaliação do residente e a resolução 07 de 13 de novembro de 2014 regulamenta a avaliação, supervisão e regulação dos programas de residência (BRASIL, 2012b, 2014a, 2014b).

A relação entre a RMS e a EIP pode ser encontrada em inúmeros pontos das normas citadas. Inicialmente destacamos a estrutura da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS, organizada nas seguintes Câmaras

Temáticas: CT 1 - Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Especialidades Clínicas e Cirúrgicas; CT 2 - Intensivismo, Urgência e Emergência; CT 3 - Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade; Saúde Coletiva; CT 4 - Saúde Mental; CT 5 - Saúde Funcional; e CT 6 - Saúde Animal e Ambiental (BRASIL 2012a).

Os PRMS devem ser organizados considerando essas áreas temáticas. Observa-se que a concepção das Residências em Saúde tem como fundamento o trabalho envolvendo as diferentes profissões de saúde, sendo configurada como uma única comissão nacional, sem divisões por profissão, mas sim por área de atuação (CECCIM, 2020, p. 49).

Também cabe destacar a forte orientação de seus formuladores de aproximar a RMS dos princípios e diretrizes do SUS, da realidade e das necessidades de saúde das localidades onde esses programas estão estabelecidos. Isso fica evidente nos artigos e caput da portaria e da resolução nº 02 citadas e nos eixos que devem nortear a elaboração dos projetos pedagógicos dos PRMS, nos seguintes incisos:

- cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do País (Inciso I);
- 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 (inciso II);
- integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários (Inciso VI);
- descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde (Inciso X);
- integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema (Inciso XI)” (BRASIL, 2009b. p 01-02).

Para Ceccim (2020), as residências em saúde foram criadas como Residência Multiprofissional em Saúde e como Residência em Área Profissional em Saúde, referindo-se ao conceito de “área profissional” e não de especialidade como ocorre com a Residência Médica. Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde – RMS são organizados por “área de intervenção assistencial ou gerencial” – Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde, em Rede de Atenção Psicossocial, em Oncologia etc.

Sempre que a condição da residência é em área de intervenção e não em especialidade, supõe-se sua oferta em caráter multiprofissional, de modo que se possa abranger aspectos da intervenção biopsicossocial

em saúde e bem-estar, em saúde única ou em integralidade da atenção (CECCIM, 2020, p. 44).

Esse é o entendimento da necessidade das mudanças na formação da força de trabalho no mundo e que levaram ao surgimento da EIP (OMS, 2010).

Ainda segundo o autor, à complexidade de situações e de necessidades de saúde presentes na perspectiva dessas áreas de intervenção dos PRMS torna necessário, além dos conhecimentos interdisciplinares, “múltiplas competências de intervenção” (CECCIM, 2020, p. 44).

Desta forma “é preciso pensar em equipe multiprofissional, pois a intervenção nas áreas conta com conhecimentos e práticas provenientes de diferentes profissões” e complementa: “Não são suficientes saberes interdisciplinares, mas competências interprofissionais ao coletivo de profissões que habitam as cenas do cuidado” (CECCIM, 2020, p. 44).

Um aspecto que se destaca nos eixos norteadores estabelecidos pela portaria 1.077 é a diretriz para a utilização de abordagens pedagógicas que remetem as metodologias ativas de ensino aprendizagem, ficando evidente que se deseja uma postura ativa dos atores envolvidos no processo educativo, contemplando o momento da avaliação:

- abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais” (inciso IV);
- 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” (inciso XI)
- 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” (inciso V) (BRASIL, 2009b. p 01-02).

Isso é abordado no “*Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*” que afirma que:

[...]a educação interprofissional é mais efetiva quando:

- são empregados os princípios de aprendizado para adultos (exemplo: aprendizado baseado em problemas e protocolos de aprendizado por ação);

- os métodos de aprendizado refletem experiências da prática da vida real vivenciadas pelos alunos; ocorre interação entre os alunos” (OMS, 2010, p. 24).

Para Baar e colaboradores (2000), a EIP é valorizada quando são utilizados métodos que permitem a integração entre os participantes citando: Action-based learning; problem-based learning; Simulation-based learning; Practice-based learning, entre outros.

Outro aspecto que remete a EIP nos eixos da RMS é sua integração com outros momentos formativos e com a residência médica que está presente nos incisos:

- integração dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde (inciso VIII);
- articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica (inciso IX) (BRASIL, 2009b, p. 02).

Por fim, dentre os eixos estabelecidos se encontra a relação da RMS com as políticas de educação permanente e a política nacional de educação na saúde nos incisos III e VII, deixando claro que a residência faz parte da estratégia de qualificação profissional escolhida pelos formuladores das políticas de educação profissional do período:

- política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS (inciso III);
- 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 (inciso VII) (BRASIL, 2009b, p. 01).

A resolução 02 estabelece ainda sobre os Projetos Pedagógicos (PP) dos programas de residência:

[...] o PP deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde” (BRASIL, 2012b, p. 02).

Os PRMS devem proporcionar o desenvolvimento teórico e prático do residente em sua profissão de formação. Outro aspecto que remete à EIP e ao Interprofissionalismo é a determinação que os programas possuam em seus PP a integração entre saberes e práticas comuns e das várias profissões existentes no programa.

Ainda segundo esta resolução, os PRMS devem ser constituídos por meio de “áreas temáticas” que correspondem a um “*núcleo específico de saberes e práticas com afinidade programática*” que devem ser utilizados como estratégia para implementação dos programas, criando a “*perspectiva de integração multidisciplinar e interdisciplinar*” (BRASIL, 2012b, p. 02).

Define ainda como devem ser elaborados os Projetos Pedagógicos dos PRMS e, a partir dessas determinações, define as diretrizes para seus funcionamentos. Nesse sentido destacamos o seu artigo 5º, parágrafo 2º:

O PP de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões (BRASIL, 2012b, p.02 ).

Na sequência, completa que as atividades dos PP devem ser organizadas por:

- a. 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;
- b. um ou mais eixos integradores para a(s) área(s) de concentração constituinte(s) do Programa;
- c. eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional (BRASIL, 2012b, p.02 ).

A resolução CNRMS nº 05, de 07 de novembro de 2014, estabelece, em seu parágrafo 4º, que as estratégias educacionais desenvolvidas pelos programas de residência devem conter, além dos assuntos específicos das áreas de concentração e profissões, temas comuns a todas as áreas “*relacionados a bioética, à ética profissional, à metodologia científica, à epidemiologia, à estatística, à segurança do paciente, às políticas públicas de saúde e ao Sistema Único de Saúde*” (BRASIL, 2014a, p. 01), mais um momento formativo comum a todas as profissões,

demonstrando mais uma “*evidência de expectativa de interprofissionalidade*” (CECCIM, 2020, p. 48).

A RMS se destina aos profissionais da saúde egressos de 15 categorias<sup>3</sup> de áreas de formação na graduação, sendo necessário, pelo menos 03 profissões das relacionadas, para ser caracterizada como um programa de residência multiprofissional (BRASIL, 2012b).

Entre essas 15 profissões, existem várias que não são exclusivas da saúde. Desta forma, o que caracteriza a residência não é a graduação em saúde, mas ocorrer em serviço, instituição ou sistema de saúde. A RMS é, portanto, uma modalidade de formação em serviço, está inserida no serviço, vinculada às necessidades do serviço e deve ser centrado em atender as necessidades do usuário (CECCIM, 2020, p. 44).

Outro aspecto que Ceccim discute é como as práticas se desenvolvem no campo de práticas – orientadas por preceptor e tutor que não são exclusivos do núcleo profissional:

Para desenvolver competências interprofissionais são necessárias práticas interprofissionais de provimento das intervenções clínicas. Uma das estratégias singulares às residências para colocar em cena a educação interprofissional e a prática interprofissional é a preceptoria e tutoria multiprofissional (CECCIM, 2020, p. 47).

A tutoria de campo deve integrar os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa (CECCIM, 2020, p. 48)

A resolução CNRMS nº 05, de 07 de novembro de 2014, apresenta em seu artigo 2º que os programas de residência (multiprofissional e uniprofissional):

[...] serão desenvolvidos com 80% (oitenta por cento) da carga horária total sob a forma de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas, com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social e 20% (vinte por cento) sob forma de estratégias educacionais teóricas (BRASIL, 2014a, p.01).

E define em seu parágrafo 3º que:

---

<sup>3</sup> A resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012, define que a RMS é destinada a egressos dos cursos de graduação de: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e Física Médica.



As estratégias educacionais teórico-práticas são aquelas que se fazem por meio de simulação em laboratórios, ações em territórios de saúde e em instâncias de controle social, em ambientes virtuais de aprendizagem, análise de casos clínicos e ações de saúde coletiva, entre outras [...] (BRASIL, 2014a, p. 02).

Estabelece, assim, a questão da integração, da participação social, da presença no território – apontando para a participação dos atores da comunidade junto a Residência, assim como a Atenção Centrada no Paciente (ACP) presente na EIP.

Desta forma observamos a proximidade da RMS com inúmeros aspectos das discussões relacionadas à EIP e como os programas de residência podem preparar os profissionais residentes para o efetivo trabalho em equipe e a desejada prática colaborativa.

Mais uma vez citando Ceccim:

A regulação das residências em saúde refere componentes curriculares transversais, componentes curriculares comuns, componentes curriculares específicos; fala em área profissional, área temática, área de concentração e área de especialidade; cita as noções de campo e núcleo; defende a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade. Esse conjunto de pontos de sustentação não apenas joga em favor do trabalho em equipe, é uma tradução da perspectiva da colaboração interprofissional, tendo em vista a segurança do paciente e a saúde do trabalhador da saúde (CECCIM, 2020, p. 49).

Em 2010, o Ministério da Saúde reconhecendo a “evidente dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual”, publicou a portaria Nº 4.279, que “Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2010, p. 01).

Anteriormente, a regulamentação da RMS já citava a “necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde (BRASIL, 2009b, p. 02). Nesse sentido, definiu que os programas de residência devem ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS a partir das necessidades e realidades locais e regionais. Devem ainda se desenvolver por meio de “estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar” (BRASIL, 2009b, p. 01).

Diferentemente da residência médica que se organiza por especialidades ou áreas de atuação, essas definições orientam para a que a formulação dos PRMS sejam organizados por grandes áreas, por áreas de intervenção assistencial ou gerencial. Assim, podemos citar inúmeros programas que reforçam a atuação interprofissional - Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde, em Rede de Atenção Psicossocial, em Oncologia, em transplantes, em urgência e /emergência.

Podemos observar a potência que a RMS possui nesse sentido. No artigo: “Em busca de atenção em rede: contribuições de um programa de residência multiprofissional no âmbito hospitalar”, Toldra e colaboradores (2019) comentam a criação, no âmbito do Programa de Residência Multiprofissional em Promoção à Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar<sup>4</sup> do “Grupo de Apoio a Alta Multi Assistencial” (GAAMA), com o objetivo de acompanhar a alta de pacientes e assim “promover a atenção integral a usuários com demandas para reabilitação”. O estudo retrospectivo com 251 usuários concluiu que a criação do GAAMA se mostrou “relevante para o acolhimento, à promoção do cuidado integral em saúde de usuários com demanda em reabilitação no âmbito da região e para ampliação e consolidação da rede de cuidados a esses usuários a partir do hospital” (TOLDRA e COLABORADORES, 2019 p 07).

No Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária em Saúde da SMS de Santos, no segundo ano de residência foi criado o estágio de gestão. No ano de 2019 os residentes participaram do trabalho de reorganização da linha de cuidado de hipertensão e diabetes atuando na elaboração do processo de planejamento desde o diagnóstico da atenção ao paciente insulino dependente até a elaboração de fluxos e protocolos.

## **2.2 Avaliação da Residência Multiprofissional em Saúde**

A avaliação em educação se constitui em um processo rico e complexo, impregnado de desafios, conforme concluem Seiffert e Abdalla:

[...] a avaliação educacional não se constitui apenas em uma estratégia para verificar uma determinada situação ou proceder à medição do desempenho, mas um processo complexo, carregado de

---

<sup>4</sup> Área de concentração Adulto e Idoso em fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HUUSP)

valores, por ser uma intencional construção social. Logo, coloca-se sempre como um desafio, sobretudo quando se busca a apreensão do real, suas contradições e convergências. Portanto, é necessário recorrer a estratégias e instrumentos que garantam ampla cobertura dos vários aspectos do objeto da avaliação, procurando a superação do olhar fragmentado e descontínuo sobre o desenvolvimento e a formação da ação educativa e seus partícipes (SEIFFERT E ABDALLA, 2004, p. 176).

A avaliação deve, portanto, considerar a complexidade dos vários aspectos que merecem e devem ser avaliados e a necessidade de recorrer a estratégias e instrumentos que permitam realizá-la na amplitude e com os objetivos desejados, envolvendo os inúmeros atores que constroem e atuam nesse rico processo de aprendizagem.

Nos eixos centrais dos programas de residência é citado que deve se estabelecer “sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos” com a perspectiva de levar a uma “atitude crítica e reflexiva” dos residentes em processo de formação (BRASIL, 2009 p 02).

A CNRMS tratou da avaliação dos programas de residência em saúde na sua resolução nº 07. Segundo Ceccim:

é [...] critério de avaliação em programas de residência em saúde a valorização do caráter multiprofissional e interdisciplinar do trabalho no campo sanitário; a organização de currículos integrados, a desfragmentação dos núcleos profissionais, a colaboração no desenvolvimento dos sistemas locais de saúde. A Resolução nº 7, de 13 de novembro de 2014, que regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de residência em área profissional da saúde, assume a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade como estruturantes (CECCIM, 2020, p. 49).

Buscando avaliar os PRMS que estão em funcionamento em início de atividades, a CNRMS desenvolveu o “Instrumento de Avaliação de Situação Transitória e Autorização/ Reconhecimento de Residências Multiprofissionais” (BRASIL, 2020).

A primeira parte do instrumento busca a comprovação dos requisitos legais para a implantação de um PRMS estabelecidos pelas normas regulatórias.

Na segunda parte, o instrumento busca avaliar vários aspectos da organização e estrutura dos PRMS, sendo organizado em 03 dimensões. Cada uma delas contém

“categorias de análise” com itens e indicadores específicos bem detalhados, cada um dos itens possui critérios de análise atribuindo conceito de 01 a 05 (BRASIL, 2020).

Na dimensão 01 – Organização Didático-Pedagógica, as 02 categorias de análise são: a) **Projeto pedagógico** - Perfil do egresso e objetivos do programa; e b) **Projeto pedagógico e funcionamento do programa**: relação entre o número de residentes e a formação nos serviços de saúde, integração com os sistemas local e regional de Saúde e o SUS, impacto social e demanda de profissionais da área da saúde; Matriz Curricular: organização didático-pedagógica, metodologia de ensino, metodologia de avaliação dos discentes e metodologia de auto-avaliação do programa (BRASIL, 2020).

Na dimensão 02: Corpo Docente-Assistencial - são 07 categorias de análise: a) **Gestão acadêmica** – existência de COREMU e NDAE e a composição, titulação e formação dos componentes; b) **Coordenador do programa**; c) **Preceptores**; d) **Tutores**; e) **Docentes** – titulação, formação, experiência; f) **Pesquisa** – comitê de ética; e g) **Educação permanente** para corpo docente-assistencial (BRASIL, 2020).

A dimensão 03: Instalações Físicas, possui 03 categorias de análise: a) **Instalações gerais** – instalações para atividades didáticas e acesso a internet para todos os atores; b) **Biblioteca** – acesso a periódicos e bases de dados; e c) **Instalações para cenários de práticas** (BRASIL, 2020).

Trata-se de uma importante iniciativa para avaliar os programas de RMS que foram e estão sendo implantados no país, tendo em vista a quantidade de programas e a diversidade de instituições envolvidas.

Observamos que grande parte dos itens do instrumento se refere aos aspectos de estrutura, perfil dos coordenadores dos programas, perfil do corpo docente assistencial, preceptores e as instalações e condições de funcionamento. Mesmo a parte “didático pedagógica” está direcionada ao PP e sua relação com o funcionamento do programa, não havendo previsão de ferramenta de avaliação dos resultados do processo de aprendizado.

A RMS pode ser considerada uma iniciativa relativamente recente, dada sua criação por lei no ano de 2005, portanto há aproximadamente 15 anos. Dessa forma ainda é um assunto em aberto, mesmo já se observando a existência de vários trabalhos que procuram registrar experiências de avaliação em RMS.

Gonçalves e colaboradores (2019) avaliaram o desempenho das residências médica e multiprofissional em saúde da família utilizando indicadores do PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, concluindo que prevaleceu uma avaliação positiva do desempenho das equipes e a importância da relação ensino-serviço-comunidade proporcionada pelas residências. Mesmo assim indicou as limitações presentes no estudo e a necessidade da realização de mais estudos com uso de outros instrumentos de avaliação.

Apesar da observação de resultados positivos na atuação profissional dos residentes, Vasconcelos e colaboradores (2015) identificaram a ausência de modelos de avaliação dos resultados da residência e descreveram a construção e a validação de indicadores de auto-avaliação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Ceará, apontando os mesmos como “possíveis caminhos” para essa avaliação, ressaltando a importância de que esta dialogue permanentemente com as realidades locais onde se desenvolve .

Perego (2015) desenvolveu instrumento de avaliação de atitude visando investigar a percepção dos residentes, preceptores e tutores de uma residência Multiprofissional na Baixada Santista em relação à percepção para o Trabalho em Equipe.

As assertivas foram elaboradas em uma escala Likert organizadas em 03 dimensões: “Aprendizagem compartilhada na Residência Multiprofissional”, “Formação para o Trabalho em Equipe” e “Desenvolvimento de Competências para Práticas Colaborativas I” (PEREGO, 2015 p 77).

A escala foi validada com 20 assertivas, com 04 opções de resposta: CT – Concordo Totalmente; C – Concordo; D - Discordo; e DT – Discordo Totalmente.

Nas conclusões é destacada a importância de avaliar a percepção dos atores envolvidos na RMS, considerando a possibilidade de aprimorar essa importante modalidade de formação e ainda a escassez de instrumentos nacionais de avaliação (PEREGO, 2015).

Casanova e colaboradores (2018) aplicaram o instrumento desenvolvido por Perego como uma das etapas de pesquisa que teve como objetivos analisar aspectos da EIP em PRMS de Instituições de Ensino Superior – IES do estado de São Paulo.

Nesse trabalho, aplicou o Instrumento de avaliação a 76 residentes, que também responderam uma questão aberta e analisou ainda os Projetos Pedagógicos

de 13 PRMS. As assertivas utilizadas abrangeram os seguintes aspectos: 1) as práticas colaborativas permitem que os residentes compreendam a importância da atuação conjunta [...]; 2) as práticas colaborativas envolvem o compartilhamento das competências dos residentes e potencializa as suas habilidades e os seus pontos fortes, com uma visão ampla da saúde e do bem-estar; 3) a satisfação e a percepção dos R2. Nas respostas da escala atitudinal tipo likert, os residentes demonstraram uma avaliação positiva em relação a PC e a EIP nos PRMS (CASANOVA E COLABORADORES, 2018).

Souza e Ferreira (2019) realizaram pesquisa com residentes e preceptores no âmbito de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do hospital de ensino da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, com o objetivo de analisar a percepção sobre a atividade de preceptoria. Os dados da pesquisa foram coletados por meio de uma escala atitudinal tipo Likert com 22 assertivas distribuídas em 4 dimensões: “(D1) Preceptoria como fator contributivo para o processo de formação em saúde; (D2) Formação do preceptor e as competências para o exercício da preceptoria; (D3) A articulação da teoria/prática na atividade de preceptoria no programa de residência multiprofissional em saúde e (D4) Características do preceptor ideal.”

A validação de conteúdo foi realizada por meio de um pré-teste com 10 profissionais de saúde; a validação estatística considerou a dispersão das assertivas e a confiabilidade do instrumento.

Os resultados da pesquisa destacam o importante papel do preceptor no processo formativo dos residentes e indicam a necessidade de um processo de formação de preceptores adequado e de acordo com a realidade do cenário sanitário e com a s DCN.

Entendemos que torna-se relevante avaliar a RMS em virtude da quantidade de programas que se implantaram desde a regulamentação da residência em todo país, fruto em grande parte do estímulo dos Ministérios da Saúde e da Educação, e por ser uma política importante de formação de mão de obra qualificada para o SUS.

No escopo desse trabalho o foco da avaliação dos PRMS está direcionado à sua relação com a EIP e seus objetivos de preparar profissionais para o TE e a PC.

Segundo o Centro de Avanço da EIP (CAIPE) a avaliação desta modalidade de educação deve ocorrer durante todo o processo educacional, envolvendo os atores

internos (professores, instituições de ensino, estudantes, prestadores de serviço) e externos (organizações de segurança de qualidade, órgão profissionais, regulatórios, pesquisadores) (BARR E COLABORADORES, 2013).

A avaliação pode ocorrer por motivos e formas diferentes, podendo ser:

[...] focada no processo, resultados ou em ambos. O processo pode ser avaliado qualitativamente a partir de recursos documentais, observações e retorno solicitado, por exemplo, questionários, entrevistas e grupos focais. Resultados podem ser quantificados usando instrumentos validados por achados qualitativos (BARR E COLABORADORES, 2013, p. 27).

Barr e colaboradores (2000) realizaram revisão sobre avaliação da EIP em saúde e assistência social com objetivo de identificar métodos como a mesma tem sido avaliada no Reino Unido. Procuraram relacionar os resultados com um modelo teórico de avaliação, identificando estudos de abordagem quantitativos, qualitativos e multimeios, sendo esse último grupo o mais frequente.

Os autores propõem um modelo tridimensional de avaliação que engloba: metodologia de avaliação, resultados e tipologia de EIP. Quanto à metodologia, a auto avaliação é a regra com ferramentas de coleta de dados por meio de questionários, entrevistas e grupos focais, sendo que, entre os questionários, o predomínio é de escalas likert (BARR E COLABORADORES, 2000).

Quanto à tipologia, a avaliação em EIP deve considerar os distintos formatos e podem incluir parte ou todo o programa, em período integral ou parcial, conteúdos do curso, métodos de aprendizagem, localização do aprendizado (ambiente de trabalho ou universitário), presencial ou à distância, duração da experiência variando de horas a muitos dias e em que etapa ocorre – graduação, pós-graduação ou desenvolvimento profissional (BARR E COLABORADORES, 2000).

A avaliação dos resultados da EIP é uma das questões mais complexas, pois pressupõe conseguir captar se o processo de aprendizado produziu o que se esperava. Como medir se as competências envolvidas nos processos de PC e do TE foram desenvolvidas a partir das experiências de EIP? Quando isso ocorre? Logo após o aprendizado, ou algum tempo depois? Se ocorreu esse desenvolvimento de competência, ele é duradouro?

Um dos modelos de avaliação mais utilizados é a classificação de Kirkpatrick com 04 níveis de resultados, modificada com 02 subdivisões:

- **Nível 1 - reação dos alunos:** os resultados são relacionados à opinião dos participantes sobre a experiência de aprendizado;
- **Nível 2a - modificação de atitudes / percepções:** os resultados são relacionados à mudanças de atitudes ou percepções em relação à pacientes e às situações relacionadas ao cuidado;
- **Nível 2b - aquisição de conhecimentos / habilidades:** os resultados se referem à aquisição de conceitos relacionados à colaboração interprofissional e habilidades relacionadas à colaboração;
- **Nível 3 - Mudança de comportamento:** nesse nível de resultado se encontra presente mudança de comportamento dos ambientes de aprendizagem para os locais de trabalho desencadeadas pelos resultados dos itens 2a e 2b – mudanças de atitude e aplicação de conhecimento e habilidades;
- **Nível 4a- Mudança na prática organizacional:** os resultados são relacionados à mudanças na organização e na prestação de cuidados;
- **Nível 4b - Benefícios para pacientes / clientes:** nesse nível os resultados são mais abrangentes alcançando melhorias na saúde dos pacientes (BARR E COLABORADORES, 2000).

Buscando fundamentar um modelo conceitual sobre a EIP na graduação em saúde, Regis (2018) realizou revisão sistemática para “mapear instrumentos de avaliação de experiências interprofissionais com estudantes de graduação”. Nessa busca utilizou uma revisão de Oates e Davidson publicado na revista *Medical Education* no ano de 2015 sob título de *A critical appraisal of instruments to measure outcomes of interprofessional education* que identifica 09 instrumentos de avaliação de EIP.

Destes instrumentos observou uma predominância de escalas Likert (07 escalas), com número de itens variando de 16 a 31 e quantidade de opções de respostas também variável, 03 destes com opção de resposta neutra.

Identificou ainda etapas comuns no processo de elaboração dos itens das escalas: “(1) definição de dimensões a serem avaliadas, (2) elaboração dos itens e da versão preliminar do instrumento, (3) validação qualitativa, (4) aplicação do instrumento a uma amostra de estudantes e (5) validação estatística” (REGIS, 2018, p 73).



Em relação aos instrumentos de avaliação da EIP na graduação Regis conclui:

- a) há uma tendência de avaliar a EIP mediante a mensuração das atitudes dos aprendizes envolvidos;
- b) há uma tradição do uso de instrumentos seguindo um mesmo tipo e formato;
- c) há pouca inovação em relação aos métodos e instrumentos utilizados (REGIS, 2018, p 157).

Sobre os modelos teóricos conceituais, o autor identifica a ausência de referencial e que a elaboração de dimensões e itens das avaliações ocorrem a partir da literatura científica e da experiência dos autores e também conclui que o “modelo de Pasquali é adequado para construção e validação de instrumentos de avaliação em EIP pela sua robustez e por apresentar etapas semelhantes às utilizadas pelos autores internacionais” (REGIS, 2018, p 158).

Uma das escalas mais utilizadas para a avaliação da EIP é a RIPLS - readiness of health care students for interprofessional learning (prontidão de estudantes de saúde para aprendizagem interprofissional – tradução livre)

Em 1999, Parsell e Bligh descrevem o desenvolvimento de um questionário para avaliar a prontidão dos estudantes de saúde para a aprendizagem interprofissional a escala – RIPLS (PARSELL E COLABORADORES, 1999).

O estudo foi realizado com 120 alunos de 08 cursos de graduação em saúde com o objetivo de avaliar a prontidão para atividades de aprendizagem compartilhada.

Partindo de 04 dimensões: “relações entre diferentes grupos profissionais; colaboração e trabalho em equipe; papéis e responsabilidades; e benefícios para os pacientes, prática profissional e crescimento pessoal”, os autores elaboraram um questionário piloto utilizando evidências de literatura, a experiência pessoal dos autores e visões de profissionais e de estudantes.

Os itens do piloto foram examinados por 13 especialistas que avaliaram a relevância de cada item, a clareza, o formato e a facilidade de resposta.

A análise estatística reduziu o número de itens da escala para 19, agrupados em 3 fatores principais:

- Trabalho em equipe e colaboração;
- Identidade profissional;
- Funções e responsabilidades.

A escala é formato Likert com opções variando entre 1 (discordo totalmente) e 5 (concordo totalmente) contendo número de 5 posições com alternativa de neutro.

A ICAR - interprofessional collaborator assessment rubric (Rubrica de Avaliação do Colaborador Interprofissional – tradução livre) foi descrita por Curran et al., em 2011 (CURRAN E COLABORADORES, 2011).

É considerada uma rubrica, não exatamente uma escala e foi elaborada para uso na língua inglesa e francesa. Foi elaborada em duas etapas – numa primeira, a partir de uma revisão de literatura, foram construídos e validados um conjunto de competências colaborativas interprofissionais. A equipe de pesquisa utilizou análise tipológica para identificar, categorizar os descritores e temas de competência.

Numa segunda etapa, foi utilizada uma pesquisa Delphi para reunir as opiniões de profissionais que falam a língua francesa e a língua inglesa usando uma escala likert de 5 pontos. A rubrica é composta por uma série de colunas para as dimensões, a escala numérica e indicadores comportamentais / critérios de desempenho (CURRAN E COLABORADORES, 2011).

Outra escala amplamente utilizada para avaliar a competência dos profissionais de saúde quanto à colaboração interprofissional entre os membros de uma equipe é a AITCS - Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (Escala de Colaboração de Equipe Interprofissional – tradução livre). Originalmente contendo 47 itens, foi modificada para 23 itens divididos em 3 subescalas - parceria (8 itens), cooperação (8 itens) e coordenação (7 itens) – gerando a AITCS II (ORCHARD E COLABORADORES).

As escalas RIPLS, IEPS e AITCS II foram traduzidas e adaptadas para uso em língua portuguesa (Peduzzi et all 2015. Cardoso, 2018. Bispo e Rossit 2018), demonstrando o interesse nesse tema em nosso meio.

Conforme afirmado no início desse tópico, a avaliação em processos de aprendizagem é um processo rico e complexo. Observamos pelos trabalhos descritos, como a avaliação de experiências de EIP, em especial dos resultados do aprendizado, é das mais complexas e motivo de intenso interesse internacional e no nosso meio. O foco desse trabalho de pesquisa segue essa linha, aprofundar o entendimento sobre a avaliação dos PRMS, nos aspectos que se referem à EIP e seus objetivos de preparar profissionais para o TE e a PC.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Construir e validar itens para uma escala atitudinal de avaliação do preparo para o Trabalho em Equipe e a Prática Colaborativa em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

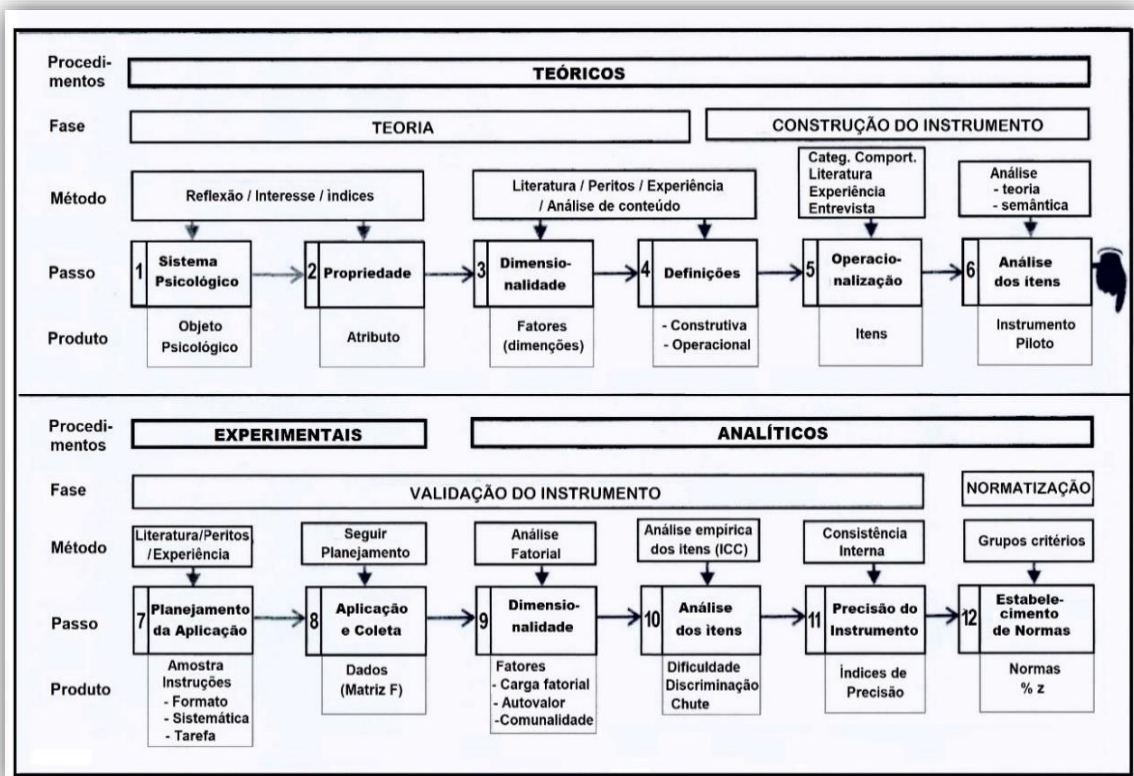
#### **3.2 Objetivos Específicos**

1. Sistematizar os fundamentos teóricos para o embasamento das dimensões e da escolha dos itens de uma escala atitudinal de avaliação do preparo para o Trabalho em Equipe e a Prática Colaborativa em PRMS;
2. Elaborar uma versão preliminar dos itens da escala atitudinal;
3. Validar os itens em relação ao conteúdo;
4. Aplicar os itens a uma população meta de Residentes Multiprofissionais em Saúde;
5. Analisar os resultados no tocante à validação dos itens e a confiabilidade do instrumento.

## 4. PERCURSO METODOLÓGICO

Para atingir os objetivos do presente trabalho, seguimos o modelo de Pasquali para a construção de escalas atitudinais.

Pasquali (1996) destaca princípios e etapas que considera importantes para a elaboração e validação de itens e desenvolve um organograma que sistematiza a organização dessa estrutura de construção (figura 1).



Fonte: Pasquali (1996, p. 133).

**Figura 1. Organograma dos procedimentos de pesquisa segundo Pasquali**

Segundo este modelo a construção de itens para compor uma escala atitudinal deve levar em conta 03 pólos: teórico, empírico e analítico.

O **pólo teórico** enfoca a questão da teoria que deve fundamentar qualquer empreendimento científico, no caso, a explicitação da teoria sobre o construto ou objeto psicológico para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida e a operacionalização do construto em itens.

O **pólo empírico** ou experimental define as etapas e técnicas da aplicação de instrumento piloto e da coleta da informação para proceder à avaliação da qualidade psicométrica da escala.

O **pólo analítico** estabelece os procedimentos de análises estatísticas a serem efetuadas sobre os dados para levar a um instrumento válido, preciso e, se for o caso, normatizado (PASQUALI, 1996, p. 133).

Para os polos experimental e analítico, optamos por uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem quantitativa.

Segundo Gil, a pesquisa exploratória tem como objetivo uma maior “familiaridade com o problema” e o “aprimoramento de idéias”, envolvendo, entre outras, “entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado” (GIL, 2002, p. 41).

Já as pesquisas descritivas buscam a “descrição das características de uma determinada população ou fenômeno” e tem como uma de suas características a “utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados”, como o uso de questionários. Destaca ainda que as pesquisas descritivas podem se aproximar das pesquisas exploratórias quando, de acordo com os objetivos, buscam “proporcionar uma nova visão do problema” (GIL, 2002, p. 42).

A pesquisa quantitativa se caracteriza pela unicidade da coleta e tratamento dos dados e necessita de informações obtidas de um mesmo conjunto de unidades observáveis (indivíduos, mas também instituições, empresas, cidades, entre outras) sendo crucial que sejam comparáveis. A análise dos dados se baseia em procedimentos estatísticos (ABDAL E COLABORADORES, 2016).

As pesquisas quantitativas podem ser realizadas a partir de fonte de dados primários ou secundários. Os dados primários são aqueles obtidos diretamente pelo pesquisador, utilizando delineamento elaborado por ele a partir das questões de pesquisa e aplicando questionários estruturados. Apesar de dificuldades operacionais e até de custo “a vantagem dos dados primários é que nesse tipo de coleta o pesquisador tem mais liberdade para formular suas questões e desenvolver mais o questionário dentro de seu tema de interesse” (ABDAL E COLABORADORES, 2016, p 16).

Desta forma, optamos pela utilização da versão preliminar da escala tipo Likert, elaborada e validada em relação ao conteúdo, no polo teórico.

Escala Likert são um tipo de escala de avaliação em que se pede para o entrevistado que ele manifeste sua concordância ou discordância em relação aos itens enunciados no instrumento de avaliação. A escala Likert exige uma resposta graduada para cada afirmação, variando de uma posição claramente favorável a uma posição

claramente desfavorável (Anastasi, 1977), devendo incluir itens com caráter positivo e com caráter negativo (MICHENER, 2005).

O instrumento original, elaborado por Likert em 1932, continha uma escala com cinco pontos, de caráter bidimensional e com ponto neutro no centro.

Posteriormente, outros pesquisadores utilizaram escalas de diversos formatos, incluindo número par de opções. Dalmoro e Vieira (2013) consideram escala Likert aquelas compostas por cinco pontos e as escalas com número de itens diferentes de 5 (3, 4, 7, 10, 11 pontos) como escalas tipo Likert.

Para Pasquali (1998) um número razoável de itens para uma escala cobrir a totalidade ou a maior parte da extensão do construto deve ser de cerca de 20 itens, podendo ser menor de acordo com a complexidade do construto.

#### **4.1 Aspectos Éticos**

Esta pesquisa atende a todas as exigências éticas e científicas fundamentais estabelecidas pela Resolução nº 196/96.

A fase de coleta de dados se deu após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sob parecer nº 3.762.794 de 11 de dezembro de 2019 (anexo 01).

A coleta dos dados ocorreu por meio de formulário eletrônico e todas as etapas eram de preenchimento obrigatório, com todos os participantes assinando previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 01), sendo suas informações coletadas de forma anônima.

#### **4.2 Contexto da Pesquisa**

A aplicação do questionário à população de residentes do segundo ano (R2) ocorreu em um período de grande dificuldade de acesso em virtude do isolamento social exigido pela pandemia do Covid-19, durante os meses de fevereiro a dezembro de 2020.

Tendo em vista a necessidade de um número relativamente elevado de instrumentos preenchidos em meio ao cenário adverso da pandemia, a estratégia

prevista no projeto de pesquisa de realizar a coleta por meio virtual foi fundamental e contamos com a grande colaboração de gestores de programas de residência.

O acesso aos residentes ocorreu por meio de contato com as Comissões de Residência Multiprofissional (COREMU) de programas de residência vinculados a Instituições de Ensino Superior – IES, Hospitais e Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e pelo Fórum Nacional de Residências em Saúde.

O endereço eletrônico dessas instituições foi localizado por meio de pesquisa pela internet. Foi enviada uma comunicação do pesquisador principal informando sobre a realização da pesquisa e solicitando o contato dos R2 ou a divulgação da pesquisa entre os residentes (apêndice 04) e anexado o parecer do CONEP.

A aplicação do instrumento de avaliação à população alvo foi realizada por meio de formulário de pesquisa eletrônico pela plataforma “GOOGLE FORMS”. Os residentes do segundo ano de programas de RMS foram convidados por e-mail e por whatsapp.

Ao acessar o formulário os residentes tiveram acesso ao TCLE (apêndice 01) e às orientações para resposta (apêndice 05).

### **4.3 Sujeitos da Pesquisa**

Os dados desta pesquisa foram coletados junto a residentes do segundo ano – R2 de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde – PRMS de Instituições de Ensino, serviços de saúde e secretarias municipais e estaduais de saúde de todo o país.

O total de R2 que preencheram todas as etapas da pesquisa foi de 289 participantes. A categoria profissional mais prevalente entre os residentes foi a de enfermeiros com 87, correspondendo a 30,1% do total, seguido de fisioterapeutas – 55 e 19%, psicólogos com 35 – 12,1%, farmacêuticos – 27 – 9,3%, nutricionista 22 – 7,6%, conforme apresentado na Tabela 1.

**Tabela 1. Caracterização dos sujeitos da pesquisa segundo: gênero, PRM ligado a IES, PRM em rede ou hospitalar, categoria profissional e faixa etária; número absoluto e percentual, Santos Março de 2021**

Variável	Categoria	Frequência	Percentual
<b>Gênero</b>	M	253	87,50%
	F	35	12,10%
	Outro	1	0,30%
<b>PRM ligado à IES</b>	Sim	260	90,00%
	Não	29	10,00%
<b>PRM em instituição</b>	Pública	276	95,50%
	Privada	13	4,50%
<b>PRM é Rede Atenção ou Hospitalar</b>	Rede Atenção	92	31,80%
	Hospitalar	197	68,20%
<b>Categoria Profissional</b>	Assistente Social	16	5,50%
	Biomédico (a)	3	1,00%
	Enfermeiro (a)	87	30,10%
	Farmacêutico (a)	27	9,30%
	Fisioterapeuta	55	19,00%
	Físico (a)	1	0,30%
	Fonoaudiólogo (a)	13	4,50%
	Médico Veterinário	4	1,40%
	Nutricionista	22	7,60%
	Odontólogo (a)	11	3,80%
	Profis. de Ed. Física	5	1,70%
	Psicólogo (a)	35	12,10%
	Terapeuta Ocupacional	10	3,50%
<b>Faixa etária</b>	22 a 25	145	50,2%
	26 a 29	91	31,5%
	30 a 33	31	10,7%
	34 a 37	14	4,8%
	38 a 41	3	1,0%
	42 a 45	4	1,4%
	46 a 49	1	0,3%

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação aos Programas de Residência dos participantes, 90% são de programas vinculados a Instituições de Ensino Superior, sendo 95,5 % em instituições públicas, apenas 4,5% de programas de instituições privadas.

Em relação à característica onde o programa de residência se desenvolve, 31,8% são em redes de atenção à saúde e 68,2% em ambiente hospitalar e apesar

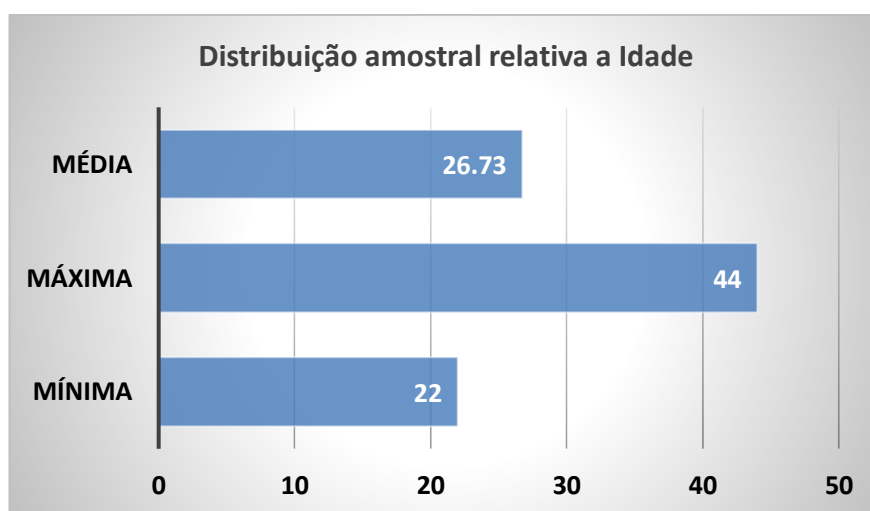


de reforçar a presença do residente em programas hospitalares, já se observa um número considerável de participantes de residências em redes de atenção.

A faixa etária dos participantes foi de um intervalo de 22 a 44 anos com média de 26,7 anos, sendo 87,5% do sexo feminino, 12,1% do sexo masculino e 01% se identificou como outra opção – gráfico 1 e tabela 1.

A faixa etária mais prevalente foi de 22 a 25 anos – 50,2% seguida a 26 a 29 anos com 31,5%, ambas as faixas etárias somado 81,7% do total de residentes respondentes.

**Gráfico 1. Distribuição Amostral relativa à Idade dos participantes da pesquisa: A RMS como preparação para o TE e a PC: Elaboração de instrumento de avaliação, Santos, Março 2021**



Fonte: Dados da pesquisa

## 5. RESULTADOS

A apresentação dos resultados será realizada seguindo o modelo de Pasquali para a construção de escalas, já assinalado no percurso metodológico.

Em nossa pesquisa, o procedimento **teórico** consistiu na sistematização dos fundamentos teóricos na literatura existente para o embasamento das dimensões e da escolha dos itens, sua aplicação a juízes especialistas e a juízes da população meta para a elaboração da primeira versão da escala.

O procedimento **experimental** se concretizou com o planejamento e a aplicação do instrumento junto a uma amostra da população meta de aproximadamente 10 vezes o número de itens do instrumento.

O procedimento **analítico** consistiu na análise estatística de variância e a análise fatorial exploratória. A análise de variância entre os grupos de respondentes é utilizada para verificar se existem diferenças significativas nas médias dos fatores em função das características da amostra (CALLEGARI-JAQUES, 2003).

### 5.1 Procedimentos Teóricos para a elaboração da versão preliminar dos itens da escala atitudinal

Para a construção da primeira versão dos itens da escala atitudinal buscamos a sistematização dos fundamentos teóricos (mini-teoria) por meio da realização de um levantamento de bibliografia nas bases de dados nacionais e internacionais que embasou a escolha das dimensões e dos itens de um instrumento, objeto deste projeto de pesquisa. A partir deste levantamento, optamos por construir a escala a partir de três dimensões: 1) A proposta formativa da RMS para o TE e a PC; 2) A concepção de TE e PC que o residente tem após a vivência da residência (R2) e 3) As competências colaborativas desenvolvidas pelo residente.

Pasquali (2016) aponta a necessidade de seguir critérios para a elaboração de itens de uma escala de atitudes. Ele considera 10 critérios individuais de cada item e 02 critérios que abrange o conjunto dos itens.

Procuramos observar estes critérios: 1) Critério comportamental; 2) Critério de objetividade ou de desejabilidade; 3) Critério da simplicidade; 4) Critério da clareza; 5) Critério da relevância (pertinência, saturação, unidimensionalidade, correspondência); 6) Critério da precisão; 7) Critério da variedade; 8) Critério da modalidade; 9) Critério

da tipicidade; e 10) Critério da credibilidade: também é chamado de validade aparente (face validity); Pasquali inclui mais 02 critérios referentes ao conjunto dos itens: 1) Critério da amplitude; e 2) Critério do equilíbrio.

Considerando que os itens nesta pesquisa abrangem três dimensões, eles devem ser em número suficiente para permitir avaliar os vários aspectos relacionados aos objetivos propostos. Desta forma, consideramos para a versão inicial o número de 30 itens.

Na primeira dimensão, onde se aborda a proposta formativa da RMS foram levantados documentos referentes ao momento histórico da criação desta modalidade de formação, seu processo de implantação e documentos referentes à sua regulamentação.

Para a elaboração das assertivas referentes a esta dimensão nos baseamos na portaria interministerial 1.077 que criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e estabeleceu que os programas de residência sejam orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, contemplando “eixos norteadores” que devem fundamentar a elaboração dos projetos pedagógicos dos PRMS (BRASIL, 2009).

Esses eixos norteadores são apresentados no Art. 2º da portaria em 12 incisos e, apesar de possuírem grande inter-relação e sentido de complementariedade entre si, entendemos, a partir da fundamentação teórica sobre EIP, que os mesmos podem ser agrupados em 03 blocos e a elaboração das assertivas foram realizadas a partir deste agrupamento dos eixos norteadores.

O primeiro bloco é composto por incisos referentes à Integração da RMS com o SUS e a realidade loco regional, constando de:

- (I) cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do País;
- (II) 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;
- (III) política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS;
- (VI) integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários;
- (X) descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;
- (XII) integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema (BRASIL, 2009, p. 01-02).

O segundo bloco reuniu os incisos referentes à Utilização de metodologias ativas de ensino aprendizagem:

(IV) abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;

(V) 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;

(XI) 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 (BRASIL, 2009, p. 01-02).

O terceiro bloco contém os incisos referentes à integração da RMS com outros momentos formativos e com a residência médica:

(VIII) integração dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde;

(IX) articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;

(VII) 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 (BRASIL, 2009, p. 01-02).

A partir deste referencial, foram elaborados os seguintes itens (Quadro 1):

**Quadro 1. Conjunto de assertivas da dimensão 01**

<b>Assertivas dimensão 01</b>
1. <b>A proposta da RMS &lt;nome da residência&gt; possibilita que os residentes compreendam a realidade sócio-epidemiológica de sua área de referência.</b>
2. <b>Sinto-me preparado para atuar na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.</b>
3. <b>A RMS &lt;nome da residência&gt; possui estratégias de aprendizado que me ajudam a entender a importância da integração ensino-serviço-comunidade.</b>
4. <b>A proposta da RMS &lt;nome da residência&gt; considera a pessoa como ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural.</b>
5. <b>A proposta da RMS &lt;nome da residência&gt; considera os residentes como sujeitos ativos no processo ensino-aprendizado-trabalho.</b>

6. **A avaliação do meu aprendizado na RMS <nome da residência> ocorreu, na maioria das vezes, de forma construtiva com vistas ao meu desenvolvimento profissional.**
7. **A proposta da RMS <nome da residência> possibilita que os residentes vivenciem cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado.**
8. **A RMS <nome da residência> utiliza estratégias de aprendizado e cenários que garantem uma formação integral e interdisciplinar ao seu egresso.**
9. **A proposta da RMS <nome da residência> me possibilitou momentos de aprendizagens onde tive oportunidade de crescimento a partir dos conhecimentos compartilhados com outras profissões da saúde.**
10. **A RMS <nome da residência> tem uma boa integração com a Residência Médica na nossa Instituição.**
11. **Apesar de uma proposta multiprofissional, a RMS<nome da residência> direcionou a minha formação predominantemente para a minha categoria profissional.**

Fonte: Dados da pesquisa

Na segunda dimensão, o aprofundamento teórico sobre a concepção do TE e da PC se baseou na produção científica de autores nacionais e internacionais sobre estas temáticas.

Dentro da riqueza e complexidade da discussão sobre EIP que ocorre nas últimas décadas, uma questão apontada por inúmeros pesquisadores é a imprecisão de conceitos deste campo e as consequências para o seu desenvolvimento. Entre os pontos mais pesquisados se encontra o Trabalho em Equipe – TE e como as formas de atuação conjunta desenvolvem e são dependentes da colaboração entre os profissionais – a Prática Colaborativa – PC.

Partimos de alguns referenciais para a elaboração das assertivas referentes a esta dimensão:

1 - A recomendação da OMS de que o TE é um domínio de aprendizagem interprofissional. Neste sentido, a advertência de que *“muitos profissionais de saúde acreditam estar praticando de forma colaborativa, simplesmente porque trabalham junto com outros profissionais de saúde”* (OMS, 2010, p. 36).

2 – Trabalho em equipe pode ser entendido como uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio da relação recíproca, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação (PEDUZZI, 2009).

3 – Trabalho em Equipe Interprofissional compreendendo – “os níveis de cooperação, coordenação e colaboração que caracterizam as relações entre as profissões na prestação de cuidados centrados no paciente” (tradução nossa) (IPEC, 2016, p.11).

4 - A “Prática colaborativa na atenção à saúde ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços” (OMS, 2010, p. 13).

5 - A Colaboração Interprofissional é um domínio de competência único, complementado por quatro competências essenciais e subcompetências relacionadas.

- Trabalho em equipe interprofissional e prática baseada em equipe:
  - Aplica valores de construção de relacionamento e os princípios da dinâmica da equipe para desempenhar de maneira eficaz em diferentes funções da equipe para planejar, fornecer e avaliar programas e políticas de assistência centrada no paciente / população e saúde da população que sejam seguros, oportunos, eficientes, eficazes e equitativos.
- Práticas de comunicação interprofissional:
  - Comunica com pacientes, famílias, comunidades e profissionais da saúde e outros campos de maneira responsiva e responsável que apóie uma abordagem em equipe para a promoção e manutenção da saúde e a prevenção e tratamento de doenças.
- Valores / ética para a prática interprofissional:
  - Trabalha com indivíduos de outras profissões para manter um clima de respeito mútuo e valores compartilhados.
- Papéis e responsabilidades da prática colaborativa:
  - Usa o conhecimento do próprio papel e de outras profissões para avaliar e atender adequadamente as necessidades de cuidados de saúde dos pacientes e promover a melhora na saúde das populações (tradução nossa) (PEC, 2016).

Assim, foram propostos os seguintes itens para esta dimensão (Quadro 2):

Quadro 2. Conjunto de assertivas da dimensão 2

<b>Assertivas dimensão 02</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Para o efetivo TE é necessário coordenação, cooperação e colaboração entre as profissões.</b></li> <li>2. <b>Colaboração no TE ocorre quando profissionais de saúde de diferentes profissões trabalham juntos em um mesmo local.</b></li> <li>3. <b>A integralidade na saúde envolvendo pacientes/famílias/cuidadores/comunidade ocorre na prestação de serviços baseada na PC.</b></li> <li>4. <b>TE é um trabalho coletivo de profissionais de diferentes áreas de saúde com ações articuladas e cooperação.</b></li> <li>5. <b>Para atender plenamente as necessidades de cuidados de saúde dos pacientes, devo saber usar meus conhecimentos profissionais adequadamente, sem necessidade de outros profissionais.</b></li> <li>6. <b>O TE e a PC pressupõe trabalhar com outras profissões, compartilhar valores e atuar em clima de respeito mútuo.</b></li> <li>7. <b>A comunicação responsável com paciente/família/comunidade e profissionais de saúde apoiam o TE.</b></li> </ol>

Fonte: Dados da pesquisa

Na terceira dimensão, referente à Competências Colaborativas, foi utilizado como referência o instrumento canadense de competências profissionais - “NATIONAL INTERPROFESSIONAL COMPETENCE FRAMEWORK”, elaborado em 2010 pelo CIHC (Canadian Interprofessional Health Collaborative) (CIHC, 2010).

De acordo com a CIHC, a Colaboração Interprofissional é definida como: “processo de desenvolvimento e manutenção de relações de trabalho interprofissionais, eficazes com alunos, profissionais, pacientes/clientes/família/comunidade para permitir ótimos resultados de saúde” (tradução nossa) (CIHC, 2010, p 8).

O quadro é organizado em forma de “DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIA”, definidos em número de 06: Comunicação interprofissional; Cuidado centrado no paciente/cliente/família/comunidade; Esclarecimento de funções; Funcionamento de equipes; Resolução de conflitos; e Liderança colaborativa (CIHC, 2010).

Os domínios - **Comunicação interprofissional, e Cuidado centrado no paciente/cliente/família/comunidade** são considerados como competências que amparam as outras.

A seguir apresentamos um resumo (Quadro 3) desses domínios de competência que fundamentaram a elaboração dos itens para esta dimensão.

**Quadro 3. Síntese dos domínios de competências**

**1. COMUNICAÇÃO INTERPROFISSIONAL** - Essa competência é demonstrada de forma verbal e não verbal incluindo a escuta a negociação, consultoria, interação, discussão ou debate. A comunicação interprofissional respeitosa inclui a divulgação completa e transparente em todas as interações com a equipe, incluindo pacientes / famílias. É promovida por todos os membros da equipe e demonstra confiança com os profissionais, pacientes / clientes e suas famílias. Para isso, os residentes devem:

- Estabelecer princípios de comunicação de trabalho em equipe.
- Escutar ativamente outros membros da equipe, incluindo pacientes / clientes / famílias.
- Comunicar para assegurar a compreensão comum das decisões de cuidados.
- Desenvolver relações de confiança com pacientes / clientes / famílias e outros membros da equipe.
- Usar efetivamente a tecnologia de informação e comunicação para melhorar o cuidado interprofissional centrado no paciente / comunidade (CIHC, 2010).

**2. CUIDADO CENTRADO NO PACIENTE/CLIENTE/FAMÍLIA/COMUNIDADE**

Nos cuidados / serviços centrados no paciente / família / comunidade, a equipe interprofissional integra e valoriza, como parceiro, a entrada de um paciente / família ou comunidade na concepção e implementação de cuidados e / ou serviços. Para isto, os residentes devem:

- Apoiar a participação de pacientes e suas famílias, ou representantes da comunidade como parceiros integrais com o pessoal de saúde que presta seu planejamento, implementação e avaliação de seus serviços ou cuidados.
- Compartilhar informações com pacientes (ou família e comunidade) de uma maneira respeitosa e de tal forma que seja compreensível, encoraje a discussão e aumente a participação na tomada de decisões.
- Garantir que a educação e o apoio apropriados sejam fornecidos pelos profissionais aos pacientes, familiares e outros envolvidos com seus cuidados ou serviços.
- Ouvir respeitosamente as necessidades expressas de todas as partes na formação e prestação de cuidados ou serviços. (CIHC, 2010)

**3. ESCLARECIMENTO DO PAPEL / FUNÇÃO**

Os profissionais de saúde precisam compreender o seu papel profissional dentro da equipe e o papel dos outros membros da equipe e usar esses conhecimentos para definir e atingir objetivos do cuidado ao paciente/família/comunidade. Para isto, os residentes devem

- Descrever seu próprio papel e o dos outros.
- Reconhecer e respeitar a diversidade de outras funções, responsabilidades e competências.
- Realizar seus próprios papéis de uma forma culturalmente respeitosa.



- Comunicar papéis, conhecimentos, habilidades e atitudes usando linguagem apropriada.
- Acessar as habilidades e conhecimentos dos outros apropriadamente por meio de consulta.
- Considerar os papéis dos outros na determinação de seus próprios papéis profissionais e interprofissionais.
- Integrar competências / papéis de forma transparente em modelos de prestação de serviços (CIHC, 2010)

#### **4. FUNCIONAMENTO EM EQUIPE**

Os profissionais compreendem os princípios da dinâmica do trabalho em equipe, com relações de trabalho seguras e eficazes. A colaboração exige confiança, comunicação aberta e escuta atenta. Os profissionais devem ser capazes de compartilhar informações necessárias para coordenar o cuidado entre os membros da equipe e com os paciente/família/comunidade para a resolução de problemas e a tomadas de decisão para os melhores resultados possíveis. Para apoiar a colaboração interprofissional, os residentes devem ser capazes de:

- Entender o processo de desenvolvimento de equipe.
- Desenvolver um conjunto de princípios para trabalhar em conjunto que respeite os valores éticos dos membros.
- Efetivamente facilitar discussões e interações entre os membros da equipe.
- Participar e respeitar a participação de todos os membros na tomada de decisão colaborativa.
- Refletir regularmente sobre seu funcionamento com profissionais da equipe e pacientes / famílias.
- Estabelecer e manter relações de trabalho eficazes e saudáveis com alunos / profissionais, pacientes / clientes e famílias, independentemente de existir ou não uma equipe formalizada.
- Respeitar a ética da equipe, incluindo confidencialidade, alocação de recursos e profissionalismo (CIHC, 2010).

#### **5. RESOLUÇÃO DE CONFLITOS**

Na PC os profissionais se envolvem ativamente consigo mesmo e com os outros, incluindo o paciente / família, abordando as discordâncias de forma positiva e construtiva à medida que surgem. “Conflito positivo” é um termo que pode ser usado para interpretar as diferenças de opinião como saudáveis e encorajadas como interações construtivas. Para apoiar a prática colaborativa interprofissional, os membros da equipe tratam consistentemente o conflito de maneira construtiva por meio de:

- Valorizar a natureza potencialmente positiva do conflito.
- Reconhecer o potencial de conflito e tomar medidas construtivas para resolvê-lo.
- Identificar situações comuns que possam levar a discordâncias ou conflitos, incluindo ambigüidade de papéis, gradientes de poder e diferenças de objetivos.
- Conhecer e compreender estratégias para lidar com conflitos.
- Definir diretrizes para lidar com desacordos.

- Trabalhar efetivamente para resolver divergências, incluindo a análise das causas do conflito e atuar para alcançar uma solução aceitável.
- Estabelecer um ambiente seguro para expressar opiniões diversas.
- Desenvolver um nível de consenso entre aqueles com pontos de vista diferentes; permitindo que todos os membros sintam que seus pontos de vista foram ouvidos, não importa qual seja o resultado (CIHC, 2010).

## 6. LIDERANÇA COLABORATIVA

Na liderança colaborativa os profissionais de saúde compreendem e podem aplicar princípios de liderança, apóiam a escolha do líder de acordo com a situação, assumem e compartilham as responsabilidades pelo processo. São considerados dois modelos de liderança: Liderança para a tarefa: o líder apóia os outros membros e Liderança para o relacionamento: o líder ajuda os outros membros a trabalhar juntos.

Para apoiar a PCI os profissionais determinam de forma colaborativa quem exercerá a liderança do grupo em qualquer situação, apoiando:

- Trabalhar com os outros para permitir resultados efetivos do paciente / cliente.
- Avançar das relações de trabalho interdependentes entre todos os participantes.
- Facilitação de processos de equipe eficazes.
- Facilitação de tomadas de decisão eficazes.
- Estabelecimento de um clima para a prática colaborativa entre todos os participantes.
- Co-criação de um clima de liderança compartilhada e prática colaborativa.
- Aplicação de princípios colaborativos de tomada de decisão.
- Integração dos princípios da melhoria contínua da qualidade aos processos e resultados do trabalho (CIHC, 2010).

Fonte: Dados da pesquisa

A partir deste referencial, foram elaboradas os seguintes itens (Quadro 4):

**Quadro 4. Assertivas da dimensão 03**

<b>Assertivas dimensão 03</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>A RMS &lt;nome da residência&gt; me possibilitou compreender melhor o papel da minha profissão no contexto da equipe de saúde.</b></li> <li>2. <b>Conhecendo melhor as outras profissões, aprendi a reconhecer e respeitar a diversidade de funções, bem como suas responsabilidades e competências.</b></li> <li>3. <b>Na RMS &lt;nome da residência&gt; desenvolvi competências para compartilhar informações com o paciente/família/comunidade de maneira respeitosa e compreensível.</b></li> <li>4. <b>Na RMS &lt;nome da residência&gt; desenvolvi a capacidade de estabelecer e manter relações de trabalho eficazes e saudáveis com os outros profissionais, pacientes e famílias.</b></li> </ol>

5. Na RMS <nome da residência> desenvolvi o respeito aos demais componentes da equipe para uma tomada de decisão colaborativa.
6. Na RMS <nome da residência> aprendi a respeitar a ética da equipe, incluindo confidencialidade, alocação de recursos e profissionalismo.
7. Sinto-me preparado, ao final da RMS <nome da residência> para o exercício da liderança no trabalho em equipe.
8. Na RMS <nome da residência> desenvolvi competências para compartilhar a liderança e a tomada de decisões na equipe.
9. Na RMS <nome da residência> tive a oportunidade de desenvolver competências para me comunicar com profissionais de diferentes profissões de forma colaborativa, ágil e responsável.
10. Na RMS <nome da residência> tive a oportunidade de desenvolver a capacidade de escutar ativamente outros membros da equipe, incluindo o paciente, sua família e a comunidade.
11. Na RMS <nome da residência> compreendi que a existência de conflitos na equipe pode e deve ser resolvido de forma consensual.
12. Na RMS <nome da residência> desenvolvi a competência para tratar os eventuais conflitos existentes na equipe de forma construtiva.

Fonte: Dados da pesquisa

Desta forma, a primeira versão dos itens da escala atitudinal continha 30 assertivas.

Utilizando o modelo de Pasquali (1998) para construção de escalas psicométricas de atitudes, a primeira versão dos itens foi submetida à **análise de conteúdo** com a apresentação à juízes especialistas com o objetivo de verificar a adequação da mesma.

A versão apresentada para análise dos juízes especialistas foi randomizada ficando com a seguinte apresentação, conforme apresentado no Quadro 5:

**Quadro 5. Assertivas**

<b>Assertivas</b>
1. A proposta da RMS <nome da residência> possibilita que os residentes compreendam a realidade sócio-epidemiológica de sua área de referência.
2. Sinto-me preparado para atuar na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

3. **A RMS <nome da residência> possui estratégias de aprendizado que me ajudam a entender a importância da integração ensino-serviço-comunidade.**
4. **A proposta da RMS <nome da residência> considera a pessoa como ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural.**
5. **A proposta da RMS <nome da residência> considera os residentes como sujeitos ativos no processo ensino-aprendizado-trabalho.**
6. **A avaliação do meu aprendizado na RMS <nome da residência> ocorreu, na maioria das vezes, de forma construtiva com vistas ao meu desenvolvimento profissional.**
7. **A proposta da RMS <nome da residência> possibilita que os residentes vivenciem cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado.**
8. **A RMS <nome da residência> utiliza estratégias de aprendizado e cenários que garantem uma formação integral e interdisciplinar ao seu egresso.**
9. **A proposta da RMS <nome da residência> me possibilitou momentos de aprendizagens onde tive oportunidade de crescimento a partir dos conhecimentos compartilhados com outras profissões da saúde.**
10. **A RMS <nome da residência> tem uma boa integração com a Residência Médica na nossa Instituição.**
11. **Apesar de uma proposta multiprofissional, a RMS <nome da residência> direcionou a minha formação predominantemente para a minha categoria profissional.**
12. **Para o efetivo TE é necessário coordenação, cooperação e colaboração entre as profissões.**
13. **Colaboração no TE ocorre quando profissionais de saúde de diferentes profissões trabalham juntos em um mesmo local.**
14. **A integralidade na saúde envolvendo pacientes/famílias/cuidadores/comunidade ocorre na prestação de serviços baseada na PC.**
15. **TE é um trabalho coletivo de profissionais de diferentes áreas de saúde com ações articuladas e cooperação.**
16. **Para atender plenamente as necessidades de cuidados de saúde dos pacientes, devo saber usar meus conhecimentos profissionais adequadamente, sem necessidade de outros profissionais.**
17. **O TE e a PC pressupõe trabalhar com outras profissões, compartilhar valores e atuar em clima de respeito mútuo.**
18. **A comunicação responsável com paciente/família/comunidade e profissionais de saúde apóiam o TE.**

19. A RMS <nome da residência> me possibilitou compreender melhor o papel da minha profissão no contexto da equipe de saúde.
20. Conhecendo melhor as outras profissões, aprendi a reconhecer e respeitar a diversidade de funções, bem como suas responsabilidades e competências.
21. Na RMS <nome da residência> desenvolvi competências para compartilhar informações com o paciente/família/comunidade de maneira respeitosa e compreensível.
22. Na RMS <nome da residência> desenvolvi a capacidade de estabelecer e manter relações de trabalho eficazes e saudáveis com os outros profissionais, pacientes e famílias.
23. Na RMS <nome da residência> desenvolvi o respeito aos demais componentes da equipe para uma tomada de decisão colaborativa.
24. Na RMS <nome da residência> aprendi a respeitar a ética da equipe, incluindo confidencialidade, alocação de recursos e profissionalismo.
25. Sinto-me preparado, ao final da RMS <nome da residência> para o exercício da liderança no trabalho em equipe.
26. Na RMS <nome da residência> desenvolvi competências para compartilhar a liderança e a tomada de decisões na equipe.
27. Na RMS <nome da residência> tive a oportunidade de desenvolver competências para me comunicar com profissionais de diferentes profissões de forma colaborativa, ágil e responsável.
28. Na RMS <nome da residência> tive a oportunidade de desenvolver a capacidade de escutar ativamente outros membros da equipe, incluindo o paciente, sua família e a comunidade.
29. Na RMS <nome da residência> compreendi que a existência de conflitos na equipe pode e deve ser resolvido de forma consensual.
30. Na RMS <nome da residência> desenvolvi a competência para tratar os eventuais conflitos existentes na equipe de forma construtiva.

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo Pasquali (1998), 06 juízes são suficientes nessa etapa da análise. Para esta pesquisa, os juízes escolhidos foram especialistas em Educação Interprofissional – EIP, em Residência Multiprofissional em Saúde – RMS e em escalas Likert. O grupo de juízes apresentou a seguinte composição: 02 juízes do sexo masculino e 04 do sexo feminino; quanto à formação profissional: 01 Médica, 01 Terapeuta Ocupacional, 01 Fonoaudióloga, 01 Psicólogo, 01 Fisioterapeuta e 01 Enfermeiro, todos com titulação de doutorado.

Os juízes especialistas foram convidados por telefone ou pessoalmente para participarem do projeto de pesquisa. Posteriormente, receberam por e-mail um convite oficial para serem juízes especialistas, instruções para responder o instrumento de avaliação, o link para acessar o formulário eletrônico (apêndice 02) e a fundamentação teórica que embasou o instrumento de avaliação.

Os juízes manifestaram suas opiniões por meio de um formulário do Google forms. Um dos juízes optou por manifestar sua opinião por meio de arquivo word, sua manifestação foi incluída junto com as manifestações dos demais juízes.

Para cada uma das assertivas, foi solicitado que o juiz manifestasse sua opinião em relação a 03 questões conforme apresentado no quadro 6.

**Quadro 6. Questões e forma de manifestação dos juízes sobre os itens da escala atitudinal na fase de análise de conteúdo**

Questão	Forma de manifestação do Juiz
1 - A qual das dimensões da fundamentação teórica a assertiva se refere?	<p>O juiz manifestou sua opinião entre uma das dimensões:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A proposta formativa da RMS para o TE e a PC;</li> <li>2. A concepção de TE e PC que o residente tem após a vivência da residência (R2);</li> <li>3. As competências colaborativas desenvolvidas pelo residente?</li> </ol>
2. A assertiva é pertinente em avaliar se os programas de RMS atingem os objetivos de preparar os profissionais para o TE e a PC?	<p>O juiz manifestou sua opinião sobre a pertinência em relação ao objeto do estudo assinalando uma das opções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente adequada;</li> <li>• Adequada;</li> <li>• Inadequada; ou</li> <li>• Totalmente inadequada.</li> </ul>
3. A clareza da assertiva para a população alvo: a assertiva é facilmente entendida pela população de residentes em segundo ano de residência (R2)?	<p>O juiz manifestou sua opinião sobre a clareza da assertiva assinalando uma das opções:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Totalmente adequada;</li> <li>• Adequada;</li> <li>• Inadequada; ou</li> <li>• Totalmente inadequada</li> </ul>

Fonte: Dados da pesquisa

Após cada uma das questões foi apresentado um espaço aberto que permitiu colher as opiniões para cada item, comentários, justificativas das respostas e sugestões de alteração na redação.

O relatório dos juízes foi tabulado em planilhas com cada uma das três questões apresentadas nas tabelas a seguir.

A tabela 2 apresenta a manifestação dos juízes, numerados de 01 a 06, para cada assertiva sobre qual a dimensão a assertiva se enquadra. Na segunda coluna está apresentada a dimensão proposta e nas 02 últimas colunas o grau de concordância em proporção e em percentual.

**Tabela 2. Manifestação dos Juízes especialistas sobre a dimensão à qual as assertivas pertencem, Santos, Março 2021**

Assertiva	Dimensão Proposta	Dimensão segundo os juízes especialistas						Concordância	
		01	02	03	04	05	06	N	%
1	2	2	2	2	2	2	3	5/6	83%
2	1	1	1	1	1	1	1	6/6	100%
3	3	3	2	3	3	3	3	5/6	83%
4	1	1	1	1	1	1	1	6/6	100%
5	3	3	2	3	3	3	3	5/6	83%
6	2	2	2	2	1	2	2	5/6	83%
7	1	1	3	1	1	1	1	5/6	83%
8	2	2	2	3	3	2	3	3/6	50%
9	3	3	3	3	3	3	3	6/6	100%
10	1	1	3	2	2	1	2	2/6	33%
11	3	3	3	2	2	3	3	4/6	67%
12	1	1	2	2	2	3	2	1/6	17%
13	2	2	1	2	3	2	3	3/6	50%
14	3	3	3	3	2	1	3	4/6	67%
15	3	3	3	3	3	3	2	5/6	83%
16	2	2	1	2	2	2	2	5/6	83%
17	1	1	1	1	2	1	1	5/6	83%
18	3	3	3	2	2	1	3	3/6	50%
19	1	1	3	1	1	1	1	5/6	83%
20	3	3	3	3	3	3	3	6/6	100%
21	1	3	3	1	1	3	2	2/6	33%
22	1	1	3	1	1	1	1	5/6	83%
23	1	1	1	1	1	1	2	5/6	83%
24	3	3	3	3	2	3	3	5/6	83%

25	3	3	3	3	2	3	3	5/6	83%
26	3	3	3	2	3	3	3	5/6	83%
27	2	2	3	2	1	2	2	4/6	67%
28	2	2	3	3	3	3	3	1/6	17%
29	3	3	3	3	3	3	3	6/6	100%
30	1	3	2	1	1	1	1	4/6	67%

Fonte: Dados da pesquisa

Nas tabelas 3 e 4 são apresentados os resultados para a pertinência do ítem e sua clareza, respectivamente. Nas 2 tabelas, o grau de concordância está apresentado numericamente da seguinte forma: 01 - Totalmente inadequado; 02 – Inadequado; 03 – Adequado e 04 Totalmente inadequado. Nas 02 últimas colunas à direita é apresentado o grau de concordância em fração e percentual – foi considerado concordância nas opções adequado e totalmente adequado e discordância nas opções totalmente inadequado e inadequado.

**Tabela 3. Manifestação dos Juízes especialistas sobre a pertinência da assertiva, Santos, Março 2021**

Assertiva	Opinião dos Juízes						Concordância	
	01	02	03	04	05	06	N	%
1	4	4	3	4	4	4	6/6	100%
2	4	3	4	4	4	4	6/6	100%
3	4	3	4	4	4	4	6/6	100%
4	2	3	3	4	4	4	5/6	83%
5	4	3	3	4	4	4	6/6	100%
6	4	3	3	4	4	4	6/6	100%
7	4	3	3	3	2	3	5/6	83%
8	3	3	3	3	4	3	6/6	100%
9	3	3	3	3	4	4	6/6	100%
10	4	4	3	4	3	4	6/6	100%
11	2	4	3	3	4	3	5/6	83%
12	4	1	2	3	4	3	4/6	67%
13	4	1	3	4	4	4	5/6	83%
14	4	3	3	4	3	4	6/6	100%
15	4	3	3	4	4	3	6/6	100%



16	4	1	2	2	4	3	3/6	50%
17	4	3	3	2	4	4	5/6	83%
18	4	3	3	4	3	4	6/6	100%
19	3	3	3	4	2	4	5/6	83%
20	4	3	3	3	4	4	6/6	100%
21	4	3	3	3	4	4	6/6	100%
22	2	4	3	3	3	4	5/6	83%
23	4	3	3	3	2	4	5/6	83%
24	4	4	3	3	4	4	6/6	100%
25	4	3	3	4	4	4	6/6	100%
26	2	3	3	4	4	4	5/6	83%
27	4	3	3	4	4	4	6/6	100%
28	4	3	3	3	4	4	6/6	100%
29	4	3	3	4	4	4	6/6	100%
30	4	3	3	4	4	4	6/6	100%

Fonte: Dados da pesquisa

**Tabela 4. Manifestação dos Juízes especialistas sobre a clareza da assertiva, Santos, Março 2021**

Assertiva	Opinião dos Juízes						Concordância	
	01	02	03	04	05	06	N	%
1	3	4	3	3	3	4	6/6	100%
2	4	3	4	4	2	4	5/6	83%
3	4	3	3	4	4	4	6/6	100%
4	2	3	3	4	4	4	5/6	83%
5	4	3	3	4	4	4	6/6	100%
6	3	3	3	3	3	4	6/6	100%
7	4	3	3	3	2	4	5/6	83%
8	2	3	3	3	4	2	4/6	67%
9	2	3	3	3	4	4	5/6	83%
10	2	4	3	4	2	4	4/6	67%
11	2	4	3	3	4	3	5/6	83%
12	4	1	2	2	4	3	3/6	50%
13	4	1	3	4	4	4	5/6	83%
14	3	3	3	4	2	4	5/6	83%
15	2	3	3	4	4	3	5/6	83%
16	4	1	2	2	4	3	3/6	50%

17	4	3	3	2	4	4	5/6	83%
18	4	3	3	3	2	4	5/6	83%
19	4	3	3	4	4	4	6/6	100%
20	4	3	3	3	4	4	6/6	100%
21	3	3	3	3	4	4	6/6	100%
22	4	4	3	3	4	4	6/6	100%
23	3	3	3	3	3	4	6/6	100%
24	2	4	3	3	4	4	5/6	83%
25	3	3	3	3	4	4	6/6	100%
26	4	3	3	4	4	4	6/6	100%
27	4	3	3	4	4	4	6/6	100%
28	2	3	3	4	2	4	4/6	67%
29	4	3	3	4	4	4	6/6	100%
30	4	3	3	4	4	4	6/6	100%

Fonte: Dados da pesquisa

Nossa análise se iniciou pela pertinência das assertivas em relação ao objeto de estudo; em seguida, observamos a manifestação dos juízes sobre a clareza e, por fim, a concordância dos juízes em relação à dimensão proposta pelo estudo.

Essa análise ocorreu a partir das tabulações apresentadas nas tabelas 2, 3 e 4 e das manifestações dos juízes nas questões abertas.

Como referência para o nível de concordância da opinião dos juízes foi observado os parâmetros descritos no quadro 7.

**Quadro 7. Quadro de referência para relacionar o grau de concordância dos juízes especialistas, a classificação de concordância e medidas a serem tomadas**

Grau de concordância	Classe	Medidas a tomar
≤ 33%	Baixa	Avaliar a permanência do item e fazer adequações caso decida-se mantê-lo
34 a 67%	Moderada	Manter o item e fazer correções
≥ a 68%	Alta	Manter o item e fazer ajustes se necessário

Fonte: adaptado de Regis 2018.

Em relação à pertinência, apenas 02 (dois) ítems (nº 12 e 16) apresentaram concordância moderada, nenhuma assertiva apresentou concordância baixa (tabela 03):

- Item 12 – 67% de concordância;
- Item 16 – 50% de concordância.

Em relação à Clareza, 05 (cinco) ítems (nº 08, 10, 12, 16 e 28) apresentaram concordância moderada:

- Item 08 – 67% de concordância;
- Item 10 – 67% de concordância.
- Item 12 – 50% de concordância;
- Item 16 – 50% de concordância.
- Item 28 – 67% de concordância;

Em relação à dimensão (tabela 2) 11 (onze) ítems apresentaram discordância dos juízes em relação à dimensão proposta, sendo 04 (quatro) concordância baixa e 07 (sete) concordância moderada:

- Item 08: 50% de concordância quanto à dimensão proposta;
- Item 10: 33% de concordância;
- Item 11: 67% de concordância;
- Item 12: 17% de concordância;
- Item 13: 50% de concordância;
- Item 14: 67% de concordância;
- Item 18: 50% de concordância;
- Item 21: 33% de concordância;
- Item 27: 67% de concordância;
- Item 28: 17% de concordância;
- Item 30: 67% de concordância;

Os ítems 02; 03; 05; 06; 07; 09; 17; 19; 20; 22; 23; 25; 26 e 29 apresentaram alta concordância para todos os aspectos e não houve nenhuma sugestão de redação alternativa pelos juízes e foram mantidas na redação original.

A seguir, passamos a análise individual de cada um dos ítems que apresentaram concordância moderada ou baixa, seguindo a sequência de análise: Pertinência, Clareza e Dimensão, realizando as correções ou exclusões de assertivas.

Finalizando o processo, foram consideradas outras sugestões dos juízes para adequações que avaliamos melhorar a redação dos ítems.

Nos ítems 01, 04, 15 e 24 foi acatada sugestão dos juízes para alteração de redação.

No ítem 12 foi acatada a opinião dos juízes quanto à dimensão, a assertiva passou para a dimensão 2 e modificamos a redação para maior clareza.

Nos ítems 08, 10, 11 e 18, apesar da opinião dos juízes apresentarem divergência em relação à dimensão e clareza, optamos por manter na dimensão original e acatamos sugestões de alteração de redação para maior clareza.

No ítem 16 foi considerada a opinião dos juízes de que a temática já se encontrava contemplada em outra assertiva, assim optamos por excluir a mesma.

No ítem 21 acatamos a opinião dos juízes quanto à dimensão, mudando-o para dimensão 03 e modificamos a redação para maior clareza.

Os ítems 13, 14, 27 e 30, considerando não haver divergência em pertinência e clareza, optamos em manter na dimensão original e manter a redação original.

No ítem 28 a avaliação dos juízes apresentou 50% de concordância em relação à pertinência (moderada), 67% de concordância em relação à clareza (moderada) e 17% de concordância no quesito dimensão. Apesar da opinião dos juízes, foi mantido na dimensão original e alterado a redação para maior clareza.

No quadro 8 apresentamos as alterações de redação ocorridas nas assertivas apontadas anteriormente.

**Quadro 8. Apresentação comparativa da redação original das assertivas com a versão após sugestões dos juízes especialistas**

<b>Item</b>	<b>Versão original</b>	<b>Versão após sugestões dos juízes especialistas</b>
01	Para o efetivo TE é necessário coordenação, cooperação e colaboração entre as profissões.	Para o efetivo TE, são necessários: coordenação, cooperação e colaboração entre as profissões.
04	A RMS <nome da residência> utiliza estratégias de aprendizado e cenários que garantem uma formação integral e interdisciplinar ao seu egresso.	A RMS <nome da residência> utiliza estratégias de aprendizado que garantem uma formação integral e interdisciplinar ao seu egresso.

08	A integralidade na saúde envolvendo pacientes/famílias/cuidadores/comunidade ocorre na prestação de serviços baseada na PC.	A PC possibilita a integralidade na atenção à saúde envolvendo pacientes/família/ cuidadores/ comunidade.
10	A proposta da RMS <nome da residência> me possibilitou momentos de aprendizagens onde tive oportunidade de crescimento a partir dos conhecimentos compartilhados com outras profissões da saúde.	A proposta da RMS <nome da residência> me possibilitou momentos de aprendizagens a partir dos conhecimentos compartilhados com outras profissões da saúde
11	Na RMS <nome da residência> aprendi a respeitar a ética da equipe, incluindo confidencialidade, alocação de recursos e profissionalismo.	Na RMS <nome da residência> desenvolvi competências para o exercício da ética no trabalho em equipe, incluindo confidencialidade, alocação de recursos e profissionalismo.
12	Apesar de uma proposta multiprofissional, a RMS <nome da residência> direcionou a minha formação predominantemente para a minha categoria profissional.	Apesar de uma proposta multiprofissional entendo que a RMS <nome da residência> direcionou a minha formação predominantemente para a minha categoria profissional.
15	Na RMS <nome da residência> desenvolvi a competência para tratar os eventuais conflitos existentes na equipe de forma construtiva.	Na RMS <nome da residência> desenvolvi a competência para abordar os eventuais conflitos existentes na equipe de forma construtiva.
16	Para atender plenamente as necessidades de cuidados de saúde dos pacientes, devo saber usar meus conhecimentos profissionais adequadamente, sem necessidade de outros profissionais.	<b>A assertiva foi excluída.</b>
18	A RMS <nome da residência> me possibilitou compreender melhor o papel da minha profissão no contexto da equipe de saúde.	A RMS <nome da residência> me possibilitou compreender meu papel profissional no contexto da equipe de saúde.
21	Sinto-me preparado para atuar na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.	Ao final da RMS <nome da residência> me sinto preparado para atuar na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.

24	Na RMS <nome da residência> tive a oportunidade de desenvolver a capacidade de escutar ativamente outros membros da equipe, incluindo o paciente, sua família e a comunidade.	Na RMS <nome da residência> tive a oportunidade de desenvolver a capacidade de escutar ativamente outros membros da equipe, o paciente, sua família e a comunidade.
28	A comunicação responsável com paciente/ família/comunidade e profissionais de saúde apóiam o TE.	Entendo que a comunicação responsável com paciente/família/comunidade e profissionais de saúde assegura o TE.

Fonte: Dados da pesquisa

Assim, após a avaliação dos juízes especialistas a redação da segunda versão dos itens do instrumento passou a conter 29 itens.

Incorporando a avaliação dos juízes especialistas foi elaborada a redação da versão dos itens para aplicação aos juízes da população meta com vistas à análise de redação.

A **análise de redação**, denominada por Pasquali de *análise semântica*, tem por objetivo “*verificar se todos os itens são compreensíveis para toda a população à qual o instrumento se destina*” (Pasquali, 1998, p.10). A análise de redação foi realizada com a aplicação do instrumento a uma população alvo de residentes do segundo ano (R2) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde em Atenção Primária à Saúde - PRMSAPS da Secretaria Municipal de Saúde de Santos. Participaram 06 residentes com composição apresentada na tabela 5, sendo 01 do sexo masculino e 05 do sexo feminino.

A atividade ocorreu após uma atividade formativa denominada “compartilhando”, quando se reúnem todos os residentes (R1 e R2), tutores, coordenadores e preceptores em periodicidade quinzenal com o objetivo de discussão de assuntos didáticos e pactuação de atividades e compromissos.

**Tabela 5. Demonstração da composição dos juízes da população meta**

Participantes segundo profissão	Nº
Enfermeira	02
Farmacêutica	01
Psicólogo	01

<b>Profissional de Educação Física</b>	01
<b>Terapeuta Ocupacional</b>	01

Fonte: Dados da pesquisa

Os participantes foram convidados em dois momentos: durante atividade teórica do programa e posteriormente, através de whatsapp, foi combinado horário e local.

O pesquisador apresentou a atividade e o tema da pesquisa, seguido dos objetivos e dos aspectos metodológicos relacionados à atividade a ser feita. A seguir, os residentes tiveram acesso ao TCLE, dispuseram de tempo para ler e assinar o termo e, em seguida, foi distribuído o instrumento de avaliação e folhas de papel para anotações.

Todos os residentes leram e responderam o instrumento de avaliação e após a leitura passamos para a discussão quando puderam manifestar sua opinião sobre dificuldades e dúvidas gerais a respeito do instrumento.

A seguir se passou a leitura e discussão de cada um dos itens. Após a leitura de cada um, os residentes se manifestavam em relação a dúvidas ou sugestões sobre a redação e o entendimento do mesmo. Em caso de não haver manifestação de dúvida ou sugestão se passava ao item seguinte. Quando ocorreu dúvida ou sugestão de redação, foi aberta a discussão para manifestação da opinião do grupo, as mesmas foram registradas, se identificando quando havia sugestão de redação para maior clareza e entendimento.

Na tabela 6 apresentamos as situações das assertivas conforme opinião dos juízes.

**Tabela 6. Distribuição das assertivas segundo a opinião dos juízes da população meta**

<b>Quantidade</b>	<b>Opinião dos residentes</b>	<b>Assertiva</b>
<b>17</b>	Não houve nenhuma dúvida pelos residentes	01, 05, 06, 07, 08, 10, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 23, 24, 28 e 29
<b>06</b>	Ocorreram dúvidas, mas sem sugestões de alteração	03, 04, 09, 12, 13 e 22
<b>04</b>	Sugestão de alteração acatada	11, 18, 25 e 27
<b>01</b>	Sugestão de retirada acatada	02

<b>01</b>	Sugestão de alteração não acatada	26
-----------	-----------------------------------	----

Fonte: Dados da pesquisa

No quadro 9, a seguir, apresentamos as alterações de redação e a exclusão realizada.

**Quadro 9. Apresentação comparativa da redação da segunda versão das assertivas com a versão após sugestões dos juízes da população meta**

Item	Segunda Versão	Versão após sugestões dos juízes da população meta
02	A proposta da RMS <nome da residência> considera a pessoa como ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural.	<b>A opção foi de acatar a opinião dos residentes e excluir a assertiva.</b>
11	Na RMS <nome da residência> desenvolvi competências para o exercício da ética no trabalho em equipe, incluindo confidencialidade, alocação de recursos e profissionalismo.	Na RMS <nome da residência> desenvolvi competências para o exercício da ética no trabalho em equipe, incluindo confidencialidade e profissionalismo.
18	A RMS <nome da residência> possui estratégias de aprendizado que me ajudam a entender a importância da integração ensino-serviço-comunidade.	A RMS <nome da residência> permite que ocorra a integração ensino-serviço-comunidade.
25	Na RMS <nome da residência> desenvolvi o respeito aos demais componentes da equipe para uma tomada de decisão colaborativa.	Na RMS <nome da residência> desenvolvi o respeito aos demais componentes da equipe para tomar decisões de forma colaborativa
27	Entendo que a comunicação responsável com paciente/família/comunidade e profissionais de saúde assegura o TE.	Entendo que para o TE há necessidade de comunicação adequada entre profissionais de saúde com paciente/família/comunidade.

Fonte: Dados da pesquisa

Desta forma, a redação final do instrumento passou a conter 28 itens, conforme quadro 10.



**Quadro 10. Redação final para aplicação dos itens da escala atitudinal para avaliação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde – PRMS – segundo a ordem de inserção no Google forms**

1. Para o efetivo TE, são necessários: coordenação, cooperação e colaboração entre as profissões.
2. Na RMS <nome da residência> desenvolvi a capacidade de estabelecer e manter relações de trabalho eficazes e saudáveis com os outros profissionais, pacientes e famílias.
3. A RMS <nome da residência> utiliza estratégias de aprendizado que garantem uma formação integral e interdisciplinar ao seu egresso.
4. Na RMS <nome da residência> tive a oportunidade de desenvolver competências para me comunicar com profissionais de diferentes profissões de forma colaborativa, ágil e responsável.
5. TE é um trabalho coletivo de profissionais de diferentes áreas de saúde com ações articuladas e cooperação.
6. A avaliação do meu aprendizado na RMS <nome da residência> ocorreu, na maioria das vezes, de forma construtiva com vistas ao meu desenvolvimento profissional.
7. A PC possibilita a integralidade na atenção à saúde envolvendo pacientes/família/cuidadores/comunidade.
8. Na RMS <nome da residência> desenvolvi competências para compartilhar a liderança e a tomada de decisões na equipe.
9. A proposta da RMS <nome da residência> me possibilitou momentos de aprendizagens a partir dos conhecimentos compartilhados com outras profissões da saúde.
10. Na RMS <nome da residência> desenvolvi competências para o exercício da ética no trabalho em equipe, incluindo confidencialidade e profissionalismo.
11. Apesar de uma proposta multiprofissional, entendo que a RMS <nome da residência> direcionou a minha formação predominantemente para a minha categoria profissional.
12. Colaboração no TE ocorre quando profissionais de saúde de diferentes profissões trabalham juntos em um mesmo local.
13. Conhecendo melhor as outras profissões, aprendi a reconhecer e respeitar a diversidade de funções, bem como suas responsabilidades e competências.
14. Na RMS <nome da residência> desenvolvi a competência para abordar os eventuais conflitos existentes na equipe de forma construtiva.
15. A proposta da RMS <nome da residência> possibilita que os residentes compreendam a realidade sócio-epidemiológica de sua área de referência.

16. A RMS <nome da residência> me possibilitou compreender meu papel profissional no contexto da equipe de saúde.
17. A RMS <nome da residência> permite que ocorra a integração ensino-serviço-comunidade.
18. Na RMS <nome da residência> desenvolvi competências para compartilhar informações com o paciente/família/comunidade de maneira respeitosa e compreensível.
19. Ao final da RMS <nome da residência> me sinto preparado para atuar na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.
20. A proposta da RMS <nome da residência> possibilita que os residentes vivenciem cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado.
21. A RMS <nome da residência> tem uma boa integração com a Residência Médica na nossa Instituição.
22. Na RMS <nome da residência> tive a oportunidade de desenvolver a capacidade de escutar ativamente outros membros da equipe, o paciente, sua família e a comunidade.
23. Sinto-me preparado, ao final da RMS <nome da residência> para o exercício da liderança no trabalho em equipe.
24. Na RMS <nome da residência> desenvolvi o respeito aos demais componentes da equipe para tomar decisões de forma colaborativa.
25. O TE e a PC pressupõe trabalhar com outras profissões, compartilhar valores e atuar em clima de respeito mútuo.
26. Entendo que para ocorrer o TE há necessidade de comunicação adequada entre profissionais de saúde com paciente/família/comunidade.
27. Na RMS <nome da residência> compreendi que a existência de conflitos na equipe pode e deve ser resolvido de forma consensual.
28. A proposta da RMS <nome da residência> considera os residentes como sujeitos ativos no processo ensino-aprendizado-trabalho.

Fonte: Dados da pesquisa

## 5.2 Procedimentos Experimentais para a aplicação do Instrumento à população alvo

O procedimento *experimental* se concretizou com o planejamento e a aplicação do instrumento junto a uma amostra da população meta de aproximadamente 10 vezes o número de itens do instrumento.

A aplicação do instrumento de avaliação à população alvo foi realizada por meio de formulário de pesquisa eletrônico pela plataforma “GOOGLE FORMS”. Os residentes do segundo ano de programas de RMS foram convidados por e-mail e por whatsapp.

Esse convite foi objetivo, com informações sucintas sobre a participação na pesquisa, a importância da mesma para a consolidação da RMS e continha o link para acessar a participação ao formulário eletrônico.

No formulário eletrônico do Google Forms, os residentes do segundo ano (R2) tiveram acesso aos seguintes itens:

- Informações e orientações sobre a pesquisa;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE;
- Orientações sobre a resposta do formulário
- Questionário de informações pessoais e da residência em curso;
- Acesso ao instrumento de avaliação.

Todas as etapas do formulário eletrônico eram obrigatórias, de modo que todos os respondentes tiveram suas informações coletadas, porém de forma anônima.

O convite enviado individualmente ou em grupo por email ou via whatsapp se encontra no apêndice 03.

O acesso aos residentes ocorreu por meio de contato com as Comissões de Residência Multiprofissional - COREMU de programas de residência vinculados a Instituições de Ensino Superior – IES, hospitais e Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e pelo Fórum Nacional de Residências em Saúde. Foi realizada pesquisa pela internet e enviado uma comunicação do pesquisador informando sobre a realização da pesquisa e anexando o parecer do CONEP – apêndice 04.

Nas orientações sobre a resposta do formulário – apêndice 05, foi solicitado ao residente que manifestasse sobre sua concordância aos 28 itens do instrumento com a possibilidade 04 respostas: Discordo Totalmente; Inclinado a Discordar; Inclinado a Concordar; Concordo Totalmente.

### **5.3 Procedimentos Analíticos para análise de confiabilidade e de validade dos itens**

A análise dos resultados da resposta do instrumento de avaliação aplicada para 289 residentes do 2º ano de PRMS mostrou que, das 28 assertivas existentes no instrumento, foram validades 22 assertivas.

Para a obtenção desses resultados foram utilizados os seguintes recursos estatísticos: Teste de Correlação Linear ( $r$ ), Gráficos de Barras, planilha eletrônica MS-Excel, em sua versão do MS-Office 2010 para a organização dos dados e o pacote estatístico IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences), em sua versão 23.0.

#### **5.3.1 Análise de dispersão / variância**

A análise de Correlação é uma das etapas para a utilização de outras técnicas de análise, pois indica como duas variáveis variam conjuntamente e mede a intensidade e a direção da relação linear ou não linear entre duas variáveis.

O “ $r$ ” foi calculado através do Teste de Correlação de Spearman para todos os instrumentos, de acordo com o valor de correlação encontrado para cada assertiva e para cada sujeito.

A validação dos itens do instrumento atitudinal foi baseada nas etapas descritas por Ferreira (2004), Moraes e colaboradores (2012) e Souza e Ferreira (2019).

Por essa metodologia são estabelecidos os níveis de correlação de 0,30 para a primeira administração do teste e 0,20 para a segunda administração. As assertivas com correlação inferior a 0,30 são eliminadas na primeira aplicação e o t (Ferreira, 2004)este foi reaplicado para as que sobraram, na segunda aplicação são eliminadas as que tiverem valor de abaixo de 0,20.

A Tabela 7 demonstra os resultados da análise de correlação da primeira e da segunda administração do instrumento.

**Tabela 7. Resultado da Análise quanto à dispersão das asserções do Instrumento de avaliação da RMS para o TE e a PC**

<b>Assertivas</b>	<b>Média</b>	<b>Primeira administração</b>	<b>Segunda administração</b>
A_01	3,91	0,054	
A_02	3,44	0,577	0,565
A_03	2,75	0,602	0,624
A_04	3,43	0,608	0,618
A_05	3,77	0,345	0,354
A_06	2,89	0,580	0,596
A_07	3,68	0,381	0,398
A_08	3,04	0,612	0,632
A_09	3,54	0,567	0,570
A_10	3,56	0,552	0,552
A_11	2,19	0,101	
A_12	2,19	-0,085	
A_13	3,83	0,278	
A_14	3,01	0,638	0,604
A_15	3,09	0,588	0,598
A_16	3,49	0,584	0,629
A_17	3,01	0,632	0,648
A_18	3,60	0,521	0,495
A_19	3,38	0,536	0,508
A_20	3,09	0,578	0,600
A_21	2,08	0,247	
A_22	3,64	0,527	0,512
A_23	2,99	0,586	0,575
A_24	3,63	0,596	0,594
A_25	3,77	0,372	0,368
A_26	3,89	0,203	
A_27	3,45	0,330	0,339
A_28	2,99	0,562	0,573
<b>Média Geral</b>	<b>3,25</b>		

Fonte: Dados da pesquisa

As assertivas nº 01, 11, 12, 13, 21 e 26 apresentaram valores de correlação considerados pequenos (correlação < 0,30) na primeira administração do teste e foram eliminadas. A média geral das correlações lineares entre a pontuação na asserção e os pontos no instrumento todo foi de 3,25.

Na segunda aplicação do teste, somente com as assertivas validades no primeiro, a média geral foi de 3,30 e todas as assertivas apresentaram correlação acima de 0,20, portanto nenhuma foi descartada.

Quanto à validação de conteúdo, a metodologia prevê uma perda de 30 a 40% das assertivas (Ferreira, 2004; Moraes e colaboradores, 2012). Em nosso estudo tivemos uma não validação de 06 assertivas, portanto 21%, validando um total de 22 assertivas das 28 no instrumento inicial.

### 5.3.2 Análise da confiabilidade

A confiabilidade avalia a propriedade psicométrica que se refere à ausência de erros de medida, ou seja, se a população da pesquisa é coerente e conhece as dimensões estudadas no instrumento de avaliação.

Ela é medida por uma fórmula que nos dá o grau de confiabilidade por meio de medições ou coletas de um mesmo instrumento duas ou mais vezes – o grau de consistência e estabilidade.

A confiabilidade se refere ao conjunto das variações das pontuações empíricas, verdadeiras e do erro – esse é o coeficiente de confiabilidade. É medida pelo índice de confiabilidade, que é a correlação entre as pontuações verdadeiras e as empíricas e portanto, ela é máxima quando é igual a 01.

A maneira mais direta para realizar essa medição é aplicar o teste a uma população e reaplicá-lo a mesma população após um intervalo de tempo – isso é chamado de teste e reteste.

Utilizamos o método de Split-Half (divisão ao meio) que consiste em aplicar a uma população uma única vez e dividir essa população em dois grupos – um ímpar e um par simulando duas aplicações e realizar o cálculo da correlação com os valores apurados entre esses dois grupos (RITZ, 2000).

O coeficiente de confiabilidade do instrumento é calculado pela fórmula de Spearman-Brown, com o objetivo de conhecer a reprodutibilidade das respostas pelo grupo, sendo considerado como critério de aceitação um mínimo de 80%, equivalendo a um R maior ou igual a 0,80.

Na tabela 8 apresentamos os principais resultados dessa fase da avaliação.

**Tabela 8. Análise de Dispersão e Confiabilidade do Instrumento de avaliação da RMS para o TE e a PC**

<b>Nº de asserções validadas</b>	<b>22</b>
<b>Dispersão r</b>	<b>0,771</b>
<b>Confiabilidade R</b>	<b>0,87</b>

Fonte: Dados da pesquisa

### 5.3.3 Versão do Instrumento de Avaliação Validado

Com a aplicação do instrumento de avaliação proposto na versão da página 72 a 289 residentes e a análise estatística realizada, obtivemos a validação de 22 assertivas das 28 existentes (79% do total), com uma confiabilidade de 0,87 considerada aceitável pelo método utilizado.

Desta forma apresentamos a seguir os itens do Instrumento de avaliação contendo 22 assertivas validadas nesse momento de nossa pesquisa, conforme quadro 11.

Quadro 11. Conjunto de assertivas validadas do instrumento de avaliação para o TE e a PC

Instrumento de Avaliação para o TE e a PC Assertivas Validadas	
1.	Na RMS <u>&lt;nome da residência&gt;</u> desenvolvi a capacidade de estabelecer e manter relações de trabalho eficazes e saudáveis com os outros profissionais, pacientes e famílias.
2.	A RMS <nome da residência> utiliza estratégias de aprendizado que garantem uma formação integral e interdisciplinar ao seu egresso.
3.	Na RMS <nome da residência> tive a oportunidade de desenvolver competências para me comunicar com profissionais de diferentes profissões de forma colaborativa, ágil e responsável.
4.	TE é um trabalho coletivo de profissionais de diferentes áreas de saúde com ações articuladas e cooperação.
5.	A avaliação do meu aprendizado na RMS <nome da residência> ocorreu, na maioria das vezes, de forma construtiva com vistas ao meu desenvolvimento profissional.
6.	A PC possibilita a integralidade na atenção à saúde envolvendo pacientes/família/cuidadores/comunidade.
7.	Na RMS <nome da residência> desenvolvi competências para compartilhar a liderança e a tomada de decisões na equipe.
8.	A proposta da RMS <nome da residência> me possibilitou momentos de aprendizagens a partir dos conhecimentos compartilhados com outras profissões da saúde.
9.	Na RMS <nome da residência> desenvolvi competências para o exercício da ética no trabalho em equipe, incluindo confidencialidade e profissionalismo.
10.	Na RMS <nome da residência> desenvolvi a competência para abordar os eventuais conflitos existentes na equipe de forma construtiva.

<b>11. A proposta da RMS &lt;nome da residência&gt; possibilita que os residentes compreendam a realidade sócio-epidemiológica de sua área de referência.</b>
<b>12. A RMS &lt;nome da residência&gt; me possibilitou compreender meu papel profissional no contexto da equipe de saúde.</b>
<b>13. A RMS &lt;nome da residência&gt; permite que ocorra a integração ensino-serviço-comunidade.</b>
<b>14. Na RMS &lt;nome da residência&gt; desenvolvi competências para compartilhar informações com o paciente/família/comunidade de maneira respeitosa e compreensível.</b>
<b>15. Ao final da RMS &lt;nome da residência&gt; me sinto preparado para atuar na perspectiva da integralidade da atenção à saúde.</b>
<b>16. A proposta da RMS &lt;nome da residência&gt; possibilita que os residentes vivenciem cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado.</b>
<b>17. Na RMS &lt;nome da residência&gt; tive a oportunidade de desenvolver a capacidade de escutar ativamente outros membros da equipe, o paciente, sua família e a comunidade.</b>
<b>18. Sinto-me preparado, ao final da RMS &lt;nome da residência&gt; para o exercício da liderança no trabalho em equipe.</b>
<b>19. Na RMS &lt;nome da residência&gt; desenvolvi o respeito aos demais componentes da equipe para tomar decisões de forma colaborativa.</b>
<b>20. O TE e a PC pressupõe trabalhar com outras profissões, compartilhar valores e atuar em clima de respeito mútuo.</b>
<b>21. Na RMS &lt;nome da residência&gt; compreendi que a existência de conflitos na equipe pode e deve ser resolvido de forma consensual.</b>
<b>22. A proposta da RMS &lt;nome da residência&gt; considera os residentes como sujeitos ativos no processo ensino-aprendizado-trabalho.</b>

Fonte: Dados da pesquisa

A análise dos resultados da escala Likert utilizada será baseada em três intervalos de pontuação, conforme apresentado no Quadro 12, segundo o modelo de Ferreira (2004), Moraes e colaboradores (2012) e Souza e Ferreira (2019). Portanto, quando a assertiva tiver uma pontuação de:

- 1,00 a 1,99 pontos, a percepção é considerada negativa, indicando e mudanças de curto prazo (zona de perigo);
- De 2,00 a 2,99 pontos, a percepção é intermediária, revelando aspectos a serem melhorados (zona de alerta);



- De 3,00 a 4,00 pontos a percepção é positiva e pode ser potencializada, mas a princípio, o objeto ou situação pesquisada encontra-se numa zona de conforto.

**Quadro 12. Níveis de avaliação quanto à dispersão das asserções**

<b>Intervalo das médias</b>	<b>Classificação</b>	<b>Providências</b>
<b>1,00 – 1,99</b>	Perigo	Mudanças Imediatas
<b>2,00 – 2,99</b>	Alerta	Aprimoramento
<b>3,00 – 4,00</b>	Conforto	Manutenção

Fonte: baseado em Ferreira (2004), Moraes e colaboradores (2012) e Souza e Ferreira (2019)

## 6. DISCUSSÃO

Como salientado nesta dissertação, a RMS tem como objetivos preparar profissionais mais aptos ao efetivo Trabalho em Equipe – TE, tendo como horizonte a concretização de práticas colaborativas no trabalho em saúde. Associado ao fato de reunir pelo menos 03 profissões neste treinamento, a caracteriza como um modelo de formação de Educação Interprofissional (Barr, 2015; Costa e colaboradores, 2018).

O estímulo oficial dos Ministérios da Saúde e da Educação e o reconhecimento como uma política importante de formação de mão de obra qualificada para o SUS, levaram à implantação de grande quantidade de programas de RMS nas últimas décadas.

Como uma proposta de pós-graduação *sensu lato*, destacamos que não existe modelo de formação semelhante em outros países. Neste sentido, torna-se relevante o desenvolvimento de pesquisas que busquem parâmetros mais efetivos de avaliação dos PRMS na sua relação com a EIP e seus objetivos de preparar profissionais para o TE e a PC, foco desta dissertação de mestrado.

Buscamos, assim, elaborar e validar itens para compor um instrumento avaliativo na perspectiva da EIP nos PRMS. Para isto, utilizamos o modelo de Pasquali (2016) para construção de escalas. No polo teórico, sistematizamos os fundamentos teóricos a partir da literatura existente que embasaram a definição das dimensões e a escolha dos itens, sua aplicação a juízes especialistas e a juízes da população meta, chegando à primeira versão da escala.

No polo experimental, aplicamos os itens do instrumento à 289 residentes do segundo ano de PRMS atingindo o objetivo de 10 vezes o número de itens.

No polo analítico foi realizada análise estatística de Dispersão e Confiabilidade do Instrumento, atingindo Dispersão de 0,771 e Confiabilidade de 0,87.

Foram validados 22 itens estruturados em 03 dimensões: 1) A proposta formativa da RMS para o TE e a PC (08 itens); 2) A concepção de TE e PC que o residente tem após a vivência da residência (03 itens) e 3) As competências colaborativas desenvolvidas pelo residente (11 itens).

Thannhauser e colaboradores (2010) realizaram estudo para avaliar diferentes aspectos da prática colaborativa em uma variedade de profissões. As pesquisadoras descrevem que identificaram 23 instrumentos usados para medir atitudes, prontidão e

outros aspectos relacionados a PC, sendo que a maioria destes se refere a relação de duas profissões ou de equipes específicas. Relatam nesse estudo que dois instrumentos se destacam pelo maior uso, e por serem amplamente validados – a escala RIPLS - readiness of health care students for interprofessional learning e IEPS - interdisciplinary education perception scale .

A escala RIPLS foi descrita por Parsell e Bligh (1999), contendo 19 itens agrupados em 3 fatores principais: Trabalho em equipe e colaboração; Identidade profissional; e Funções e responsabilidades.

Peduzzi e colaboradores (2015) realizaram a adaptação transcultural e validação da RIPLS para a língua portuguesa falada no Brasil. Usaram para esse trabalho uma versão ampliada e validada pelos autores com mais 10 itens, num total de 29 itens na escala original em língua inglesa.

O processo de adaptação transcultural foi realizado em duas fases - Na primeira fase, com cinco estágios, a escala foi traduzida por três tradutores de forma independente. Em seguida foi realizada uma síntese pelos pesquisadores, seguida da re-tradução por tradutores nativos da língua inglesa com fluência em português, avaliado por um comitê de especialistas e, por fim, um pré-teste com 54 estudantes.

Na segunda fase, a nova versão da escala foi aplicada a um universo de 347 estudantes de 13 cursos de graduação de uma universidade pública da área de saúde e realizado a avaliação estatística.

A versão validada em português possui 27 itens agrupados em três fatores:

- Trabalho em equipe e colaboração: 14 itens
- Identidade profissional: 08 itens
- Atenção à saúde centrada no paciente: 05 itens

Conforme citado por Peduzzi e colaboradores (2015), a escala RIPLS é amplamente utilizada e validada para avaliar a disponibilidade dos estudantes para o aprendizado compartilhado. Também tem sido utilizada para investigar as atitudes de estudantes de cursos de saúde para a promoção da colaboração profissional.

A tradução e adaptação do questionário IEPS à língua portuguesa para a validação no Brasil foi feita por Cardoso (2018). Nesse estudo, o autor procurou correlacionar o instrumento IEPS com o trabalho de PEDUZZI E COLABORADORES, (2015).

A escala IEPS foi criada por Luecht e colaboradores (1990) para medir atitudes e a percepção da experiência interprofissional após a vivência de uma experiência de EIP.

Possui 4 sub-escalas: 1) percepção da competência e autonomia da própria profissão (8 itens); 2) percepção da necessidade de cooperação profissional (2 itens); 3) percepção se há cooperação atualmente no ambiente que trabalha e compartilha recursos com os outros (5 itens); 4) compreensão do valor da contribuição dos profissionais (3 itens). O instrumento é organizado em uma escala tipo Likert de 6 pontos.

Cardoso (2018) aplicou a versão traduzida da IEPS e a versão da RIPLS validada no Brasil a residentes de PRMS no 2º ano de residência (R2) e que haviam completado a residência recentemente. Ocorreram 02 aplicações de ambos os instrumentos no intervalo de 7 dias, obtendo um total de 220 respostas de ambos os instrumentos.

Um dos objetivos de Cardoso foi analisar se a IEPS consegue identificar diferenças entre residentes que tiveram experiências de EIP na graduação e que não tiveram, tendo conseguido registrar essas diferenças na sub-escala 01.

O autor obteve sucesso na tradução e adaptação da IEPS à língua portuguesa, entretanto identificou baixa correlação entre as duas escalas estudadas.

Como podemos observar, estas duas escalas, apesar de traduzidas e validadas no Brasil e avaliarem aspectos importantes da EIP, não contemplam especificamente os programas de RMS.

Ainda nesta direção, outra escala traduzida e adaptada transculturalmente no Brasil é a AITCS - Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (Escala de Colaboração de Equipe Interprofissional – tradução livre). Esta escala foi publicada originalmente contendo 47 assertivas em uma escala Likert de 5 pontos com 4 subescalas. Posteriormente foi reduzida para 37 itens distribuídos em 3 subescalas: Parceria / tomada de decisão compartilhada - 19 itens, cooperação - 11 itens, coordenação e colaboração geral - 7 itens.

Foi elaborada com a finalidade de medir se profissionais que atuam em equipes de saúde trabalham de forma colaborativa e tem sido amplamente usada para avaliar a colaboração da equipe em diferentes ambientes com tradução para diversos idiomas (ORCHARD E COLABORADORES, 2018).

Em 2016, Orchard e colaboradores (2018) realizaram estudo visando avaliar se os fatores da escala original se mantinham atuais e se os itens poderiam ser reduzidos mantendo as propriedades psicométricas originais. Esse estudo resultou na AITCS II, com 23 itens divididos em 3 subescalas - parceria (8 itens), cooperação (8 itens) e coordenação (7 itens).

A escala AITCS II tem sido amplamente utilizada para avaliar a competência dos profissionais de saúde quanto à colaboração interprofissional entre os membros de uma equipe.

Em 2018, Bispo e Rossit (2018) descrevem o trabalho de Adaptação Transcultural e Validação Estatística da escala AITCS II que ocorreu em quatro etapas: Avaliação de equivalências conceitual e de itens; Avaliação da equivalência semântica (Tradução do questionário original; Retraduções; Revisão pelo Comitê de Juízes; Pré-teste); Equivalência Operacional; e, Equivalência de Mensuração].

As autoras destacam que o instrumento com as 23 assertivas foi validado nas três dimensões originais, obtendo índices de consistência e concordância elevados, apresentando-se também adequado quanto a clareza e/ou objetividades dos itens.

Este instrumento também, apesar de fornecer dados relevantes sobre a colaboração interprofissional, não contempla as especificidades da proposta formativa na RMS.

Como produção nacional de escalas atitudinais utilizadas para avaliação de experiências de EIP, citamos a pesquisa de Regis (2018) em sua tese de doutorado. O autor desenvolveu uma escala com objetivo de “avaliar as atitudes de estudantes de graduação em relação a experiências de EIP que estão vivenciando ou que acabaram de vivenciar na graduação em saúde.

Para fundamentar os itens do instrumento, desenvolveu um modelo conceitual de experiências de educação interprofissional na graduação em saúde a partir de uma revisão integrativa da literatura (REGIS, 2018).

A partir desse modelo conceitual elaborou uma 1ª versão da escala, com as assertivas agrupadas em 4 dimensões: “(1) EIP como estratégia de formação para o TE, (2) características da aprendizagem na EIP, (3) interação entre as profissões na EIP e (4) desenvolvimento de competências na formação para o TE”.

A 1ª versão da escala foi aplicada a juízes especialistas para avaliação de pertinência e de clareza e para identificar a qual dimensão cada assertiva pertencia,

produzindo a 2ª versão da escala. Essa versão foi aplicada a juízes da população meta, estudantes de graduação em cursos da saúde, para avaliação semântica.

A versão do instrumento passou a contar com 28 assertivas e foi aplicada a um total de 436 estudantes de graduação de cursos de saúde de universidades públicas que vivenciaram experiências de EIP.

A última etapa foi a validação estatística com a análise fatorial exploratória e análise de variância. A versão final do instrumento de avaliação possui 26 assertivas, numa escala likert com quatro opções de resposta, distribuídas em dois fatores: (1) processo educativo para o desenvolvimento de competências e (2) relevância da educação interprofissional e interação entre as profissões (REGIS, 2018).

Nossa proposta foi, baseada nesta falta de um instrumento avaliativo específico para a RMS, responder às questões formuladas nesta pesquisa, ou seja: Como avaliar a formação para o Trabalho em Equipe – TE e a Prática Colaborativa – PC na Residência Multiprofissional em Saúde – RMS? e Como construir e validar itens para compor um instrumento avaliativo da Residência Multiprofissional em Saúde com vistas ao preparo para o Trabalho em Equipe – TE e a Prática Colaborativa – PC?.

Esperamos que o conjunto de itens validados, bem como as dimensões propostas possam subsidiar a elaboração de instrumentos avaliativos da RMS em diferentes contextos nacionais.

## 7. CONCLUSÕES

A Residência Multiprofissional em Saúde é uma modalidade de pós-graduação *latu sensu*, genuinamente brasileira, que se estabeleceu como uma importante política de formação de mão de obra qualificada para o SUS. Isso levou à implantação de grande quantidade de programas de RMS nas últimas décadas, não existindo atualmente instrumento disponível para avaliar seus objetivos em preparar profissionais para o Trabalho em Equipe e a Prática Colaborativa.

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, desenvolveu Instrumento de avaliação de programas de residência que se direciona à aspectos de estrutura, perfil dos coordenadores dos programas, corpo docente assistencial, preceptores e as instalações e condições de funcionamento, não existindo, em seu escopo, a avaliação dos resultados do processo de aprendizado.

Internacionalmente, as escalas de avaliação atitudinal são amplamente utilizadas para avaliar a EIP e a preparação para o TE e a PC, o que nos levou à construção de itens que possam ser utilizados para compor uma escala de avaliação de atitude com essa finalidade na RMS.

Optamos por usar o modelo de Pasquali para a construção de escalas com o procedimento teórico ocorrendo com a sistematização dos fundamentos teóricos existentes na literatura para o embasamento das dimensões e da escolha dos itens, sua aplicação a juízes especialistas e a juízes da população meta para a elaboração da primeira versão da escala.

No procedimento experimental aplicamos o instrumento junto a uma amostra de 289 residentes do segundo ano de residência (R2) e no procedimento analítico realizamos a análise estatística de variância e a análise fatorial exploratória.

Nosso estudo validou 22 itens que poderão ser utilizados para compor escalas de avaliação de PRMS. Esperamos que esses possam ser utilizados em novos estudos para aprofundar o conhecimento sobre a avaliação da EIP na RMS.

Toda escala atitudinal precisa ser avaliada no contexto no qual ela se aplica. Assim, acreditamos que a elaboração desses itens possa desencadear um processo de avaliação da Residência Multiprofissional em Saúde no tocante ao preparo para o TE e a PC.

## REFERÊNCIAS

- Abdal A, Oliveira MCV, Ghezzi DR, Santos Júnior J. Métodos de pesquisa em Ciências Sociais: Bloco Quantitativo. São Paulo: Sesc São Paulo/CEBRAP; 2016. 99 p.
- Anastasi A. Testes Psicológicos. 2 ed. São Paulo: EPU - Editora Pedagógica Universitária LTDA; 1977.
- Araujo TAM, De Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. Interface (Botucatu) [Internet]. 2017 Sep 23 [cited 2021 Mar 17]; 21(62): 601-613. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000300601&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000300601&lng=en)
- Barr H et al. EVALUATIONS OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION, A United Kingdom Review for Health and Social Care. s.l.: United Kingdom Centre for the Advancement of Interprofessional Education with The British Educational Research Association; 2000.
- Barr, H; Low, H. Introdução à Educação Interprofissional. CAIPE Centro para o avanço da Educação Interprofissional. Fareham (//en) julho de 2013. 60p.
- Barr H. CAIPE. CAIPE. [Internet] Junho de 2015. [Citado em: 20 de Março de 2019.] Available from: <http://caipe.org.uk/news/the-genesis-of-a-global-movement/>.
- Batista NA. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. Caderno FNEPAS [Internet]. 2012 [citado em 30 Jan 2020]; 2: 25-28. Disponível em: [http://www.fnepas.org.br/artigos\\_caderno/v2/educacao\\_interprofissional.pdf](http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf)
- Bispo EPF, Rossit RAS. Processo de validação e adaptação transcultural do assessment of interprofessional team collaboration SCALE II (AITCS II). J Manag Prim Health Care [Internet]. 2018 Set 19 [cited 2021 Mar 01];8(3):10-1. Disponível em: <https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/599>
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2005 01 de julho Seção 1. p. 1
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília - DF. 2006. 415 p.



BRASIL. 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. Diário Oficial da União. 2009 nov. 13. nº 217. Seção 1, p. 7.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: 2010 dezembro 31. Seção 1 p 88.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 1, de 30 de janeiro de 2012. Institui as câmaras técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2012a janeiro 31. nº 22. Seção 1, p. 29-30.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 02 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. 2012b abril 16 abr. nº 73 Seção I, p.24-25

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº07 de 13 de novembro de 2014. Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União. 2014a 10 de novembro. Nº 222 Seção I p.34

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº05 de 07 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Diário Oficial da União nº 217. 2014b 17 de novembro. Seção I p.12/13

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Instrumento de avaliação de situação transitória autorização/reconhecimento de residências multiprofissionais. Brasília: s.n., 2020. Disponível em:  
[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=16260-cnrms-instrucaodeavaliacao-final-09-pdf&category\\_slug=agosto-2014](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16260-cnrms-instrucaodeavaliacao-final-09-pdf&category_slug=agosto-2014).

Callegari-Jaques SM. Bioestatística, Princípios e Aplicações. Porto Alegre (RS): Artmed; 2003.

Cardoso MOQ. Tradução Transcultural e Adaptação do Interdisciplinary Education Perception Scale: Um Questionário Para Medir Atitude e Percepção Interdisciplinar [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2018.70 p.

Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. 2018. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2018 July 10 [cited 2021 Mar 17]; 22(Suppl 1): 1325-1337. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000501325&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501325&lng=en).

Ceccim RB. Residências em Saúde na Perspectiva da Colaboração Interprofissional: Aspectos Teórico-Práticos das Residências em Saúde. In: Gomes DF, Dias MSA, Gadelha AKS, Cavalcante VOM, Martins AF. (Trans)Formações das Residências Multiprofissionais em Saúde. Sobral (CE): Edições UVA; 2020. P 43-60

CIHC. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A national competency for interprofessional collaboration. Canadian Interprofessional Health Collaborative. [Internet] Fevereiro de 2010. [Citado em 02 de Abr de 2019.] Available from: [http://www.cihc.ca/files/CIHC\\_IPCompetencies\\_Feb1210.pdf](http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf).

Costa MV, Peduzzi M, Freire Filho JR, Brandão C. Educação Interprofissional em Saúde. Natal (RN): SEDIS-UFRN; 2018.

Curran V, Hollet A, Casimiro LM, Mccarthy, Banfield V, Hall P, Lackie K, Oandasen I, Simmons B, Wagner S. Development and Validation of the Interprofessional Collaborator Assessment Rubric (ICAR). J Interprof Care [Internet]. 2011 Sep [cited 2020 Nov 20]; pp. 25 (5): 339-44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21732723/>

Dalmoro M, Viera KM. Dilemas na Construção de Escalas Tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam no resultado? Revista Gestão Organizacional [Internet]. 2013 [citado em 30 mar 2021]; 6(3): 161-174. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/31731/dilemas-na-construcao-de-escalas-tipo-likert-o--->

Ferreira BJ. Inovações na formação médica: reflexos na organização do trabalho pedagógico. Tese (doutorado). 2004. Campinas, São Paulo.

Figueredo LRU, Rodrigues TFD, Vargas IMA. Percursos interprofissionais, formação em serviço no Programa de Residência em Atenção à Saúde. Porto Alegre (RS): Rede Unida; 2016. 460 p.

Gil AC. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4ª ed. São Paulo (SP): Editora Atlas SA; 2002. 175p

Gonçalves DP, Cardoso MCLR, Silva TLS, Magalhães TA de, Araújo A. Análise do desempenho das Residências Médicas de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família segundo os indicadores do PMAQ-AB das equipes da Atenção Primária. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2019 Abr 18 [citado 17 de março de 2021]; 14(41):1879. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1879>

Interprofessional Education Collaborative. Interprofessional Education Collaborative. site - Interprofessional Education Collaborative. [Internet] 2016. [Citado em 15 de Out de 2019]. Available from: <https://www.ipecollaborative.org/>

Luecht RM, Madsen MK, Taugher MP, Petterson BJ. Assessing professional perceptions: design and validation of an Interdisciplinary Education Perception Scale. J Allied Health [Internet]. 1990 Jan [cited 2020 Dez 10];19(2):181-91. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/20789727\\_Assessing\\_professional\\_perceptions\\_design\\_and\\_validation\\_of\\_an\\_Interdisciplinary\\_Education\\_Perception\\_Scale/stats](https://www.researchgate.net/publication/20789727_Assessing_professional_perceptions_design_and_validation_of_an_Interdisciplinary_Education_Perception_Scale/stats)

Michener HA. Psicologia Social. São Paulo (SP): Pioneira Thomson Learning; 2005.

Moraes SG, Justino ML, Jansen BF, Barbosa EP, Bruno LFC, Pereira LAV. Development and Validation of Strategy to Assess Teaching Methods in Undergraduate Disciplines. Progress in Education [Internet]. 2012 [cited 13 2020 Jan 12]; 28. Available from: [http://www.novapublishers.org/catalog/product\\_info.php?products\\_id=35562](http://www.novapublishers.org/catalog/product_info.php?products_id=35562)

OMS. Organização Mundial da Saúde. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Genebra: OMS; 2010. 62p.

Orchard C, Pederson LL, Read E, Mahler C, Laschinger H. Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): Further Testing and Instrument Revision. J Contin Educ Health Prof. 2018 Winter;38(1):11-18.

Parsell G, Bligh J. The Development of a Questionnaire to assess the Readiness of Health Care Students For Interprofessional Learning (RIPLS). Med Educ (Internet). 1999 Feb [cited 13 2020 Jan 12]; 33 (2): 95-100: 095-100. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10211258/>

Pasquali L. Teoria e Métodos de Medidas em Ciências do Comportamento. Brasília (DF): Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais; 1996. 432 p.

Pasquali L. 1998. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev. psiquiatr. clín. [Internet]. 1998 [citado em 13 Jan 2020]; 25(5): 206-213. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=228044&indexSearch=ID>

Pasquali L. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis (RJ): Vozes; 2013.

Pasquali L. Princípios de Elaboração de Escalas. In: Gorestein C, Wang YP, Hungerbühler I. Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental. Porto Alegre (RS): Artmed; 2016. P 04-12

Peduzzi M, Norman I, Coster S, Meireles E. Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2015 Dez [citado em 17 de março de 2021]; 49 (spe2): 7-15. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342015000800007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800007&lng=en). <https://doi.org/10.1590/S0080-62342015000800002>.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2001 Fev [citado em 17 de março de 2021]; 35 (1): 103-109. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en).

Peduzzi M. Trabalho em Equipe. Isabel Brasil Pereira e Julio Cesar França Lima. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro (RJ): Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2008. P 419-426

Perego MG. Aprendizagens Compartilhadas na Residência Multiprofissional em Saúde [dissertação]. Santos (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2015. 118 p.

Reeves, Scott, Xyrichis, Andreas e Zwarenstein, Merrick. 2018. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to. J Interprof Care [Internet]. 2018 Nov 13 [cited Mar 2020 17]; 32 (1): 1–3. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13561820.2017.1400150?needAccess=true>

Regis CG. Avaliação de experiências interprofissionais de formação para o trabalho em equipe na graduação em saúde: construção e validação de um instrumento [Tese]. Santos (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2018. 219 p.

Ritz MRC. Qualidade de Vida no Trabalho: Construindo, Medindo e Validando uma Pesquisa. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2000. 112 p.

Seiffert OMLB, Abdalla IG. Avaliação educacional na formação docente para o ensino superior em Saúde. In: Batista NA, Batista SHS. Docência em Saúde: temas e experiências. São Paulo (SP): Editora SENAC; 2004. P. 167-185.

Souza, S.V.; Ferreira, B.J. Preceptorial: perspectivas e desafios na Residência Multiprofissional em Saúde. **ABCS Health Sciences**, v. 44, n. 1, p. 15-21, 30 abr. 2019. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1074>

Thannhauser J, Russell-Mayhew S, Scott C. Measures of interprofessional education and collaboration. J Interprof Care [Internet]. 2010 [cited 2021 Jan 10]; 24(4):336-49. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20540613/>.

Toldra RC, Ramos LR, Almeida MM. Em busca de Atenção em Rede: Contribuições de um Programa de Residência Multiprofissional no Âmbito Hospitalar. Caderno Brasileiro Terapia Ocupacional [Internet]. 2019 [citado em 10 Dez 2020]; 27(23): 584-592. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/2182/1170>

Vasconcelos MIO, De Souza FL, Lira GV, Dias MAS, Da Silva GSN. Avaliação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família por indicadores. Trab. educ. saúde [Internet]. 2015 [cited 2021 Mar 17]; 13(suppl.2): 53-77. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462015000500053&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000500053&lng=en&nrm=iso)>.

Thannhauser J, Russell-Mayhew S, Scott C. Measures of interprofessional education and collaboration. J Interprof Care [Internet]. 2010 [cited 2021 Jan 10]; 24(4):336-49. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20540613/>.

Vasconcelos MIO, De Souza FL, Lira GV, Dias MAS, Da Silva GSN. Avaliação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família por indicadores. Trab. educ. saúde [Internet]. 2015 [cited 2021 Mar 17]; 13(suppl.2): 53-77. Available from: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462015000500053&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000500053&lng=en&nrm=iso)>.

## Anexo 01 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UNIFESP - HOSPITAL SÃO  
PAULO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO - HSP/UNIFESP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COMO PREPARAÇÃO PARA O TRABALHO EM EQUIPE E A PRÁTICA COLABORATIVA: ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

**Pesquisador:** NILDO ALVES BATISTA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 22309019.2.0000.5505

**Instituição Proponente:** Departamento de Saúde Educação e Sociedade

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.762.794

#### Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 1066/2019 (parecer final)

Trata-se de projeto de Mestrado de MARCOS ESTEVÃO CALVO.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). NILDO ALVES BATISTA.

Projeto vinculado ao Departamento de Saúde, Educação e Sociedade, Campus Baixada Santista, UNIFESP.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (<PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1399953.pdf> 17/09/2019).

**APRESENTAÇÃO:** A Residência Multiprofissional em Saúde – RMS é uma modalidade de pós-graduação *latu sensu*, criada em 2005 e estimulada pelo Ministério da Saúde com vistas a qualificar os profissionais de saúde na busca pela integralidade e qualidade de atenção. É uma forma de Educação Interprofissional – EIP que tem como objetivo preparar os profissionais para o Trabalho em Equipe – TE e a Prática Colaborativa – PC. O número de Programas de Residência

**Endereço:** Rua Botucatu, 740

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.023-900

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1082

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** cep@unifesp.br





UNIFESP - HOSPITAL SÃO  
PAULO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO - HSP/UNIFESP



Continuação do Parecer: 3.762.794

Multiprofissional em Saúde - PRMS cresceu aceleradamente nos últimos anos. Um desafio atual é avaliar se os PRMS implantados por Instituições de Ensino e Saúde estão atingindo o objetivo de formar profissionais aptos para o TE e a PC.

Este projeto de pesquisa tem por objetivo elaborar instrumento de avaliação de atitudes, buscando identificar se os objetivos de preparar os profissionais estão sendo atingidos. Para tanto será elaborada mini teoria para fundamentar a elaboração dos itens de uma escala de atitudes nas dimensões: proposta formativa da RMS para o TE e a PC, concepção de TE e PC do residente e competências colaborativas desenvolvidas pelo residente. A escala de atitude tipo Likert será submetida à validação de conteúdo por juízes especialistas e validação de redação por juízes da população alvo. Após a aplicação à aproximadamente 300 residentes do segundo ano de residência (R2) será realizada validação estatística para a elaboração da versão final do instrumento de avaliação.

**HIPÓTESE:** Não dispomos atualmente de instrumento de avaliação da Residência Multiprofissional em Saúde. A elaboração de uma escala atitudinal para este fim contribuirá para o aprimoramento do processo formativo da RMS com vistas ao preparo de profissionais para a prática colaborativa e o trabalho em equipe.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Desenvolver instrumento de avaliação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde - PRMS, buscando identificar se atingem os objetivos de preparar os profissionais para o Trabalho em Equipe - TE e a Prática Colaborativa - PC.

**Objetivo Secundário:** 1. Elaborar uma mini teoria para embasar as dimensões e a escolha dos itens que comporão a escala atitudinal de avaliação da Residência Multiprofissional em Saúde; 2. Elaborar uma versão preliminar da escala; 3. Validar a escala em relação ao conteúdo; 4. Aplicar a escala a uma população meta de Residentes Multiprofissionais em Saúde; 5. Validar o instrumento de avaliação a partir de análise estatística pertinente

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador(a) declara:

Riscos: Não há riscos à população de residentes que responderão ao instrumento de avaliação.

**Endereço:** Rua Botucatu, 740

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.023-900

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** cep@unifesp.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO  
PAULO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO - HSP/UNIFESP



Continuação do Parecer: 3.762.794

**Benefícios:** Não há benefícios diretos. Os possíveis benefícios poderão ser as melhoras futuras nos programas de residência multiprofissional em saúde, que podem ocorrer com o desenvolvimento do modelo de avaliação proposto.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**TIPO DE ESTUDO:** quantitativo.

**LOCAL:** Unifesp Campus Baixada Santista.

**PARTICIPANTES:** 300 residentes e 6 juízes especialistas.

**PROCEDIMENTOS:**

1. Elaboração de uma mini teoria. Será realizado levantamento de bibliografia nas bases de dados nacionais e internacionais para elaboração de uma mini teoria sobre as seguintes dimensões: a) A proposta formativa da RMS para o TE e a PC; b) A concepção de TE e PC que o residente tem após a vivência da residência (R2); c) As competências colaborativas desenvolvidas pelo residente. As assertivas desta escala de avaliação de atitudes serão elaboradas a partir de pressupostos estruturados do aprofundamento teórico, detalhando as dimensões apresentadas.
2. Elaboração da versão preliminar da escala. A partir desta fundamentação teórica serão elaborados os itens que comporão cada uma das dimensões da escala de avaliação de atitudes e elaborada a versão preliminar da escala de atitudes. Será elaborada uma Escala tipo Likert contendo enunciados que levem os residentes a manifestarem sua concordância ou discordância a um conjunto de itens, elaborados de forma a produzir a avaliação de atitudes em relação às três dimensões investigadas.
3. Validação em relação a conteúdo. Utilizando o modelo de Pasquali (1998) para construção de escalas psicológicas aplicáveis a escalas psicométricas de atitudes, após a elaboração da primeira versão da escala, a mesma será submetida à análise teórica dos itens. Essa análise será realizada por dois tipos distintos de juízes: uma análise de conteúdo sobre a pertinência dos itens (por juízes especialistas propriamente ditos) e uma análise semântica (de compreensão dos itens). A análise de conteúdo ocorrerá com a apresentação da escala a juízes especialistas com o objetivo de verificar a adequação da mesma. Segundo Pasquali (1998) 06 juízes são suficientes para essa etapa da análise. Para esta pesquisa, os juízes serão peritos na área, escolhidos com a seguinte distribuição: • 03 juízes especialistas em Educação Interprofissional - EIP; • 02 juízes especialistas

**Endereço:** Rua Botucatu, 740

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.023-900

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** cep@unifesp.br





UNIFESP - HOSPITAL SÃO  
PAULO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO - HSP/UNIFESP



Continuação do Parecer: 3.762.794

em Residência Multiprofissional em Saúde - RMS; • 01 juiz especialista em escalas Likert. Os juízes serão contatados por telefone ou pessoalmente e após o aceite, receberão por e-mail, um convite com mais detalhes sobre os objetivos do estudo, o caráter da participação e o material da pesquisa.

4. A análise de redação. Terá por objetivo verificar se todos os itens são compreensíveis para toda a população à qual o instrumento se destina. A análise de redação será realizada com a aplicação do instrumento a uma população alvo de 10 residentes em R2 de Programas de Residência Multiprofissional da Baixada Santista e discutidas as dúvidas que surgirem sobre os itens. Os residentes do 2º ano de residência (R2), serão convidados pelo pesquisador principal a participar de uma atividade de avaliação do "Instrumento de avaliação de atitudes em relação à preparação para o Trabalho em Equipe e a Prática Colaborativa pela Residência Multiprofissional em Saúde" durante atividades teóricas dos mesmos. Na atividade de avaliação serão apresentados, o instrumento de avaliação, as orientações para resposta dos itens e, em seguida, os residentes terão um tempo de até 30 minutos para a resposta. Com as alterações sugeridas após essa etapa, será então elaborada a redação final do instrumento de avaliação para aplicação à população meta.

5. Aplicação da escala a uma população meta de Residentes Multiprofissionais em Saúde. A aplicação da escala para a validação final do instrumento ocorrerá para um número de, no mínimo, 10 escalas respondidas completamente para cada item presente na escala (Hungerbuhler, 2016). Desta forma, como se espera que a escala contenha entre 20 e 30 itens serão necessárias 200 a 300 escalas com respostas completas, no mínimo. A população alvo será composta por residentes, cursando o segundo ano de residência (R2), em programas de Residência Multiprofissional em Saúde – RMS, devidamente reconhecidos pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde – CNRMS, do Ministério da Educação. O acesso aos residentes respondentes à pesquisa ocorrerá por meio de contato com entidades representativas dos residentes multiprofissionais, e lideranças locais, regionais e nacionais. A aplicação do questionário poderá ocorrer de duas formas: • Aplicação do instrumento de avaliação através de questionários eletrônico; • Aplicação do instrumento de avaliação pessoalmente. Aplicação do instrumento de avaliação através de questionários eletrônico: o instrumento de avaliação de atitude que será elaborado após as etapas descritas anteriormente será transformado em um formulário de pesquisa eletrônico pela plataforma "GOOGLE FORMS", enviado ao e-mail dos residentes do 2º ano de residência. Por meio de entidades representativas dos residentes e coletivos de residentes multiprofissionais, será

**Endereço:** Rua Botucatu, 740

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.023-900

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** cep@unifesp.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO  
PAULO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO - HSP/UNIFESP



Continuação do Parecer: 3.762.794

enviado convite aos R2 por e-mail ou por aplicativos de mensagem como "whatsapp" e outros, contendo convite para a participação da pesquisa e orientações. Nessa mensagem será enviado link para acesso ao formulário eletrônico e orientações contendo: objetivos da pesquisa, orientações para preenchimento e o TCLE. O TCLE será obrigatório para acessar o restante da pesquisa em meio eletrônico. Aplicação do instrumento de avaliação pessoalmente: o instrumento de avaliação será aplicado pelo pesquisador em locais de concentração de residentes: Instituições de Ensino; Instituições de Saúde; encontros e congressos da categoria. (IX Encontro Nacional de Residência em Saúde, etc.); reuniões de entidades representativas da categoria. Nessas ocasiões, será solicitado à direção das entidades representativas e lideranças dos residentes que reúna residentes do 2º ano de residência para a apresentação da pesquisa e aplicação do instrumento de avaliação.

6. Validação do instrumento de avaliação a partir de análise estatística pertinente. A análise dos dados da pesquisa será realizada pela análise de variância e a análise fatorial exploratória.

(mais informações, ver projeto detalhado).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

1-Foram apresentados adequadamente os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma.

2- O modelo do TCLE foi apresentado pelo pesquisador (TCLE.pdf).

3- O modelo de questionário / roteiro de entrevista está anexado na Plataforma Brasil (Instrumento\_de\_Avaliacao.pdf).

**Recomendações:**

Sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pendências atendidas.

Trata-se de resposta a pendências apontadas no parecer n: 3.688.846 de 6/11/2019.

Endereço: Rua Botucatu, 740

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO  
PAULO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO - HSP/UNIFESP



Continuação do Parecer: 3.762.794

**PENDÊNCIA 1.** No campo "Riscos" do formulário de informações básicas consta: "Não há riscos à população de residentes que responderão ao instrumento de avaliação". Conforme orientação da CONEP, sempre devem ser informados os riscos, por mínimo que sejam.

Portanto, é necessário reescrever este campo considerando:

1. A) Com relação aos residentes que responderão ao questionário não pode existir risco de os mesmos sentirem cansaço mental/desconforto/incômodo ao responder os questionários?

1. B) Foi informado na metodologia do projeto que juizes especialistas participarão da etapa de validação em relação a conteúdo.

Não poderia existir risco destes profissionais sentirem cansaço mental devido ao esforço cognitivo na avaliação?

1. C) Incluir no campo "riscos" do formulário de informações básicas que existe risco de quebra de sigilo.

Exemplo: "Também há risco de quebra de sigilo dos dados, porém todos os cuidados serão tomados para assegurar que isto não ocorra."

RESPOSTA: foram incluídas as seguintes correções no campo riscos:

1. A) riscos aos residentes que responderão ao questionário: riscos mínimos: risco de sentirem cansaço mental/desconforto/incômodo ao responder os questionários.

1. B) risco dos juizes especialistas: riscos mínimos - riscos de sentirem cansaço mental devido ao esforço cognitivo na avaliação.

1. C) risco mínimo de quebra de sigilo dos dados, porém todos os cuidados serão tomados para assegurar que isto não ocorra.

**PENDÊNCIA ATENDIDA**

**PENDÊNCIA 2.**

No projeto consta: "Aplicação do instrumento de avaliação pessoalmente: o instrumento de avaliação será aplicado pelo pesquisador em locais de concentração de residentes: Instituições de Ensino; Instituições de Saúde; encontros e congressos da categoria. (IX Encontro Nacional de Residência em Saúde, etc.); reuniões de entidades representativas da categoria. Nessas ocasiões, será solicitado à direção das entidades representativas e lideranças dos residentes que reúna residentes do 2º ano de residência para a apresentação da pesquisa e aplicação do instrumento de avaliação".

Pesquisador: caso as instituições ainda não tenham sido escolhidas ou por algum motivo ainda

**Endereço:** Rua Botucatu, 740

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.023-900

**UF:** SP

**Município:** SAO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** cep@unifesp.br





UNIFESP - HOSPITAL SÃO  
PAULO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO - HSP/UNIFESP



Continuação do Parecer: 3.762.794

não forneceram a autorização, anexar na Plataforma Brasil uma declaração assinada pelo pesquisador contendo as justificativas (motivos pelos quais ainda não obteve a autorização) e incluir no final a declaração "Declaro que somente iniciarei a pesquisa após obter a carta de autorização das instituições nas quais será realizada a coleta de dados". Imprimir, assinar, digitalizar e anexar na Plataforma Brasil o documento.

RESPOSTA: : foi realizado correção do projeto de pesquisa:

JUSTIFICATIVA:

Não se trata de uma pesquisa junto à instituições de residência multiprofissional mas sim de pesquisa junto aos próprios residentes (independente de sua origem institucional), a mesma será realizada por WhatsApp ou email a partir do texto descrito no item 04 da Metodologia (Aplicação da escala a uma população meta de Residentes Multiprofissionais em Saúde).

Foi modificado o projeto apresentado com a supressão do trecho transcrito no presente parecer e nova versão do projeto de pesquisa foi anexado na Plataforma Brasil.

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 3.

No projeto consta que será enviado convite aos R2 por e-mail ou por aplicativos de mensagens como "whatsapp" e outros, contendo convite para a participação da pesquisa e orientações.

É necessário anexar na Plataforma Brasil os modelos dos textos que serão utilizados para o convite aos participantes da pesquisa.

RESPOSTA: foi elaborado o convite que será enviado por email aos residentes, sujeitos da pesquisa e foi anexado esse novo documento na Plataforma Brasil.

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 4.

Em relação ao TCLE:

4.1 - Informar quanto tempo o participante deverá dispender para responder aos instrumentos da pesquisa

4.2 - devem ser inseridos os dados (telefone, e-mail e endereço) do CEP/UNIFESP, com a indicação de que o mesmo pode ser procurado caso haja dúvida quanto à ética do estudo; (exemplo: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o

Endereço: Rua Botucatu, 740

Bairro: VILA CLEMENTINO

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 04.023-900

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO  
PAULO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO - HSP/UNIFESP



Continuação do Parecer: 3.762.794

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp – Rua Botucatu, n: 740, Vila Clementino, 04023-062, tel: (011)-5571-1062; (011)-5539-7162. E-mail: cep@unifesp.br.; horário de atendimento telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 09:00 às 12:00hs.).

4.3 - é necessário informar que o termo está sendo disponibilizado em 2 vias originais (não usar a palavra 'cópia'), uma para ficar com o participante e outra para ficar com o pesquisador.

4.4 - As páginas estão numeradas, porém em um documento legal, a paginação deve ser no formato 1/3, 2/3, 3/3 (ou, 1 de 3, 2 de 3, 3 de 3).

Por favor adequar. Ressaltamos que as páginas deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo participante da pesquisa no momento da aplicação do TCLE.

RESPOSTA: foram realizadas as seguintes correções no TCLE destinado aos residentes:

4.1 – Foi incluído no TCLE a seguinte frase:

O tempo estimado para responder ao instrumento de pesquisa é de 15 a 20 minutos.

4.2 - Foi incluído no TCLE a seguinte frase:

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp – Rua Botucatu, n: 740, Vila Clementino, 04023-062, tel: (011)-5571-1062; (011)-5539-7162. E-mail: cep@unifesp.br.; horário de atendimento telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 09:00 às 12:00hs.

4.3 - Foi incluído no TCLE a seguinte frase:

Este Termo de consentimento livre e esclarecido está sendo disponibilizado em 02 vias originais, uma para ficar com o participante e outra para ficar com o pesquisador.

4.4 – Foi corrigido o formato da numeração das páginas do TCLE, sendo adotado o formato 1/1; 1/2; 1/3.

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 5.

Como o projeto envolverá juizes especialistas é necessário elaborar um TCLE específico para eles. Adaptar o modelo disponível na página do CEP/Unifesp (<https://www.cep.unifesp.br/>) e anexar o documento na Plataforma Brasil.

RESPOSTA: foi elaborado e anexado TCLE dos juizes especialistas na Plataforma Brasil.

PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: Rua Botucatu, 740

Bairro: VILA CLEMENTINO

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

CEP: 04.023-900

Fax: (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO  
PAULO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO - HSP/UNIFESP



Continuação do Parecer: 3.762.794

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1399953.pdf	15/11/2019 23:06:15		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Recurso_Carta_Resposta_ao_parecer_3688846.docx	15/11/2019 23:01:37	MARCOS ESTEVAO CALVO	Aceito
Outros	Convite_para_Juizes_especialistas.docx	15/11/2019 22:57:36	MARCOS ESTEVAO CALVO	Aceito
Outros	Convite_para_sujeitos_da_pesquisa.docx	15/11/2019 22:54:10	MARCOS ESTEVAO CALVO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_pesquisa_novembro_2019_corrigido.docx	15/11/2019 22:53:32	MARCOS ESTEVAO CALVO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_para_juizes_especialistas.docx	15/11/2019 22:52:26	MARCOS ESTEVAO CALVO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_para_sujeitos_da_pesquisa_corrigido.docx	15/11/2019 22:50:53	MARCOS ESTEVAO CALVO	Aceito
Outros	Cadastro_CEP_16092019.pdf	17/09/2019 21:04:42	MARCOS ESTEVAO CALVO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_16092019.pdf	17/09/2019 21:03:22	MARCOS ESTEVAO CALVO	Aceito
Outros	Instrumento_de_Avaliacao.pdf	19/07/2019 23:44:07	MARCOS ESTEVAO CALVO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/07/2019 23:37:56	MARCOS ESTEVAO CALVO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	19/07/2019 23:29:01	MARCOS ESTEVAO CALVO	Aceito

Endereço: Rua Botucatu, 740

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-900

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: cep@unifesp.br



UNIFESP - HOSPITAL SÃO  
PAULO - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO - HSP/UNIFESP



Continuação do Parecer: 3.762.794

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 11 de Dezembro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Miguel Roberto Jorge**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Botucatu, 740

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**UF:** SP

**Telefone:** (11)5571-1062

**Município:** SAO PAULO

**Fax:** (11)5539-7162

**CEP:** 04.023-900

**E-mail:** cep@unifesp.br

## **Apêndice 01 – TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **Termo de consentimento livre e esclarecido para sujeitos da pesquisa**

“Título do Projeto de Pesquisa: A Residência Multiprofissional em Saúde como preparação para o Trabalho em Equipe e a Prática Colaborativa: elaboração de instrumento de avaliação”

Convido você a participar desta pesquisa que tem como objetivos investigar, a nível nacional, a formação na Residência Multiprofissional em Saúde - RMS para o Trabalho em Equipe - TE e a Prática Colaborativa - PC e desenvolver instrumento de avaliação para identificar se os Programas de RMS atingem os objetivos de preparar os profissionais para o TE e a PC.

A pesquisa está sendo desenvolvida por mim, Marcos Estevão Calvo, sob orientação do Prof. Dr. Nildo Alves Batista, no âmbito do Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde – Mestrado Profissional (PPGECS-MP) da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista/Instituto Saúde e Sociedade – ISS.

Esta pesquisa se faz necessária para ampliar o conhecimento científico sobre a formação para o Trabalho em Equipe – TE e a Prática Colaborativa – PC no ambiente da Residência Multiprofissional em Saúde – RMS e o desenvolvimento de instrumento de avaliação para identificar se os Programas de RMS atingir estes objetivos.

Os procedimentos que irão compor esta pesquisa serão:

- 1) Estudo na literatura para o aprofundamento em RMS o TE e PC;
- 2) Elaboração de escala de atitudes para avaliar se os PRMS atingem os objetivos para formação p o TE e a PC;
- 3) Validação da escala de atitudes com juízes especialistas e amostra da população meta de residentes;
- 4) Aplicação do instrumento de avaliação à população meta de residentes em R2; e
- 5) Validação do instrumento por meio de análise estatística.

O tempo estimado para responder ao instrumento de pesquisa é de 15 a 20 minutos.

Esta pesquisa apresenta risco de sentirem cansaço mental/desconforto/incômodo ao responder os questionários. Para evitar esses riscos procure responder o questionário em local agradável e tranquilo e descansado. Se você apresentar algum desses sinais interrompa essa atividade e prossiga depois. Se isso ocorrer comunique o pesquisador responsável.



Não há benefício direto para o participante, somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício relacionado ao resultado da pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é Marcos Estevão Calvo que pode ser encontrado no endereço: Rua Cidade de Cunha nº 38 apto 32, Santos. Telefone (13) 991422139. E-mail: [marcoscalvo@uol.com.br](mailto:marcoscalvo@uol.com.br).

Ao assinar este termo, você estará concordando em participar da pesquisa. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo sem qualquer tipo de prejuízo.

Para participar, peço que você responda esse instrumento sobre Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa na Residência Multiprofissional em Saúde, que consiste em uma escala tipo Likert de 30 itens e um questionário de identificação.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Está garantido o direito de você ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Torna-se explícito o compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unifesp – Rua Botucatu, n: 740, Vila Clementino, 04023-062, tel: (011)-5571-1062; (011)-5539-7162. E-mail: [cep@unifesp.br](mailto:cep@unifesp.br); horário de atendimento telefônico e presencial: Segundas, Terças, Quintas e Sextas, das 09:00 às 12:00hs.

Este Termo de consentimento livre e esclarecido está sendo disponibilizado em 02 vias originais, uma para ficar com o participante e outra para ficar com o pesquisador.

## **CONSENTIMENTO**

Eu, \_\_\_\_\_ acredito ter sido suficientemente informada (o) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “A Residência Multiprofissional em Saúde como preparação para o Trabalho em Equipe e a Prática Colaborativa: elaboração de instrumento de avaliação”.

Eu conversei com Marcos Estevão Calvo sobre a minha decisão em participar nesse estudo.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura

### **Declaração do pesquisador**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Marcos Estevão Calvo

Mestrando em Ciências da Saúde – UNIFESP

## **Apêndice 02 – Convite para Juízes Especialistas**

### **Convite para participação como Juiz ou Juíza especialista**

Convido o (a) senhor (a) a ser juiz (a) da análise teórica dos itens da “escala de avaliação dos objetivos da RMS em preparar profissionais para o Trabalho em Equipe – TE e a Prática Colaborativa – PC” que está sendo desenvolvida por mim, sob orientação do Prof. Dr. Nildo Alves Batista, no projeto de pesquisa “A Residência Multiprofissional em Saúde como preparação para o Trabalho em Equipe e a Prática Colaborativa: elaboração de instrumento de avaliação”. Essa é uma etapa importante do processo de validação da escala para que a mesma possa ser utilizada junto à população do estudo.

Esta pesquisa se faz necessária para ampliar o conhecimento científico sobre a formação para o Trabalho em Equipe – TE e a Prática Colaborativa – PC no ambiente da Residência Multiprofissional em Saúde – RMS e o desenvolvimento de instrumento de avaliação para identificar se os Programas de RMS atingem os objetivos de preparar os profissionais para o TE e a PC.

O objetivo do instrumento é avaliar se os Programas de RMS atingem os objetivos de preparar os profissionais para o TE e a PC.

Após o estudo na literatura para o aprofundamento sobre a RMS o TE e a PC, elaboramos uma escala tipo Likert de 30 itens e um questionário de identificação para permitir avaliar se os PRMS atingem os objetivos para formação para o TE e a PC.

Após revisão de literatura e análise de instrumentos de avaliação de EIP internacionais, elaboramos uma escala tipo Likert com 30 itens, à qual os respondentes se posicionarão expondo seus níveis de concordância.

O instrumento está sendo desenvolvido para ser aplicado à residentes do 2º ano (R2) de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde devidamente credenciados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS.

Acreditamos que sua expertise em atuação em Programas de Residência Multiprofissional de Saúde, e na área de formação em saúde trará grandes contribuições para nossa pesquisa.

Grato pela colaboração.

Santos, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

Marcos Estevão Calvo  
Mestrando em Ciências da Saúde – UNIFESP

## **Apêndice 03 – Convite aos Residentes para participar da Pesquisa**

Prezada (o) Residente

### **GOSTARIA DE SABER SUA OPINIÃO SOBRE A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Meu nome é Marcos Calvo, sou mestrando do programa de mestrado profissional da UNIFESP - Campus Baixada Santista.

Meu projeto de pesquisa é desenvolver um instrumento de avaliação para o Trabalho em Equipe - TE e a Prática Colaborativa - PC na Residência Multiprofissional em Saúde.

Para validar esse instrumento de avaliação preciso aplicá-lo para residentes do segundo ano de residência (R2).

Sua participação é importante para fortalecer a Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil, que poderá ocorrer como resultado desta pesquisa.

**Convido você, residente cursando o segundo ano (R2) de Programa de Residência Multiprofissional de Saúde – RMS para participar da pesquisa:**

“A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COMO PREPARAÇÃO PARA O TRABALHO EM EQUIPE E A PRÁTICA COLABORATIVA: ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO”.

Essa pesquisa é parte de uma tese de mestrado do Programa de Mestrado Profissional da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – Campus Baixada Santista e se encontra aprovada com parecer no Número: 3.762.794 - Projeto CEP/UNIFESP n: 1066/2019.

Sua participação se dará manifestando sua opinião sobre a Residência Multiprofissional de Saúde por meio do “Instrumento de avaliação de atitudes em relação à preparação para o Trabalho em Equipe e a Prática Colaborativa pela Residência Multiprofissional em Saúde”.

Sua participação é importante para fortalecer a Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil, que poderá ocorrer como resultado desta pesquisa.

Você pode acessar o instrumento de avaliação pelo link: <https://forms.gle/P2qkxwXneKD7GGhf8>

Agradeço sua atenção e colaboração.

Marcos Estevão Calvo  
Pesquisador principal

## **Apêndice 04 – Comunicado às COREMU solicitando comunicação aos Residentes**

Prezada (o) Coordenadora (o) de COREMU

Meu nome é Marcos Calvo, sou mestrando do programa de mestrado profissional da UNIFESP Campus Baixada Santista.

Meu projeto de pesquisa é desenvolver um instrumento de avaliação para o Trabalho em Equipe - TE e a Prática Colaborativa - PC na Residência Multiprofissional em Saúde.

Para validar esse instrumento de avaliação preciso aplicá-lo a residentes do segundo ano de residência (R2).

Solicito sua colaboração no sentido de avaliar a possibilidade de autorizar meu contato com os residentes dos programas de sua instituição.

A presente pesquisa se encontra aprovada com parecer no Número: 3.762.794 - Projeto CEP/UNIFESP n: 1066/2019 (em anexo).

Em caso afirmativo solicito transmitir a mensagem a seguir aos R2 de sua instituição ou se for de sua preferência me encaminhar os e-mails dos residentes que eu providenciarei o envio.

Se desejar de maiores informações estou a disposição e posso entrar em contato telefônico se necessário. Meu telefone é 13-991422139.

Na mensagem a seguir se encontra convite com o link para acesso ao TCLE e aplicação do instrumento via Google Forms.

Agradeço a atenção

Marcos Estevão Calvo

### **CONVITE PARA PARTICIPAR DE PESQUISA SOBRE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

**Convido você, residente cursando o segundo ano (R2) de Programa de Residência Multiprofissional de Saúde – RMS para participar da pesquisa:**

**“A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COMO PREPARAÇÃO PARA O TRABALHO EM EQUIPE E A PRÁTICA COLABORATIVA: ELABORAÇÃO DE INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO”.**

Meu nome é Marcos Calvo, sou mestrando do programa de mestrado profissional da UNIFESP Campus Baixada Santista.

Meu projeto de pesquisa é desenvolver um instrumento de avaliação para o Trabalho

em Equipe - TE e a Prática Colaborativa - PC na Residência Multiprofissional em Saúde.

Para validar esse instrumento de avaliação preciso aplicá-lo para residentes do segundo ano de residência (R2).

Essa pesquisa é parte de uma tese de mestrado do Programa de Mestrado Profissional da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP – Campus Baixada Santista e se encontra aprovada com parecer no Número: 3.762.794 - Projeto CEP/UNIFESP n: 1066/2019.

Sua participação se dará manifestando sua opinião sobre a Residência Multiprofissional de Saúde por meio do “Instrumento de avaliação de atitudes em relação à preparação para o Trabalho em Equipe e a Prática Colaborativa pela Residência Multiprofissional em Saúde”.

Sua participação é importante para fortalecer a Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil, que poderá ocorrer como resultado desta pesquisa.

Você pode acessar o instrumento de avaliação pelo link: <https://forms.gle/P2qkxwXneKD7GGhf8>

Agradeço sua atenção e colaboração.

Marcos Estevão Calvo  
Pesquisador principal

## Apêndice 05 – Orientações de preenchimento do Instrumento

Instrumento de avaliação de atitudes em relação à preparação para o Trabalho em Equipe e a Prática Colaborativa pela Residência Multiprofissional em Saúde

Orientações de preenchimento:

### INSTRUÇÕES

Queremos saber seu nível de concordância aos 28 itens listados abaixo. Para cada um deles, você poderá responder:

- ( ) Discordo Totalmente
- ( ) Inclinado a Discordar
- ( ) Inclinado a Concordar
- ( ) Concordo Totalmente

- Escolha a opção que mais se aproxima de sua opinião.
- Não marque mais de uma opção para cada item.
- Responda todos os itens

Abreviaturas utilizadas:

TE – Trabalho em Equipe

PC – Prática Colaborativa

RMS – Residência Multiprofissional em Saúde

Nas assertivas onde surge a expressão “<nome da residência>” ela se refere ao programa de residência que você está cursando

Lembre-se! Não existe resposta certa ou errada.  
O que importa é a sua opinião sobre cada item.