



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO
SUPERIOR EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA

**A FORMAÇÃO DO PRECEPTOR NO CONTEXTO DA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: experiências colaborativas em
cenários de prática**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

São Paulo
2021

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO
SUPERIOR EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA

**A FORMAÇÃO DO PRECEPTOR NO CONTEXTO DA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: experiências colaborativas em
cenários de prática**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

São Paulo
2021

Silva, Guilherme Augusto Braga

A formação do preceptor no contexto da residência multiprofissional em saúde: experiências colaborativas em cenários de prática/Guilherme Augusto Braga Silva - São Paulo, 2021.
xvi, 128p.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências.

Título em inglês: The preceptor training in the context of multiprofessional residency in health: collaborative experiences in practice scenarios.

1. Formação em Saúde. 2. Preceptorial. 3. Residência Multiprofissional; Integração ensino-serviço. 4. Educação Interprofissional. 5. Prática Colaborativa.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

**PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Diretor da Escola Paulista de Enfermagem:

Prof. Dr. Alexandre Pazetto Balsanelli

Diretor do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde:

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em

Ensino em Ciências da Saúde:

Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo

GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA

**A FORMAÇÃO DO PRECEPTOR NO CONTEXTO DA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: experiências colaborativas em
cenários de prática**

Presidente da Banca:

Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
Universidade Federal de São Paulo

Membros Titulares:

Prof. Dr. Cristiano Gil Regis
Universidade Federal do Acre

Profa. Dra. Ivanete Pereira da Silva
Hospital do Servidor Público Estadual

Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit
Universidade Federal de São Paulo

Membro Suplente:

Profa. Dra. Rosa Maria Pinheiro Souza
Fiocruz

EPÍGRAFE

“A ajuda autêntica, não é demais insistir, é aquela em cuja prática os que nela se envolvem se ajudam mutuamente, crescendo juntos no esforço comum de conhecer a realidade que buscam transformar. Somente numa tal prática, em que os que ajudam e os que são ajudados se ajudam simultaneamente, é que o ato de ajudar não se distorce em dominação do que ajuda sobre quem é ajudado.”

(PAULO FREIRE)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha querida mãe, **Eneide**, que sempre estimulou e investiu na minha formação, nos estudos e em mim como pessoa.

À minha esposa, **Carol**, que sempre, mesmo com todas as dificuldades, apoiou meu trabalho e me deu força para prosseguir com a pesquisa.

Ao meu querido filho, **Miguel**, que representa a luz que ilumina todos os momentos da minha existência.

À força de trabalho do Sistema Único de Saúde (SUS), que luta diariamente em defesa da saúde e da vida da população brasileira.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gratidão a Deus, pelas alegrias e dores, por me conceder saúde e paz na longa caminhada que foi o processo de construção e finalização dessa pesquisa.

Agradeço aos meus familiares por estarem sempre juntos e pelo apoio. À minha esposa, **Carol**, e ao meu filho, **Miguel**, pela paciência nos momentos em que não pude estar presente. À minha sogra, **Nilza**, que, de forma carinhosa, ajudou muito no suporte familiar, sempre à disposição.

Ao Prof. Dr. **Nildo Batista**, com todo o seu conhecimento e generosidade, lá no começo da minha primeira apresentação do projeto de pesquisa, abriu meus olhos às questões fundamentais no construto de uma pesquisa, principalmente, na formulação de ideias que devem estar em consonância com um referencial teórico bem sedimentado e em dialogia com os objetivos da pesquisa.

À minha querida orientadora, Prof. Dra. **Lúcia Uchôa-Figueiredo**, sempre generosa, carinhosa e disponível em me ajudar no difícil processo de construção de uma pesquisa. Exemplo impecável de educadora, por colocar o orientando como protagonista do seu aprendizado. Obrigado por toda a paciência e cuidado!

Aos colegas do Mestrado Profissional, em especial à **Paola**, parceira, amiga e companheira de todas as horas. À **Carla Dias**, **Carla Afonso** e **Ana Claudia**, pelos encontros, diálogos, brincadeiras que nos fortaleceram muito como amigos.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS), pela acolhida tão solidária e fraterna, e por compartilharem tantos saberes. Faço menção especial à **Juçara**, que já fazia parte da minha vida de estudos anteriores e pôde colaborar muito com meu aprendizado, ensinando a verdadeira essência da amizade.

Aos amigos de trabalho, que seguraram os problemas que apareceram com as minhas ausências, principalmente meus queridos residentes. À chefia da divisão em saúde bucal, **Paulo Quaranta**, por não medir esforços em providenciar as

documentações e autorizações necessárias para o início e andamento da pesquisa de mestrado.

Agradeço à Profa. Dra. **Rosana Rossit e Emanuella Bispo**, por autorizarem a utilização do instrumento para a coleta de dados AITCS II-BR.

Às profissionais que realizaram a revisão ortográfica, gramatical e a formatação da dissertação e do produto, **Cileide e Rita Franzè**.

Agradeço aos membros titulares e suplentes da banca do Exame de Qualificação e da Banca de Defesa. Obrigada pela disponibilidade, abertura e por ofertar saberes, sem os quais não poderia finalizar esta tese.

Agradeço, enfim, a todos os profissionais participantes deste estudo, pela disponibilidade e compartilhamento de seus saberes e vivências, sem os quais não teria sido possível esta tese.

RESUMO

Introdução. No contexto da formação do preceptor em cenários de prática na Residência Multiprofissional em Saúde, evidenciam-se questões importantes que caracterizam a relação e a influência das experiências colaborativas no seu processo de ensino-aprendizagem. **Objetivos.** O presente estudo teve como objetivo analisar a percepção do preceptor sobre a sua formação em cenários de prática na Residência Multiprofissional em Saúde na perspectiva das experiências colaborativas. **Método.** Pesquisa exploratória descritiva com abordagem quali-quantitativa, realizada com os preceptores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Município da Estância Balneária de Praia Grande/SP. Como instrumentos de coleta dos dados, foram aplicados, no primeiro momento, a *Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe- AITCS II-BR*(BISPO; ROSSIT, 2018), com intuito de mensurar e avaliar a colaboração interprofissional entre os membros de uma equipe, e, no segundo momento, a Entrevista Semiestruturada para explorar, com maior profundidade, aspectos relacionados à significância e subjetividade contidos nas falas dos entrevistados. Como método de análise dos dados qualitativos, realizou-se a Análise Atitudinal a partir da aplicação do instrumento AITCS II-BR, por meio de escala do tipo Likert, e a Análise de Conteúdo, aplicada à Entrevista Semiestruturada, com uma abordagem metodológica que trabalha com a noção de tema, o qual está ligado a uma afirmação a respeito do objetivo analítico visado. Os dados quantitativos referentes à caracterização dos participantes foram analisados por meio da média aritmética simples. **Resultados.** Como resultados, evidenciou-se que a formação dos preceptores em cenários de prática se dá muito pela experiência e que esta pode funcionar como um fio condutor para a Educação Interprofissional materializar-se em competências para a Prática Colaborativa. Foi dada ênfase, na dimensão do cuidado, à interface com a Educação Permanente em Saúde na construção de cotidianos que valorizam a aprendizagem coletiva. **Considerações Finais.** Destarte, no processo formativo do preceptor em cenários de prática, o diálogo e a interação precisam estar presentes entre as diferentes áreas profissionais e devem ser impulsionados pela troca de saberes e de experiências para a aquisição das competências colaborativas. Nesse contexto, a experiência da aprendizagem interprofissional pode ser colocada como a chave para a prática colaborativa.

Palavras-chave: Formação em Saúde; Preceptoria; Residência Multiprofissional; Integração ensino-serviço; Educação Interprofissional; Prática Colaborativa.

ABSTRACT

Introduction: In the context of training the preceptor in practice scenarios in Multiprofessional Health Residency, important issues are highlighted that characterize the connection and influence of collaborative experiences in their teaching-learning process. **Objectives:** This study aimed to analyze the preceptor's perception of his training in practice scenarios in Multiprofessional Health Residency from the perspective of collaborative experiences. **Method:** This is exploratory descriptive research with a quali-quantitative approach carried out with the preceptors of the Multiprofessional Residency Program in Family and Community Health in the municipality of Estância Balneária de Praia Grande/SP. As data collection instruments, at the beginning was applied the Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale-II - AITCS II-BR (BISPO; ROSSIT, 2018), to measure and assess the interprofessional collaboration between the team members, and, secondly, the Semi-structured Interview to explore, in greater depth aspects related to the significance and subjectivity contained in the interviewees' statements. As a method of analysis of qualitative data, Attitudinal Analysis was carried out from the application of the AITCS II-BR instrument, through a Likert-type scale, and Content Analysis, applied to the Semi-structured Interview, with a methodological approach that works with the notion of theme, which is linked to a statement about the analytic objective aimed at. Quantitative data regarding the characterization of the participants were analyzed using simple arithmetic mean. **Results:** As a result, it was evidenced that the training of preceptors in practice scenarios is based largely on experience and that this can act as a guide for Interprofessional Education to materialize in competencies for Collaborative Practice. Emphasis was given, in the dimension of care, to the interface with Continuing Education in Health in the construction of daily life that value collective learning. **Final Considerations:** Thus, the training process of the preceptor in practice scenarios, dialogue and interaction must be present between the different professional areas and must be driven by the exchange of knowledge and experiences for the acquisition of collaborative skills. In this context, the experience of interprofessional learning can be placed as the key to collaborative practice.

Keywords: Health Education; Preceptorship; Multiprofessional Residence; Teaching-service integration; Interprofessional Education; Collaborative Practice.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	vi
AGRADECIMENTOS	vii
RESUMO.....	ix
ABSTRACT	x
LISTA DE SIGLAS	xiii
LISTA DE FIGURAS	xiv
LISTA DE GRÁFICOS.....	xv
LISTA DE QUADROS	xvi
APRESENTAÇÃO.....	1
1 INTRODUÇÃO	4
2 REFERENCIAL TEÓRICO	10
3 HIPÓTESE	19
4 OBJETIVOS	20
4.1 Objetivo geral	20
4.2 Objetivos específicos	20
4.3 Objetivo do Produto.....	20
5 MÉTODO.....	21
5.1 Delineamento da Pesquisa.....	21
5.2 Cenário do Estudo.....	22
5.3 Participantes.....	23
Critérios de inclusão:.....	23
Critérios de não inclusão:.....	24
5.4 Instrumentos.....	24
5.4.1 AITCS II-BR (BISPO; ROSSIT, 2018).....	24
Fonte: (BISPO e ROSSIT, 2019).....	26
5.4.2 Entrevista Semiestruturada	26
5.5 Procedimentos de Coleta de Dados.....	28
5.6 Procedimentos de Análise dos Dados.....	29
5.6.1 Análise de Média Aritmética Simples	29
5.6.2 Análise Atitudinal.....	30
5.6.3 Análise de Conteúdo	31
5.7 Aspectos éticos	32
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	33

6.1 Análise das respostas obtidas da Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe AITCS- II BR (BISPO; ROSSIT, 2018).....	33
6.1.1 Caracterização dos participantes da primeira fase da pesquisa	33
6.1.2 Análise Atitudinal da Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe AITCS II – BR (BISPO; ROSSIT, 2018)	38
6.2 Análise do Instrumento Entrevista Semiestruturada.....	48
6.2.1 Caracterização dos participantes	48
6.2.2 Análise de Conteúdo do Instrumento Entrevista Semiestruturada	50
6.2.2.1 Processo de Seleção para a Preceptoría (CT-1).....	51
6.2.2.2 Identidade do Preceptor	53
6.2.2.3 Formação do Preceptor para a Interprofissionalidade.....	56
6.2.2.4 Integração ensino-serviço-comunidade (IESC).....	59
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS.....	67
APÊNDICES.....	79
APÊNDICE 1 – Carta de autorização para utilização da Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II (BISPO; ROSSIT, 2018)	79
APÊNDICE 2- Roteiro da Entrevista Semiestruturada	80
APÊNDICE 3 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).....	81
APÊNDICE 4 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) Digital	83
APÊNDICE 5 - Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II (AITCS II – BR) - Versão Randomizada	85
APÊNDICE 6 - Guia com diretrizes e estratégias da educação interprofissional e prática colaborativa para preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde....	90
ANEXOS	118
ANEXO 1 – Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II	118
ANEXO 2- Parecer consubstanciado do CEP	123
ANEXO 3 – Parecer comitê de ética do Município da Estância Balneária da Praia Grande	128

LISTA DE SIGLAS

ACP	Atenção Centrada na Pessoa
APS	Atenção Primária à Saúde
CAIPE	Centro para o Avanço da Educação Interprofissional
CT	Categorias Temáticas
CIHC	Canadian Interprofessional Health Collaborative
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EaD	Educação a Distância
EIP	Educação Interprofissional
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IESC	Integração Ensino Serviço Comunidade
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organizações Sociais
PC	Prática Colaborativa
PRMUSFC-PG	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Praia Grande- SP
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional de Saúde em Atenção Básica
REIP	Rede Regional de Educação Interprofissional
RMSFC	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
SESu	Secretaria de Educação Superior
SUS	Sistema Único de Saúde
USAFA	Unidades de Saúde da Família
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Relação entre colaboração interprofissional, prática colaborativa e trabalho em equipe.....	16
Figura 2:	Dimensões e quantidade de itens da <i>Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe - AITCS II-BR</i> (BISPO e ROSSIT, 2019).....	26

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Caracterização dos preceptores por categoria profissional.....	33
Gráfico 2 -	Faixa Etária dos participantes.....	36
Gráfico 3 -	Indicadores dos níveis de concordância das assertivas A1 e A8, relativos à dimensão Parceria.....	40
Gráfico 4 -	Indicadores dos níveis de concordância das assertivas A9 e A16, relativos à dimensão cooperação.....	42
Gráfico 5 -	Indicadores dos níveis de concordância das assertivas A17 e A23, relativo a dimensão Coordenação.....	44
Gráfico 6 -	Tempo de exercício da preceptoria/ Área de Formação..	49
Gráfico 7 -	Tempo de Exercício na Profissão/ Área de Formação.....	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Classificação dos níveis de concordância por zona a partir dos valores atribuídos.	30
Quadro 2:	Titulação dos preceptores participantes da pesquisa	34
Quadro 3:	Carga horária dos preceptores do PRMSFC-PG.	35
Quadro 4:	Relação de “sexo autodeclarado” na preceptoría do PRMSFC-PG.	35
Quadro 5:	Anos de prática.	37
Quadro 6:	Anos de trabalho com a mesma equipe.	38
Quadro 7:	Total de vezes de cada item respondido.	39
Quadro 8:	Categoria Temática 1 – Processo de Seleção para Preceptoría.	51
Quadro 9:	Identidade do Preceptor.	53
Quadro 10:	Formação do Preceptor para a Interprofissionalidade.	56
Quadro 11:	Integração Ensino-Serviço-Comunidade.	59

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Inicialmente, farei um breve histórico da minha formação acadêmica e trajetória profissional até meu ingresso no Mestrado Profissional, de forma sintética, é claro, pois advém de uma longa trajetória. Desde a graduação em Odontologia, no ano de 1993, na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), já emergiam a vontade e o desejo de me envolver no meio acadêmico, de fazer iniciação científica e ingressar na docência. Essa intenção solidificou-se com a minha atuação na monitoria, durante dois anos, na disciplina de Materiais Dentários. Entretanto o projeto de iniciar uma carreira acadêmica teria de ser adiado, pois, com a formatura, a necessidade financeira falou mais alto, e com isto, tive de voltar a atenção para o trabalho clínico em consultório. Pesaram também algumas questões pessoais que me obrigaram a tomar a decisão de sair da minha querida terra natal e buscar oportunidades em outro estado, no caso, na cidade de Santos, litoral de São Paulo. Passados quase vinte anos de atuação em consultório particular, com diversos cursos de aperfeiçoamento na área técnico-científica, casei-me e firmei “raiz”. Surgiu então a oportunidade, em 2011, de concorrer à vaga no Programa de Valorização do Profissional de Saúde em Atenção Básica (PROVAB), política indutora que articulava o ensino com serviço no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, nenhuma relação com meu perfil de trabalho, mas que me instigou bastante, porque, paralelamente, era oferecida uma pós-graduação em nível de especialização em Saúde da Família, *lato sensu*, pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Começava aí a se desenhar a paixão pelo SUS e pela sua capacidade ordenadora de formação profissional em cenários de prática. Esse momento foi coroado com o nascimento do meu filho, Miguel.

A busca em me aprofundar nessa gama de possibilidades, que aliava o conhecimento científico com o serviço, proporcionou-me diversas experiências de trabalhos no campo da saúde coletiva, na Atenção Primária à Saúde (APS), como dentista da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em Organizações Sociais (OS), no campo da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, entre outras, o que me fez ingressar por meio de concurso público, no ano de 2016, na prefeitura da Praia Grande, litoral sul de São Paulo. Encontrei um cenário em que se valorizavam muito

a Educação Permanente em Saúde (EPS) e a aprendizagem no serviço. Depois de um curto período, fui selecionado, de acordo com meu perfil e também por contemplar os pré-requisitos necessários, a compor o quadro de preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), programa que acabara de ser implantado no município. Era tudo com o que eu sonhava: poder trabalhar, ensinar, aprender, trocar saberes e “experimentar”, tudo em um mesmo espaço e, além disso, desenvolver atividade docente, uma vez que a instituição proveria a gestão da parte acadêmica e dos estágios de campo. Foi o reencontro com a vontade adormecida de exercer a docência e, ao mesmo tempo, a abertura de novas oportunidades de me debruçar ainda mais, tanto em pesquisas, como no desenvolvimento de estratégias para o fortalecimento da preceptoria no SUS.

No começo era tudo novidade; esse formato de Residência em Saúde era praticamente pioneiro no País, mas o entusiasmo era muito grande, a participação era muito ativa nas organizações dos processos, nas quais todos interagiam: gestores, tutores, preceptores, como também a própria rede de trabalhadores; a sinergia era enorme. Ao mesmo tempo, surgiam oportunidades de capacitações voltadas ao exercício da preceptoria no SUS. A especialização em Preceptoria no SUS, realmente, apareceu como uma luz, tornaram-se mais claras as competências necessárias para o exercício com qualidade, fortaleceu-se o processo de ensino-aprendizagem, no sentido de torná-lo mais autônomo, democrático e emancipatório, mais centrado no aprendizado do residente, possibilitou-se conhecer e aplicar novas metodologias de ensino, mais participativas, enfim, transformou uma realidade de conhecimento empírico em saber científico.

Contudo faltava algo a mais, tinha ainda o sentimento de ampliar as fronteiras do conhecimento, de descobrir novas perspectivas, mais abrangentes e críticas, embasadas por evidências científicas mais robustas e, após duas tentativas, consegui “entrar” no Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde, UNIFESP-*campus* Baixada Santista, bem próximo da minha residência. Concretizava-se o verdadeiro sentimento de alegria e satisfação, apesar de saber que a caminhada não seria fácil, conciliar os estudos, família e trabalho. Novamente, o entusiasmo tomou conta de mim, contei com o apoio da família, dos gestores e dos colegas de

trabalho, e embarquei nessa “empreitada”, não mais como recém-formado, mas com a mesma garra. O anteprojeto aprovado virou projeto de pesquisa e depois verdadeira pesquisa, modificados várias vezes com as imersões nas disciplinas. Com essa vivência, construí novas amizades, possibilitando calorosas discussões sobre questões pertinentes aos conteúdos estudados; tive contato com grandes nomes da academia, pesquisadores que eu só conhecia pelos artigos e livros e pude encantar-me com a experiência de ser orientado por uma pessoa generosa, aberta e sensível, que me colocou como protagonista da minha própria transformação, do aprender a aprender.

A trajetória no mestrado mostrou-me que mudar faz parte da construção de um projeto, e que a escolha dos caminhos precisa ser compartilhada. Foi com essa reflexão que enxerguei e descobri a relevância, a partir da minha pesquisa, em estimular e promover a Educação Interprofissional (EIP) e a Prática Colaborativa (PC) como estratégia principal na formação do preceptor nos cenários de prática, por meio do diálogo, do encontro e da integração em defesa do SUS e da Vida. Ficou marcado, com a conclusão da pesquisa, que esta descoberta, de certa forma, já estava presente na formulação das ideias, porém envolta por uma nuvem de dúvidas. Precisou da minha implicação no sentido da impregnação deste objeto de estudo para que se sedimentasse a assimilação do significado em se pesquisar.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), conforme a Portaria Interministerial MEC/MS nº 45, de 12 de janeiro de 2007, apresentam-se como modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinadas às profissões da saúde, no formato de curso de especialização, que tem como característica principal o ensino em serviço (BRASIL, 2007a). Um pouco antes, no ano de 2005, já havia sido promulgada a Lei Federal nº 11.129, que deu origem à residência em área profissional da saúde e instaurou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) (BRASIL, 2005), junto à Secretaria de Educação Superior (SESu), no Ministério da Educação (MEC).

Os referidos programas ampliaram os olhares no contexto da formação específica, no sentido de conceber profissionais com perfil que possibilite transformar práticas e delinear uma nova maneira de intervir e entender a complexidade que envolve o processo saúde-doença (UCHÔA-FIGUEIREDO; RODRIGUES; DIAS, 2016).

A residência em área profissional da saúde configura-se em proposituras que visam fomentar processos formativos direcionados à atuação multiprofissional nas variadas linhas de cuidado em saúde, com possibilidades de dar respostas às necessidades locais que favoreçam a efetivação dos princípios e das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009).

A RMS propicia melhorias na formação e na qualificação do profissional em saúde, fundamentada pelo compromisso com o cuidado, principalmente no que tange à integralidade, além de possibilitar mudanças e quebras de paradigmas necessárias, diante de modelo assistencialista e tecnicista vigentes (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018). Busca, com suas propostas pedagógicas, romper com a fragmentação, articulando o trabalho e a educação. Dentro desse cenário, esses profissionais passariam a ter uma postura mais ativa, ampliada, crítica, reflexiva e integrada a sua formação.

Na RMS, há maiores possibilidades de uma formação política, de gestão e de assistência, entremeada pelo desenvolvimento de competências, principalmente relacionadas às habilidades de negociação nos serviços de saúde (LOBATO; MELQUIOR; BADUY, 2012).

Importante considerar e ressaltar a RMS como disparadora, no contexto histórico, das mudanças nos processos de formação em saúde, desde a implantação do SUS, no final da década de 1980. Também tiveram papel propulsor as transformações nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos da área de saúde, no que se refere ao desenvolvimento de competências que tem sido promovido pelo Ministério da Saúde (MS), objetivando vincular os conhecimentos adquiridos na formação inicial, muitas vezes desarticulados, com a complexidade dos determinantes que abarcam o processo saúde-doença e sua relação com o cuidado à saúde da população (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

As DCN colocam-se como um padrão de orientação para a elaboração de projetos políticos pedagógicos e curriculares pelas Instituições de Ensino Superior (IES) no Brasil (COSTA et al., 2018). Têm como desafio, em termos de melhoria na formação, tanto na graduação, quanto na pós-graduação em saúde, produzir mudanças na forma do exercício da docência, no sentido da abordagem do sujeito, família e comunidade no contexto socioeconômico e cultural (MIGUEL et al., 2018).

Convém salientar que as DCN, com suas atualizações desde 2001, têm dado ênfase e destacado a determinação social do processo saúde-doença, bem como a gestão em saúde como área de competência, com o conceito de gestão da clínica e do cuidado (MACHADO; OLIVEIRA; MALVEZZI, 2021). Importante diferenciar a gestão da clínica que aborda o trabalho em equipe, desenvolvimento de liderança e gestão de conflitos, e a do cuidado que se relaciona às ofertas de serviços, a redes de atenção e à intersectorialidade, visando à integralidade, como também à qualidade da assistência em saúde (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

Esses movimentos de mudanças desencadearam uma responsabilização maior nas mãos dos trabalhadores dos serviços, na formação à atenção básica, do que nos meios acadêmicos, que ficaram mais focados na metodologia de ensino e distanciados dos cenários de prática (FEUERWERKER, 2014).

Dentro desse contexto, identifica-se a busca em superar um modelo de ensino-aprendizagem excessivamente baseado na transmissão de conteúdo, numa postura passiva e acrítica do discente, para uma perspectiva transformadora com o uso das metodologias participativas (LIMA, 2017).

A relação dialógica das metodologias ativas ou participativas com o processo de formação do preceptor na RMS e na própria interação com os residentes tem sido pautada, principalmente, na aprendizagem por meio da experiência, associada com a reflexão em apreender o significado da relação entre prática e teoria e construir referências que possam fomentar novas experiências (BACICH; MORAN, 2018). Essa perspectiva de aprendizagem impulsiona a práxis, em se reinventar e superar desafios, a resolução de problemas e reconstruir novos conhecimentos (FREIRE, 1970). Dessa forma, a aprendizagem por meio da transmissão cada vez fica mais distanciada dos processos formativos do preceptor na RMS, tornando-se mais centrada no encontro, no diálogo, no questionamento e na experimentação.

No contexto dos programas de RMS e das mudanças implementadas pelas DCN, em que pesem os processos de formação e desenvolvimento, não só do preceptor, mas de todos os atores que integram os cenários de prática, há uma grande expectativa, esperando-se que produzam respostas às dificuldades encontradas nos cotidianos do SUS (CECCIM et al., 2018).

Nessa perspectiva, é fundamental entender o papel dos preceptores, como profissionais com especialização na área de saúde, na sua grande maioria, formados no modelo tradicional, biomédico, tecnicista e com quase nenhuma capacitação na área da educação. No entanto constata-se que, apesar da concepção do preceptor como não sendo um professor nos moldes tradicionais que opera dentro de uma sala de aula, nos cenários de prática, seu perfil está imbricado com o processo de trabalho e, conseqüentemente, com sua transformação (PARENTE, 2008).

De acordo com Ribeiro e Prado (2013 p.164):

O preceptor precisa ser um protagonista, visto que compartilha a responsabilidade da formação do residente, e nesse contexto a fundamentação científica e pedagógica são imprescindíveis para que possam aplicar no espaço do trabalho, seus saberes, transformando, assim, o ambiente do cuidado em verdadeiro espaço de múltiplas aprendizagens, promovendo a construção/reconstrução do conhecimento.

Apesar de não ser exigida, por lei, uma formação docente do preceptor, tendo como critérios apenas que o mesmo tenha título de especialista e/ou experiência de três anos na área profissional (AUTÔNOMO et al., 2015), configura, no contexto das atribuições desse preceptor no campo da educação, que suas funções transcendem a perspectiva exclusiva do cuidado e da assistência, e provocam movimentos de interdisciplinaridades e interprofissionalidades nas relações com os residentes, com os profissionais de diferentes áreas, bem como com outros preceptores, obtendo assim uma formação mais ampliada (BOTTI; REGO, 2011).

Ser preceptor é posicionar-se diante do grande desafio em cuidar do aprendizado e ensinar o cuidado, com o entendimento de que “educar é um processo reconstrutivo, de dentro para fora, em direção à autonomia” (AFONSO; SILVEIRA, 2012, p.83).

Diante dessas considerações, percebe-se que é necessário buscar por um profissional com perfil de competência para a preceptoria, que deva incluir a capacidade de estimular o olhar crítico e a autorreflexão para com a sua própria formação (CECCIM et al., 2018), principalmente no que se refere à dimensão docente/pedagógica, pouco presente no exercício da preceptoria.

Competência pode ser conceituada como sendo a capacidade de implementar diferentes recursos em buscas por soluções, com legitimidade e sucesso, principalmente no que se refere às questões atreladas à prática profissional, em diferentes cenários (LIMA; RIBEIRO; PADILHA, 2013). É importante ainda relacionar sua projeção com capacidades cognitivas, atitudinais e psicomotoras, como também às competências colaborativas, destacando-se a identidade compartilhada e tarefas de equipe (REEVES et al., 2010). “A competência é agir com eficiência, utilizando propriedades, conhecimentos e valores na ação que

desenvolve, agindo com a mesma propriedade em situações diversas” (CRUZ, 2001, p. 31). Em suma, é ser eficaz diante de uma determinada situação, embasado por conhecimentos, sem necessariamente restringir-se a eles (PERRENOUD, 1999).

Petta et al. (2015) definem como fundamental, para o exercício da preceptoria, que esse profissional desenvolva competências em três campos de atuação: na organização do processo de trabalho centrado na integralidade do cuidado, que inclua, no planejamento desse processo, estratégias que fortaleçam a utilização de ferramentas na valorização da gestão da clínica; na promoção da integração ensino-serviço-comunidade, com iniciativas que produzam transformações nas práticas educativas e de cuidado, como também no estímulo aos processos de ensino-aprendizagem que se direcionem à construção do pensamento crítico-reflexivo do residente.

Atrelado ao desenvolvimento dessas competências, há necessidade de uma construção curricular que possibilite a formação de um profissional em que habilidades, atitudes e conhecimentos se articulam com a prática profissional (MORAES, 2003). Essa articulação pressupõe um alinhamento entre áreas de conhecimento relacionadas às atividades pedagógicas nos cenários das práticas da rede de serviços, principalmente, da atenção básica, assim como pode desencadear o repensar dos currículos para adequá-los à formação para o SUS (WITT, 2005).

É mandatório contextualizar a relação desse perfil profissional com o espaço de atuação no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), e, mais precisamente, dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A ESF “[...] busca assistir os indivíduos em seu contexto familiar e social, na perspectiva da integralidade e da equidade, valorizando os aspectos culturais e acolhendo as demandas de indivíduos e grupos” (STEINBACH, 2015, p.20). Ressalta-se que as ações em saúde, no contexto da ESF, sejam desenvolvidas por equipes multiprofissionais na perspectiva da interdisciplinaridade (BRASIL, 2011).

No universo da RMS e no exercício da preceptoria, a formação comum deve ser entendida como um processo de co-construção, “inter” (CECCIM, 2008 p.1740), onde se propõe descobrir o que há de comum entre as áreas profissionais, assim como entender os conceitos de interdisciplinaridade e interprofissionalidade, e saber

identificar em qual dimensão cada um se situa. No caso, contextualiza-se a interdisciplinaridade referenciada ao campo de conhecimento ou áreas de estudo, enquanto a interprofissionalidade, ao de práticas profissionais (LAGO, 2019).

Explicita-se aí a intencionalidade veemente em extrapolar e interrogar o trabalho multiprofissional na RMS, por diversas vezes uniprofissional, para uma perspectiva interprofissional, pensando no eixo estrutural da integralidade do cuidado a fim de qualificar a atenção à saúde. Diante dessa concepção, se faz necessário entender, *a priori*, em que ponto fica mais latente o diferencial entre o fazer “inter” e “multi”, no caso, marcado pelo grau de interação dos envolvidos, enquanto no primeiro, os pares aprendem e trabalham de forma interativa e engajada com e sobre os outros, no segundo, aprendem lado a lado, em paralelo, porém de maneira mais fragmentada e menos interativa (PEDUZZI et al., 2020).

A lógica da ESF, nesse sentido, aproxima-se muito do que se preconiza na RMS, na atuação do preceptor, não só no sentido de rompimento da organização disciplinar tradicional, hegemônica, centralizada na dimensão biológica do processo saúde-doença, mas em fortalecer o trabalho em equipe interprofissional por meio de interseções entre conhecimentos específicos e comuns de cada profissão a fim de propor novas práticas (RABELLO; CORVINO, 2001).

Vislumbra-se, a partir da concepção dialógica da educação e da colaboração interprofissional que o preceptor tem na RMS, a articulação das dimensões de sua formação, norteadas por uma concepção generalista, humanista, crítica e reflexiva em consonância com as necessidades concretas do SUS (COSTA et al., 2018), além de reconhecer o ambiente do trabalho como espaço para a troca e a produção de saberes.

É latente a potência da aprendizagem significativa proveniente das experiências e vivências numa ambiência de compartilhamento de saberes; na verdade, trata-se de um esforço coletivo que se fundamenta por relações e interações entre pessoas que desejam trabalhar juntas de forma colaborativa, valorizando a identidade, a comunicação efetiva, a interdependência e a responsabilidade compartilhada, constituindo dessa forma o verdadeiro trabalho em equipe (SILVA et al., 2015).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

No contexto de “ensinar” e “aprender” em cenários de prática no exercício da preceptoria na RMS, é importante considerar, novamente, o papel que a experiência tem dentro desse processo. Para Bondía (2002, p.24): “[...] o sujeito da experiência seria algo como um território de passagem, algo como uma superfície sensível que aquilo que acontece afeta de algum modo, produz alguns afetos, inscreve algumas marcas, deixa alguns vestígios, alguns efeitos [...]”, principalmente, quando há a possibilidades de essa “experiência” ser compartilhada no ato de fazer e promover a Educação Interprofissional (EIP) e Prática Colaborativa (PC).

A EIP é entendida como intervenções nas quais membros de mais de uma profissão da área da saúde aprendem juntos de forma interativa, com o explícito propósito de melhorar a saúde e bem-estar dos pacientes (REEVES et al., 2016).

Compreende-se, no cenário da RMS e de atuação na preceptoria, a importância da EIP como criadora de espaços para a PC, favorecendo a integração de várias profissões para aprender com os outros e sobre os outros (BATISTA et al., 2018). A EIP propõe mudanças nos níveis educacionais, profissionais e organizacionais, direcionando aos acadêmicos e profissionais a oportunidade de uma formação focada em uma aprendizagem que potencializa desenvolver habilidades e competências colaborativas nas atividades integradas em saúde (REEVES; HEAN, 2013).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010, p.7), “a prática colaborativa acontece quando vários profissionais de saúde de diferentes experiências profissionais trabalham com pacientes, famílias, cuidadores e comunidades para prestar assistência da mais alta qualidade”.

Esses aspectos se fazem muito presentes no papel dos preceptores nos cenários de prática que permeiam estratégias pedagógicas indutoras da PC, pautadas nos sujeitos e em suas experiências e vivências no mundo do trabalho.

A partir dessa perspectiva, a Educação Permanente em Saúde (EPS) apresenta-se como uma política de saúde fundamentada no desenvolvimento de profissionais de saúde no contexto dos serviços. Ela é entendida como um processo de aprendizagem desenvolvida no próprio ambiente de trabalho, em que há a incorporação do aprender e do ensinar ao cotidiano das organizações na perspectiva da aprendizagem significativa (BRASIL, 2004). Segundo Ceccim (2005, p.161), a “educação permanente em saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas, insere-se em uma necessária construção de relações e processos”. Esses processos perpassam as nuances do trabalho em equipe e dialogam com a necessidade do desenvolvimento de práticas interprofissionais colaborativas.

Ceccim e Feuerwerker (2004) formularam a noção do “quadrilátero da formação”, que impulsiona a coalizão e o avivamento de processos simultâneos de formação, atenção, gestão e controle social. Inclui-se, neste referencial, uma política capaz de provocar transformações nas práticas dessas dimensões, construídas pelos encontros, diálogos e compromissos, estabelecidos por todos os atores envolvidos neste processo. No caso da formação, traz um olhar que vai além das metodologias e/ou estratégias educacionais, procura tencionar o caráter inovador dessas práticas às necessidades e às demandas encontradas nos cenários, pelos quais se fazem presentes os atos “vivos” e concretos do processo ensino-aprendizagem (CECCIM et al., 2018).

Nesta conexão entre a EPS com a EIP, Reeves et al. (2016) destacam a relevância dessas competências colaborativas na formação docente, inclusive dos preceptores, referenciadas por experiências prévias, com intencionalidades para o trabalho em equipe interprofissional e flexibilizadas para o compartilhamento de saberes com os residentes. Aprende-se na perspectiva e na reflexão sobre essas experiências, construindo saberes, estratégias e projetos coletivos, rompendo a lógica do trabalho isolado, regidos por méritos restritos voltados para profissões como ofício pensadas em si mesmas (PEDUZZI et al., 2020).

Identifica-se que esses profissionais preceptores demandam um espaço formativo que deixe clara a importância da EIP, da PC e do trabalho em equipe para a melhoria, tanto do seu processo formativo, como da qualidade da assistência e segurança do usuário.

Na RMS, a formação interprofissional colaborativa apresenta-se como um desafio, uma vez que a lógica da formação, principalmente na graduação, é estruturada a partir de um ensino segmentado, o que, muitas vezes, leva ao trabalho uniprofissional (COSTA, 2016), e gera reflexos diretos no exercício da preceptoria. Evidencia-se, apesar da importância da formação interprofissional nos espaços e cenários da preceptoria, que o número de instituições de ensino que privilegiam essa proposta de ensino no Brasil é bem reduzido (OLIVEIRA, 2014).

Entretanto há exemplos, no Brasil, no contexto da graduação, de projetos político-pedagógicos voltados para a perspectiva de uma formação inicial baseada na EIP. Entre estes, como iniciativa pioneira, em 2006, o projeto pedagógico da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), *campus* Baixada Santista, que está alinhado à formação de um profissional da área da saúde na perspectiva do trabalho em equipe interprofissional, “com ênfase na integralidade no cuidado ao usuário, articulando as dimensões éticas, políticas, técnico-científicas e humanas na formação e atuação no campo da saúde” (BATISTA et al., 2018, p.1707).

No cenário internacional, desde 2010, a OMS vem dando ênfase à importância da colaboração interprofissional no mundo, com o Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (OMS, 2010). Busca-se incentivar e delinear a utilização de estratégias, mecanismos e ações na formulação de políticas que possam resultar em trabalho colaborativo bem-sucedido, resultando em melhorias nos sistemas de saúde.

Uma das referências que a OMS teve na condução dos estudos da EIP e da PC veio da proposta do Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE) no Reino Unido, que inclusive trouxe o conceito de EIP, praticamente, utilizado na grande maioria dos estudos sobre esta temática: “quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre o outro (*about*), com o outro e entre si (*from and with*) para promover uma colaboração eficaz e melhorar os resultados de

saúde” (OMS, 2010, p.13; CAIPE, 2002, p. 6). O objetivo principal é promover e estimular a integração de diferentes profissionais, de modo a aprenderem de forma interativa e conjunta. Barr e Low (2013) fundamentaram alguns princípios da EIP, ancorados por valores, processos e resultados, que situam o cuidado centrado no paciente como fundamental para a sua efetiva aplicação, além de considerar a individualidade de cada profissional e a negociação de limites pertinentes ao trabalho interprofissional.

No Canadá, em 2010, o The Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) apresentou um conceito muito aproximado ao da CAIPE, porém, trazendo à tona questões relacionadas à interdisciplinaridade, às competências colaborativas e às dinâmicas de funcionamento do trabalho em equipe, além da Atenção Centrada na Pessoa (ACP).

De acordo com Orchard et al. (2010, p.8): “Educação interprofissional ocorre quando os profissionais de saúde aprendem colaborativamente dentro e entre as disciplinas, a fim de obter conhecimentos, habilidades e valores necessários para trabalhar com outros profissionais de saúde”.

Nos Estados Unidos, os trabalhos e estudos voltados à EIP imprimiram maior ênfase aos resultados, às avaliações e ao raciocínio lógico (LAGO, 2019). Na busca por um consenso, lançaram um documento a partir da formação de um grupo de especialistas - Credenciadores Colaborativos de Profissionais de Saúde, (HEALTH PROFESSIONS ACCREDITORS COLLABORATIVE- HPAC, 2019), que, entre outras intencionalidades, fizeram a proposta de formação de um conselho para nortear as ações em saúde com foco na PC.

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) tem estimulado substantivamente os países da América Latina e Caribe à inclusão das discussões sobre a EIP e PC com o intuito de gerar melhorias nos seus sistemas de saúde, criando propostas que facilitem o encontro, a exposição de experiências, pesquisas, iniciativas pedagógicas e regulatórias centradas nessa temática (OPAS, 2016). Uma dessas estratégias foi a criação de uma Rede Regional de Educação Interprofissional (REIP), que tem como foco a articulação e cooperação técnica entre instituições de ensino, organizações profissionais, MS e Ministério da Educação

(ME), com o objetivo de promover a EIP e a PC na atenção à saúde na Região das Américas (REIP, 2021).

Alguns manuais, denominados de Guias Práticos (*guides*), têm sido implementados por instituições de pesquisas no mundo inteiro, com a intenção de oferecer recursos para apoiar educadores e profissionais de qualquer profissão da saúde interessados em trabalhar com EIP. Como exemplo: Interprofessional Handbook Education, que foi desenvolvido e promovido em um evento no ano de 2017 pelo CAIPE, o qual reuniu grandes *experts* na área da EIP. O objetivo principal desse manual foi disponibilizar uma síntese dos mais recentes estudos e teorias em torno da EIP. A partir das discussões construídas por esses pesquisadores, foi possível instigar reflexões e análises, iluminando as considerações que precisam ser abordadas. Foi oportunizado também planejar, organizar e implementar as ações e estratégias nos campos que envolvem os serviços de saúde, usuários, atividades de aprendizagens e avaliações no contexto da EIP (CAIPE, 2017).

Importante considerar a ênfase que tem sido dada à avaliação como um dos pilares da EIP e ao seu caráter instrumental voltado, principalmente, para melhorias no desempenho e utilização dos recursos (FURTADO, 2001). Valorizam-se, neste contexto, processos avaliativos formativos com abordagens participativas que fortaleçam o engajamento dos atores envolvidos e evidenciem o desenvolvimento de competências colaborativas, além de promoverem a capacitação desses profissionais no que se refere às suas atribuições. Ressalta-se que esses atores envolvidos ou os “grupos de interesses” (*stakeholders*), que são potencialmente os avaliadores ou que são avaliados, beneficiados ou não pelos processos avaliativos, desempenham papel fundamental nos resultados (GUBA; LINCOLN, 1989).

Nesse contexto, muitos instrumentos têm sido utilizados para avaliar a EIP e o desenvolvimento de competências colaborativas, e que podem ser utilizados em programas de RMS, tanto para alunos, como para preceptores e tutores. As intencionalidades em se aplicar a avaliação nos movimentos propostos pela EIP são diversas, podem ser processuais, focadas em resultados, ou ainda, em ambos (BISPO, 2019). A utilização de instrumentos validados que possam medir ou avaliar

com o máximo de precisão é apontada como fundamental, quando se pensa em resultados sustentados por evidências científicas robustas (CANO; HOBART, 2011).

As escalas atitudinais com finalidades psicométricas têm sido amplamente utilizadas; entre as quais, as do tipo Likert apresentam possibilidades aplicáveis em pesquisas que visam investigar como os seus componentes influenciam na mudança de comportamento e percepções (BISPO, 2019). Seria então um tipo de escala em que o respondente indica seu grau de concordância ou discordância em relação ao objeto pesquisado (BERMUDES et al., 2016), como também a intensidade. Normalmente, as respostas das assertivas são dimensionadas em cinco pontos que vão desde a discordância total até a concordância plena, cada um com sua respectiva pontuação. Possibilita-se, a partir das médias das pontuações obtidas, mensurar e investigar quais aspectos são relacionados aos processos mentais e comportamentais, e se estes são susceptíveis de medição e passíveis de produção de dados estatísticos para a futura análise dos resultados (CUNHA, 2007).

A partir de propostas avaliativas que abordam o desenvolvimento de pesquisas nessa ambiência que integra diferentes profissões nos serviços, ao se propor a PC, além do abalo à hegemonia da prática médica, centrada na doença, questionam-se paradigmas relacionados à formação em saúde nos aspectos da política, da ética, das vivências e das relações de poder (SILVA et al., 2015).

Nesse sentido, a busca por alternativas que tragam melhorias, não só à introdução de PC no trabalho das equipes de saúde, mas à própria participação do usuário em toda complexidade que envolve o seu processo de adoecimento, tem levado alguns pesquisadores a desenvolverem estudos com a intenção de qualificar a assistência prestada como a própria segurança desse usuário.

Agrelli et al. (2016) descreveram, em um estudo aprofundado da literatura nacional e internacional, os elementos-chave da Atenção Centrada na Pessoa (ACP) e procuraram discutir sua relação com a PC na APS no contexto do SUS. Chegaram à conclusão de que, apesar de haver uma discrepância grande entre a quantidade das pesquisas internacionais em relação às nacionais, escassas na avaliação deste estudo, há pelo menos consenso sobre as relações recíprocas entre ACP e PC em três aspectos: olhar ampliado do cuidado à saúde, tendo a

integralidade como principal mecanismo em atender às necessidades de saúde do usuário, família e comunidade; participação do usuário, com ênfase no apoio ao autocuidado e autonomia; e relação profissional e usuário, contemplada pela subjetividade inerente ao processo saúde-doença (AGRELLI et al., 2016).

Assim, na perspectiva da complexidade em relação às necessidades de saúde e da organização dos serviços, fica cada vez mais evidente o imperativo de substituir a atuação isolada e independente dos profissionais pelo trabalho em equipe interprofissional colaborativo (ORCHARD et al., 2010). Para que o trabalho em equipe seja efetivo, é imprescindível valorizar a prática comunicativa, o “agir comunicativo”, a partir de encontros e diálogos para além da própria equipe, na busca por consensos, na construção de projetos comuns, incluindo a participação do usuário, da família e comunidade em prol da melhoria do cuidado (PEDUZZI, 2001). Para que esse processo aconteça é fundamental que o trabalho em equipe esteja envolto pela colaboração interprofissional. A figura 1 ilustra esta relação:



Fonte: Baseado em Peduzzi e Agreli (2018).

Figura 1. Relação entre colaboração interprofissional, prática colaborativa e trabalho em equipe.

Barr (2021), um dos mais notáveis especialistas no tema da EIP e PC em saúde, em editorial de abertura dos trabalhos da REIP para o ano de 2021, traduziu muito bem essas relações:

A aprendizagem interprofissional é a chave para a colaboração. É o meio pelo qual as profissões se unem em uma causa comum, reúnem seus recursos e se engajam em tarefas que estão além da capacidade de qualquer uma delas sozinha, deixando de lado rivalidades e diferenças (REIP, 2021 p. inicial).

Ressalta-se nesse contexto o importante papel da Integração Ensino Serviço Comunidade (IESC), em que vigoram as relações de reciprocidade inseridas nos sistemas de saúde e educação, construídas a partir de espaços dialógicos e de reflexão crítica e coletiva da participação do usuário, família e comunidade na produção do cuidado (FORTE et al., 2020). Nessa perspectiva, conforme Silveira et al. (2020, p. 2): “[...], a IESC pode representar uma possibilidade para qualificar simultaneamente a formação e o cuidado em saúde no SUS, com vistas a alcançar a efetivação de seus princípios, como a integralidade do cuidado, com maior resolubilidade da atenção em saúde”.

Um dos grandes desafios para o fortalecimento da formação interprofissional colaborativa é a escassez de profissionais de saúde com perfil voltado para essa formação, o que se tornou uma preocupação mundial e, dessa forma, os governos têm buscado soluções para implementar estratégias de enfrentamento a essa problemática (OMS, 2010). O mundo do trabalho contemporâneo tem pautado, como essencial, principalmente nesse contexto, que profissionais com conhecimentos, habilidades e atitudes possam agir de modo integrado com diversas profissões, adequando-se às exigências da sociedade vigente (GONZE; SILVA, 2011).

Discute-se a importância da EIP e da PC, enfatizando a necessidade da inovação curricular para formar profissionais melhor preparados para atender às demandas de saúde da sociedade e do mundo do trabalho (BISPO, 2019).

A OPAS tem incentivado os países da América latina, incluindo o Brasil, com iniciativas pedagógicas, com eixos de trabalho em pesquisa e na formação docente (OPAS, 2016).

No Brasil, no mês de julho de 2021, o Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em conjunto com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), apresentou uma proposta para a ampliação da sua atuação na formação e qualificação dos acadêmicos e profissionais com o lançamento do Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde. A princípio, a intenção seria valorizar os residentes e o corpo docente-assistencial de programas de residência por meio da promoção e qualificação complementar e da ampliação do número do financiamento de bolsas em áreas prioritárias do SUS e também fortalecer a atuação do preceptor na formação do residente. Em relação a essa última consideração, faz-se referência, no segundo eixo, a esse documento:

Eixo II – Valorização Ensino-Assistencial. As ações de valorização ensino-assistencial consistem em cursos para qualificação do corpo docente-assistencial com intuito de aprimorar o conhecimento científico e, conseqüentemente, contribuir de maneira qualitativa e quantitativa no ensino e na formação de novos especialistas, bem como na produção científica no país (BRASIL, 2021 p. 14).

Ressalta-se que esse documento não faz menção alguma às possibilidades da EIP e PC nos processos formativos dos preceptores em cenários de prática, nem em termos de projetos pedagógicos nem em relação às suas aplicações nesses contextos.

Mediante todo o exposto, é evidente a reduzida oferta de iniciativas que direcionam a formação do preceptor em cenários de prática voltado à EIP e PC na RMS, como espaço favorável à implementação de aprendizagem na prática do trabalho “vivo” em ato, na troca de saberes, no fortalecimento e valorização desse profissional. Nesse contexto, faz-se necessário pesquisar se o preceptor na RMS tem a percepção do papel das experiências colaborativas para a sua própria formação nos cenários de prática, onde ele “aprende” fazendo.

3 HIPÓTESE

3 HIPÓTESE

O preceptor, no seu processo formativo e de construção de sua identidade, em cenários de prática na Residência Multiprofissional em Saúde, encontraria possibilidades para o desenvolvimento de experiências colaborativas necessárias ao exercício da preceptoria.

4 OBJETIVOS

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Analisar a percepção do preceptor sobre a sua formação em cenários de prática na Residência Multiprofissional em Saúde na perspectiva das experiências colaborativas.

4.2 Objetivos específicos

- Avaliar o quanto a colaboração interprofissional está presente no processo de trabalho em equipe e do cuidado no exercício da preceptoria.
- Reconhecer espaços de aprendizagens interprofissionais colaborativas na formação do preceptor em cenários de prática no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde.
- Caracterizar o profissional preceptor participante desta pesquisa.

4.3 Objetivo do Produto

Desenvolver um guia (APÊNDICE 6) com diretrizes e estratégias para que os preceptores incorporem a Educação Interprofissional e Prática Colaborativa no seu processo formativo em cenários de prática.

5 MÉTODO

5.1 Delineamento da Pesquisa

Trata-se de um estudo de campo exploratório e descritivo, sendo exposto por meio de resultados quantitativos e qualitativos, em que foi analisada a percepção do preceptor em relação à sua formação em cenários de prática no contexto da RMS.

A pesquisa quantitativa pode gerar questionamentos que podem ser aprofundados de forma qualitativa (BRUGGEMANN; PARPINELLI, 2008).

Conforme Denzin e Lincoln, (1994, p.509), de forma genérica, "Os pesquisadores qualitativistas estudam as coisas em seu *setting* natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos nos termos das significações que as pessoas trazem para estes".

No que concerne à subjetividade presente no *setting* da pesquisa em foco, valoriza-se a perspectiva dos sujeitos entrevistados numa visão mais sociológica, como bem relata Minayo, 2006 (p.22/23):

[...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo esta última tomada tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Importante considerar, no contexto da pesquisa empírica como matéria significativa que envolve opiniões compartilhadas por um grupo de indivíduos, que, tanto a variável qualitativa, pelo qual se apresenta no pensamento transformado em discurso, a partir de um resultado previamente desconhecido, como a variável quantitativa, representada numericamente por uma quantidade de indivíduos, podem abranger de forma mais ampliada uma pesquisa (LEFEVRE & LEFEVRE, 2006).

Minayo (2017) refere que pesquisas qualitativas e quantitativas são complementares, contudo não apresentam a mesma natureza. A pesquisa qualitativa aborda os aspectos relacionados ao fenômeno e busca as singularidades e os significados. A pesquisa quantitativa trata da intensidade e busca aquilo que se repete e pode ser tratado em sua homogeneidade.

Trata-se também de uma pesquisa exploratória que tem o intuito de conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, o contexto em que ela se insere e a significância (PIOVESAN, 1995). O mesmo autor acrescenta: “A pesquisa exploratória, permitindo o controle dos efeitos desvirtuadores da percepção do pesquisador, permite que a realidade seja percebida tal como ela é, e não como o pesquisador pensa que seja” (PIOVESAN, 1995 p.321).

Tem caráter descritivo, uma vez que descreve as características de determinada população ou fenômeno, utilizando técnicas padronizadas para a coleta de dados (GIL, 2007).

5.2 Cenário do Estudo

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Praia Grande- SP (PRMUSFC-PG)

O município da Estância Balneária de Praia Grande está localizado no litoral sul do Estado de São Paulo, e vem desde 1997 empreendendo esforços para reorganizar o modelo de assistência à saúde prestada aos usuários do município.

O PRMSFC é cumprido na rede de atenção à saúde durante o período de dois anos, com carga horária mínima total de 5.760 horas, sem qualquer vínculo empregatício, em regime de tempo integral e com carga horária de 60 horas semanais, sendo 80% voltadas às atividades práticas e 20%, às teóricas.

Caracteriza-se por ser a Secretária Municipal de Saúde do município a executora e formadora, na qual se faz presente o modelo em que, tanto a parte

acadêmica, como a prática assistencial, estão integradas dentro do espectro de ações e de gestão do próprio município, não tendo instituição de ensino externa responsável pela educação. É destinada aos profissionais de saúde das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia e Psicologia.

No primeiro ano, os Residentes (R1) ficam alocados nas Unidades de Saúde da Família (USAFA), e no segundo ano, denominados de R2, no estágio rotativo das especialidades que compõem a rede de atenção e também nas USAFA. Nos estágios de prática, são supervisionados por preceptores da mesma área profissional nas USAFA, e nas especialidades, por qualquer profissional habilitado na área específica. Os docentes, tutores e preceptores são formados por profissionais (especialistas, mestres e doutores) do próprio município, convidados para ministrarem as atividades pedagógicas e de formação aos residentes do programa.

5.3 Participantes

Os participantes dessa pesquisa foram os preceptores que compunham, na época, o PRMSFC-PG, convidados pessoalmente pelo pesquisador nos encontros e reuniões da preceptoria. A população total foi de 39 preceptores da RMS, dos quais 32 participaram da primeira fase da coleta de dados e, dentro desta amostra, 17 preceptores foram convidados a participar da segunda fase, porém houve a adesão de 11 participantes, de acordo com os critérios de inclusão:

Critérios de inclusão:

- ser preceptor e estar lotado nas USAFA do município;
- com experiência de no mínimo 3 anos em serviço na Atenção Primária à Saúde do município;
- concordar com o teor do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) digital (APÊNDICE 4).

Cr terios de n o inclus o:

- n o querer responder a entrevista;
- n o participar de todos os momentos da pesquisa;
- n o concordar com o TCLE digital.

5.4 Instrumentos

O instrumento utilizado no primeiro momento foi a escala AITCS II-BR (BISPO; ROSSIT, 2018) (ANEXO 1), que   configurada por meio da Escala do tipo Likert, pela qual foi preparado em formul rio eletr nico, que foi hospedado em plataforma virtual do PRMSFC-PG, contendo o respectivo instrumento com as assertivas distribu das aleatoriamente (AP NDICE 5), al m das orienta es para o preenchimento do mesmo, bem como o TCLE (AP NDICE 3) com o aceite dos participantes desta fase da pesquisa.

O instrumento utilizado no segundo momento foi a Entrevista Semiestruturada (AP NDICE 2), realizada de forma remota, por web confer ncias, a partir de um convite com datas e hor rios preestabelecidos.

5.4.1 AITCS II-BR (BISPO; ROSSIT, 2018)

Como instrumento de coleta de dados, adotou-se a *Escala de Avalia o da Colabora o Interprofissional em Equipe - AITCS II*, elaborada por Carole Orchard (2015) que foi validada no Brasil por BISPO e ROSSIT em 2018 com a denomina o de AITCS II- BR, que autorizaram a sua utiliza o na pesquisa por meio de Carta de Autoriza o para a Utiliza o da *Escala de Avalia o da Colabora o Interprofissional em Equipe - AITCS II-BR* (AP NDICE 1), com o objetivo de mensurar os n veis de colabora o entre os membros de uma equipe a partir da percep o desses profissionais inseridos no PRMSFC-PG e a sua rela o com o

desenvolvimento de competências interprofissionais colaborativas. Essa escala pode ser aplicada em diversas situações, em pesquisas, na educação permanente, em processos avaliativos de desempenho e do trabalho em equipe (BISPO, 2019).

Foram considerados ainda o caráter de atualidade, a pertinência e a possibilidade de avaliar a competência dos participantes quanto à colaboração interprofissional a partir da percepção em relação ao modo como uma equipe trabalha e atua nos cenários de prática.

Importante dar ênfase, no contexto da preceptoria na RMS, à inter-relação com EIP, que tem como um dos pilares a promoção da educação dos profissionais de saúde, desde o início da graduação, com competências para o trabalho em equipe e a PC no SUS (PEDUZZI et al., 2013; PEDUZZI, 2016).

A PC cresce por meio da aprendizagem colaborativa entre as profissões, reforçando a interação com as competências desenvolvidas (BISPO, 2019).

A AITCS II (ORCHARD, 2015) é um instrumento diagnóstico desenvolvido para medir a colaboração interprofissional entre os membros de uma equipe. Consiste de uma seção inicial com orientações gerais e dados de caracterização da amostra e uma segunda seção com as 23 assertivas com itens sobre a colaboração interprofissional. Os itens da escala estão organizados em três dimensões, consideradas fundamentais para o trabalho colaborativo: 1) Parceria com oito itens; 2) Cooperação com oito itens; e, 3) Coordenação com sete itens em escala do tipo Likert de cinco pontos: (1) Nunca; (2) Raramente; (3) Às vezes; (4) Frequentemente; e, (5) Sempre.

A escala do tipo Likert estrutura as respostas das assertivas do instrumento a partir da perspectiva em verificar o nível de concordância dos participantes com afirmações que expressam algo favorável ou desfavorável a respeito do que está se pesquisando, como também podem, caso os respondentes tenham incertezas ou dúvidas, demonstrar atitudes não definidas (BISPO, 2019). Uma grande vantagem da escala Likert é a facilidade da sua aplicação, sendo ideal para conhecer atitudes e opiniões qualitativas que podem ser mensuradas (MARCONI; LAKATOS, 2010). Essa escala utiliza números que, em conjunto com os indicadores, mensuram os

níveis de concordâncias em relação às assertivas propostas, no caso deste estudo, a colaboração interprofissional em equipe nos cenários de prática dos preceptores no PRSFC-PG.

Importante ressaltar que, para a aplicação da AITCS II-BR, na versão online, disponibilizada aos participantes na plataforma EaD do PRMSFC-PG, as assertivas foram intencionalmente organizadas de forma mista, quase randomizadas, tendo o objetivo de mesclar as assertivas das dimensões (parceria, cooperação e coordenação), no sentido de evitar que os participantes ficassem sob o controle de uma única variável e evitar a indução de possíveis vieses nas respostas.

A figura 2 apresenta as três dimensões:



Fonte: (BISPO e ROSSIT, 2019)

Figura 2. Dimensões e quantidade de itens da Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe - AITCS II-BR (BISPO e ROSSIT, 2019).

5.4.2 Entrevista Semiestruturada

Posteriormente, foi realizada a Entrevista Semiestruturada com os preceptores que faziam parte do PRMSFC-PG e que estavam dentro dos critérios de inclusão. As questões das entrevistas foram formatadas a partir de um roteiro disposto em tópicos específicos nas áreas da formação no âmbito do exercício da

preceptoria relacionados à EIP e ao desenvolvimento da PC. O objetivo principal foi explorar com maior profundidade esses aspectos encontrados, a princípio na escala, por meio de uma abordagem mais ampliada que favorecesse a significância e subjetividade das falas dos entrevistados.

Segundo Triviños (2009, p.146),

[...] podemos entender por entrevista semiestruturada em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seus pensamentos e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da entrevista.

O roteiro da entrevista foi elaborado a partir da retomada do que foi descrito na hipótese e objetivos deste estudo para que não houvesse desvios ou vieses quanto à proposta da pesquisa. Levou-se em consideração o que propõe Minayo (2010): construir questões diretivas que estimulem relatos de experiências, fugindo de respostas ambíguas e incertas, não relacionadas às vivências dos entrevistados; roteiro elaborado com questões que facilitem o aprofundamento e a amplitude da comunicação; e centralidade das perguntas, de acordo com o contexto e delineamento do objeto, visando dar importância à temática da pesquisa e a sua relevância.

Em média, o tempo gasto nas entrevistas variou de 15 a 40 minutos, e devido a alguns problemas relacionados a tecnologias empregadas, duas entrevistas tiveram de ser transferidas para outro momento. Foram necessárias algumas intervenções, pelo entrevistador, no sentido de se manter o foco nas questões norteadoras e sua relação com o objeto da pesquisa, no caso a EIP e PC no contexto da RMS, dando ênfase à formação do preceptor em cenários de prática.

5.5 Procedimentos de Coleta de Dados

No primeiro momento da pesquisa, todos os 39 preceptores foram convidados a responder às proposituras da escala AITCS II-BR (BISPO e ROSSIT, 2018). O convite deu-se por meio de exposição do autor em reunião da preceptoria sobre os objetivos da pesquisa e os reflexos positivos que poderiam ser gerados no processo de formação dos preceptores, onde todos estavam presentes. Foi explicado também que o instrumento estaria disponível para ser respondido na plataforma de Educação a Distância (EaD) do PRMSFC do município. A plataforma Moodle EaD do município é um espaço construído para disponibilizar documentos, avisos, entre outras funcionalidades; hospeda as aulas dos eixos transversais (que incluem todas as áreas profissionais da RMS) e as dos eixos específicos de cada área profissional, mas serve também para compartilhamento de propostas pedagógicas, discussão de estratégias metodológicas de ensino-aprendizagem, criação de espaços coletivos no desenvolvimento de pesquisas no âmbito da residência. Como todos os preceptores têm acesso à plataforma, foi um facilitador encontrado para a obtenção dos dados para posterior análise, possibilitando, inclusive, à luz da temática apresentada, a criação de um canal de discussão e avaliação da proposta. Antes, contudo, foi dado o aceite do TCLE, disponível na própria plataforma, antes de serem respondidas as assertivas do instrumento. Dos 39 participantes convidados, 32 responderam à escala.

No segundo momento da pesquisa, os preceptores lotados nas USAFA, que já haviam participado da primeira fase da coleta de dados, ou seja, respondido à escala AITCS II-BR (BISPO; ROSSIT, 2018), no total de 17 na época, foram convidados para responder às questões da entrevista, que seriam agendadas em horários compatíveis com a disponibilidade dos participantes, tendo, no entanto, a adesão e participação de 11. Foi feito um vídeo pelo autor e enviado a todos os participantes, explicando o tema da pesquisa, seus objetivos, sobre como seriam conduzidas as entrevistas, além das questões éticas envolvidas. A princípio, as entrevistas seriam feitas de forma presencial, gravadas em gravador digital para posterior análise, porém, com o isolamento social imposto pelo crescimento da Pandemia SARS COVID 19, os encontros ficaram inviabilizados. Com isso, foi

efetuada uma nova submissão na plataforma Brasil, na qual já havia sido autorizada a realização das entrevistas no formato inicialmente proposto.

Dessa forma, depois de mais de dois meses, foi aprovado, pela Plataforma Brasil, um novo parecer para que os participantes pudessem responder às perguntas da entrevista no formato remoto, por meio de web conferências (plataforma de reunião online), gravadas em dispositivo exclusivo para a pesquisa. Foi utilizado o dispositivo de “nuvem” para o arquivo dos documentos, com o intuito de possibilitar a transcrição do material para a futura análise do conteúdo.

Foram tomados todos os cuidados necessários relacionados à coleta dos dados, assim como ao armazenamento dos mesmos a fim de garantir o sigilo e a confidencialidade das informações pertinentes aos participantes da pesquisa. O consentimento dos participantes, dessa fase de coleta de dados, foi dado por meio do TCLE digital, com o preenchimento de formulário online (GoogleForms), o qual tinha a possibilidade de ser salvo e impresso pelos participantes.

5.6 Procedimentos de Análise dos Dados

5.6.1 Análise de Média Aritmética Simples

A análise dos dados quantitativos, coletados a partir das respostas da primeira parte da escala AITCS II-BR e da Entrevista Semiestruturada, deu-se a partir das características e variáveis observadas ou comparadas entre os participantes do estudo por via desses instrumentos.

Foram utilizadas várias ferramentas, como: gráficos, quadros, tabelas e medidas de síntese por porcentagem. Variável é a característica de interesse que é medida em cada indivíduo da amostra ou população, como o nome diz, seus valores variam de indivíduo para indivíduo (REIS; REIS, 2002).

Como cálculo, foi realizada a média aritmética simples, somando-se todos estes valores e dividindo-se o resultado pelo número de elementos somados, que é

igual ao número de elementos do conjunto, ou seja, a média de (n) números é sua soma dividida por n.

5.6.2 Análise Atitudinal

De posse dos dados coletados na escala AITCS II-BR (BISPO; ROSSIT, 2018), estes foram submetidos a uma análise atitudinal a partir das médias das asserções, sendo que em cada assertiva, os respondentes tiveram de escolher entre cinco opções: 1="Nunca"; 2="Raramente"; 3="Às vezes"; 4="Frequentemente"; e 5="Sempre". A concordância plena foi pontuada em 5 pontos e a discordância plena, em 1 ponto, refletindo a percepção e compreensão dos respondentes frente às assertivas propostas.

As respostas, assim que definidas, foram desmembradas em três zonas: Zona de Perigo (vermelho) com médias entre 1,00 e 2,33 pontos, que denota a premente transformação do cenário analisado; Zona de Alerta (amarelo), com médias entre 2,34 e 3,67 pontos, atribuindo-se problemas a que se deve atentar para a modificação do cenário pesquisado, sem o caráter de urgência; e Zona de Conforto (verde), cujas médias balizam nas casas entre 3,68 e 5,00, que demonstram boa percepção, assim auferindo resultados que realmente demonstraram positividade do que fora estudado na pesquisa (FERREIRA, 2004; PEREGO; BATISTA, 2016).

O quadro 1 apresenta a classificação das zonas por cores:

Quadro 1; Classificação dos níveis de concordância por zona a partir dos valores atribuídos.

Zona de Perigo – médias entre 1,00 e 2,33
Zona de Alerta – médias entre 2,34 e 3,67
Zona de Conforto – médias entre 3,68 e 5,00

5.6.3 Análise de Conteúdo

Após a transcrição das entrevistas semiestruturadas, foi realizada a Análise de Conteúdo que, segundo Bardin (2001, p31), pode ser traduzida da seguinte forma: “A análise de conteúdo (seria melhor falar de análises de conteúdo), é um método muito empírico, dependente do tipo de ‘fala’ a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo”.

Designa-se sob o termo de análise de conteúdo, segundo BARDIN, (2011, p.42):

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Minayo (2010, p.316) propõe um desdobramento da Análise de Conteúdo ou Análise Temática, como denomina essa autora, em três etapas, sob as quais a análise qualitativa pode ser realizada: a) Pré-análise: escolha dos documentos para análise, revisitam-se, nesse momento, as hipóteses e os objetivos do estudo, b) Exploração do Material: organizar o material escolhido com a finalidade de elaborar categorias que podem emergir de expressões ou palavras e c) Tratamento e interpretação dos resultados encontrados.

Há de se considerar a análise de conteúdo, no contexto de uma abordagem metodológica crítica e apoiada na ciência, que identifica o protagonismo e o papel ativo do sujeito na produção do conhecimento (FRANCO, 2012).

Após a transcrição na íntegra das Entrevistas Semiestruturadas, foram efetuadas as leituras flutuantes de todo o material a ser analisado, com o intuito de tomar o primeiro contato e conhecimento do contexto e disparar já algumas impressões e orientações para as fases posteriores.

Posteriormente a essa fase inicial, foram feitas várias releituras, o que propiciou a construção e seleção das Unidades de Análises (UA) a partir dos recortes das falas transcritas, consideradas relevantes e que estavam em consonância com as questões e objetivos da pesquisa. Há de se ressaltar o volume

grande de dados produzidos em decorrência da extensão e quantidade de respostas fornecidas, o que demandou, dessa fase, um trabalho de imersão e comprometimento, de idas e vindas ao material.

Desse processo, emergiram as Unidades de Análises Temáticas (Categorias Temáticas - CT), respaldadas por conhecimentos teóricos, sensibilidade, intuição e experiência. As CT foram redimensionadas de forma mais sintética e objetiva com o intuito de facilitar os procedimentos de análises dos resultados, além de, torná-las mais claras para a posterior discussão.

5.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do município e, após deferimento, submetido à apreciação da Plataforma Brasil, atendendo ao estabelecido na Resolução nº466, de 12/12/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi aprovado sob Parecer nº 4.493.296 e CAAE: 30198420.0.0000.5505 na data de 08 de janeiro de 2021.

A pesquisa só foi iniciada após a aprovação no Comitê de ética da UNIFESP pela Plataforma Brasil. Todos os preceptores foram informados sobre os objetivos da pesquisa e sobre o teor do TCLE, ficando claro que poderiam retirar o consentimento em qualquer momento, ou deixar de participar, sem qualquer prejuízo. Todas as informações prestadas ao pesquisador foram mantidas em sigilo, garantindo-se a privacidade e o anonimato dos participantes.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 Análise das respostas obtidas da Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe AITCS- II BR (BISPO; ROSSIT, 2018)

6.1.1 Caracterização dos participantes da primeira fase da pesquisa

Tendo em vista os objetivos deste estudo, a análise da média aritmética simples consistiu em descrever as variáveis de interesse. Para tanto, foram construídos quadros, gráficos, porcentagens e médias, apresentando as informações coletadas com os preceptores da PRMSFC. Esses elementos forneceram as informações necessárias para traçar uma caracterização dos participantes do estudo.

Participaram desta pesquisa 32 preceptores do PRMSFC-PG que responderam à Escala de Avaliação AITCS II – BR (BISPO; ROSSIT, 2018), dentre os quais, 22 atuam na ESF e no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF); 5 na Atenção Secundária; 01 no Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD); 03 na Gestão-03; e 01 na Vigilância Sanitária, distribuídas em cinco categorias profissionais, como apresentado no gráfico 1:

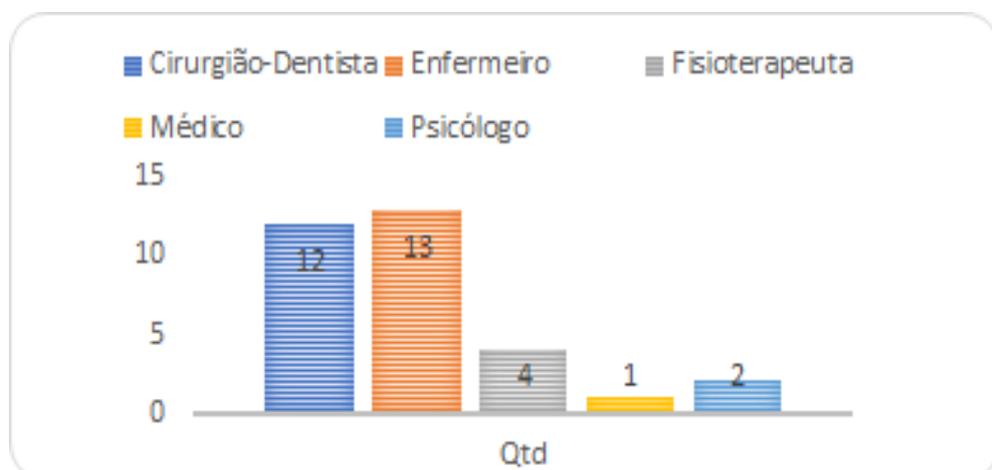


Gráfico 1 - Caracterização dos preceptores por categoria profissional.

É possível verificar uma grande concentração em algumas categorias profissionais, no caso de Enfermeiros (13) e Cirurgiões-Dentistas (12), perfazendo uma porcentagem de 78,1% do total de participantes. Isto ocorreu em decorrência de, no ato do credenciamento do programa no MS e no ME, ter sido disponibilizado e aprovado maior número de vagas nessas duas áreas de atuação. Infere-se ter havido uma necessidade maior desses profissionais, uma vez que a preceptoria, na maioria dos estágios de campo, é exercida por categoria semelhante às dos residentes (PRAIA GRANDE, 2021).

A titulação dos profissionais participantes quanto à graduação, especialização e mestrado é demonstrada no quadro 2:

Quadro 2: Titulação dos preceptores participantes da pesquisa

Titulação	Quantidade	Porcentagem
Graduação	2	6%
Especialista	24	75%
Mestrado	6	19%
Total Geral	32	100%

Nessa variável, ficou evidente a questão da titulação mínima especialização *lato sensu* como pré-requisito. Apesar de esse item não ser obrigatório para o ingresso do preceptor ao programa de residência, confirmou-se que a grande maioria dos participantes tinha pelo menos uma especialização *lato sensu* (75%). Ressalta-se que alguns apresentaram Mestrado (*stricto sensu*) (19%), devido, principalmente, à exigência dessa formação no exercício da tutoria. Alguns profissionais acumulam as duas funções, são tutores das suas respectivas áreas profissionais e atuam como preceptores em estágio de campo.

O quadro 3 aborda aspectos relacionados à carga horária dos preceptores inseridos no PRMSFC-PG:

Quadro 3: Carga horária dos preceptores do PRMSFC-PG.

Carga horária semanal	Quantidade	Porcentagem
20h semanais	4	13%
30h semanais	4	13%
40h semanais	24	75%
Total Geral	32	100%

A variável carga horária demonstra que a grande maioria dos preceptores exerce suas funções com carga horária de 40 horas (75%); denota-se, com isso, que o campo de atuação de prática é mais presente no contexto da APS, em espaço da USAFA, impondo maior peso desses espaços no processo formativo dos preceptores e dos residentes. A RMS foi criada como modalidade que se constitui como de ensino de Pós-Graduação *Lato Sensu*, voltada para a **Educação em Serviço** (BRASIL, 2005).

Quando se fala especificamente da atuação dos preceptores, é importante considerar que a carga horária das RMS apresenta 80% inseridas em cenários de prática e 20% destinadas às aulas teóricas e à construção do Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) (CECCIM et al., 2018).

A questão de “sexo autodeclarado” e sua relação com os preceptores do programa são demonstradas no quadro 4:

Quadro 4: relação de “sexo autodeclarado” na preceptoría do PRMSFC-PG.

Sexo	Quantidade	Porcentagem
Feminino	26	81%
Masculino	6	19%
Total Geral	32	100%

A variável “sexo autodeclarado” demonstra que, no total dos 32 preceptores participantes, 26 (81%) são do sexo feminino, evidencia-se assim, fortemente, a presença feminina no campo da preceptoria, bem como no quadro de profissionais da saúde.

Em recente levantamento feito pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, foi constatado esse dado:

As mulheres são a principal força de trabalho da saúde, representando 65% dos mais de seis milhões de profissionais ocupados no setor público e privado, tanto nas atividades diretas de assistência em hospitais, quanto na Atenção Básica. [...]em outras [profissões], como Enfermagem e Psicologia, estão com percentuais acima de 80% (CONASEMS, 2020, s/n).

Comprova-se a tendência desse processo de feminização das profissões verificada no Censo IBGE-Brasil de 2000, o qual demonstrou que, dentre os profissionais com diploma universitário, 61,7% eram mulheres, compondo 95,3% dos nutricionistas, 90,4% dos enfermeiros, 50,9% dos cirurgiões-dentistas e 35,9% dos médicos (COSTA et al., 2010).

A faixa etária se faz presente na análise do gráfico 2:

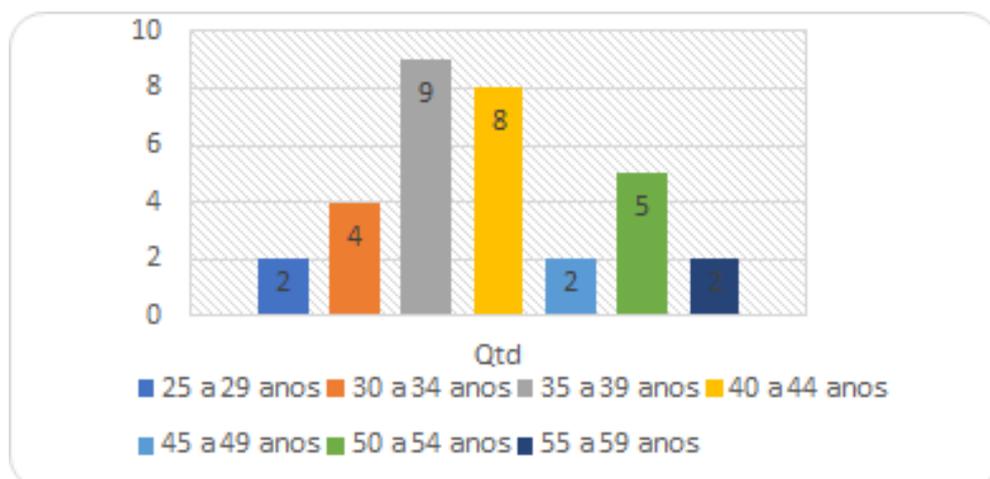


Gráfico 2 - Faixa Etária dos participantes

Na variável faixa etária, verifica-se que grande parte dos preceptores está entre 35 e 44 anos (53%); nesse ponto, observa-se que a experiência - incluindo-se aí a maturidade emocional, a vivência e a própria trajetória de vida -, foi bastante valorizada nas escolhas dos preceptores da rede de serviços em saúde do município, apesar de atravessamentos políticos estarem sempre sendo colocados nesse processo. Fajardo (2011) mostra que o tempo de experiência profissional se configura aspecto relevante, que implica uma boa qualidade da preceptoría. A reflexão prática orientada pela interpretação e compreensão da realidade vivida, principalmente, no contexto das relações interpessoais de convivência na RMS, é muito traduzida à luz da experiência pessoal, seu valor moral e a capacidade de autorreflexão (STEINBACH, 2015).

Os anos de práticas profissionais foram demonstrados, conforme quadro 5:

Quadro 5: Anos de prática.

Anos de prática	Quantidade	Porcentagem
0 a 6	1	3%
7 a 12	8	25%
13 a 18	11	34%
19 a 24	5	16%
25 a 30	7	22%
Total Geral	32	100%

Na variável “anos de prática” profissional, nota-se que esse aspecto foi bastante considerado no processo de seleção dos preceptores, deixando marcada a valorização do conhecimento técnico-científico acerca das questões que permeiam, tanto a formação do preceptor, suas habilidades, quanto o processo de ensino-aprendizagem dos residentes. Nesse sentido, verificou-se que 97% dos participantes têm entre 7 e 30 anos de prática profissional, sendo entre 25 a 30 anos quantificados em 22%. Evidencia-se, com isso, a necessidade de os preceptores,

com seus anos de prática profissional, embarcarem com a “bagagem” do conhecimento e das habilidades técnicas na área profissional para exercerem a supervisão no contexto da RMS (CECCIM et al., 2018).

Observam-se, no quadro 6, os anos de trabalho com a mesma equipe:

Quadro 6: Anos de trabalho com a mesma equipe.

Anos com a equipe	Quantidade	Porcentagem
01 ano ou menos	11	34%
02 a 04	12	38%
05 a 07	1	3%
08 a 10	5	16%
Acima de 10 anos	3	9%
Total Geral	32	100%

Identifica-se que 72% das equipes estão formadas, ou seja, estão trabalhando juntas há menos de quatro anos, evidenciando que, nos processos de trabalho dos serviços de saúde, onde os participantes estavam inseridos no momento das respostas à pesquisa, as equipes formadas apresentaram-se com uma tendência maior a não perdurarem por um longo período. Este fato decorre muito provavelmente da alta rotatividade, voluntária ou não, da força de trabalho no SUS, principalmente nas equipes da ESF, sendo um fator primordial para sua maior integração e o desenvolvimento de um trabalho mais qualificado e resolutivo (NAVARRO et al., 2013).

6.1.2 Análise Atitudinal da Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe AITCS II – BR (BISPO; ROSSIT, 2018)

A partir da frase de contextualização, “*Quando estamos trabalhando em equipe, os profissionais da minha equipe...*”, todas as assertivas a complementam

com conteúdos abordados em cada afirmação. O participante deve assinar o nível de concordância ou discordância para cada asserção.

O quadro 7 apresenta o total de vezes em que cada item foi respondido:

Quadro 7: Total de vezes de cada item respondido.

Total de vezes em que cada item foi respondido	Quantidade	Porcentagem
1- Nunca	19	3%
2- Raramente	86	12%
3- Às vezes	113	15%
4- Frequentemente	282	38%
5- Sempre	236	32%
Total Geral	736	100%

A princípio, antes de apresentar a análise atitudinal, é importante expor um panorama geral do total de vezes que cada item foi respondido a partir das 23 assertivas apresentadas aos 32 participantes, perfazendo um total de 736 respostas, nas quais, 282 (38%) foram “Frequentemente” e 236 (32%) foi “Sempre”. Demonstra que houve um nível alto de concordância em 70% no total de vezes dos itens respondidos.

Para apresentar a análise atitudinal da AITCS II- BR (BISPO; ROSSIT, 2018), foram calculadas, para cada dimensão, as médias das assertivas correspondentes e, no mapa comportamental de cores classificadas, as asserções em zonas de Conforto, Alerta e Perigo (FERREIRA, 2004; PEREGO; BATISTA, 2016).

Seguem os resultados por dimensão.

O gráfico 3 mostra os níveis de concordância da dimensão Parceria:

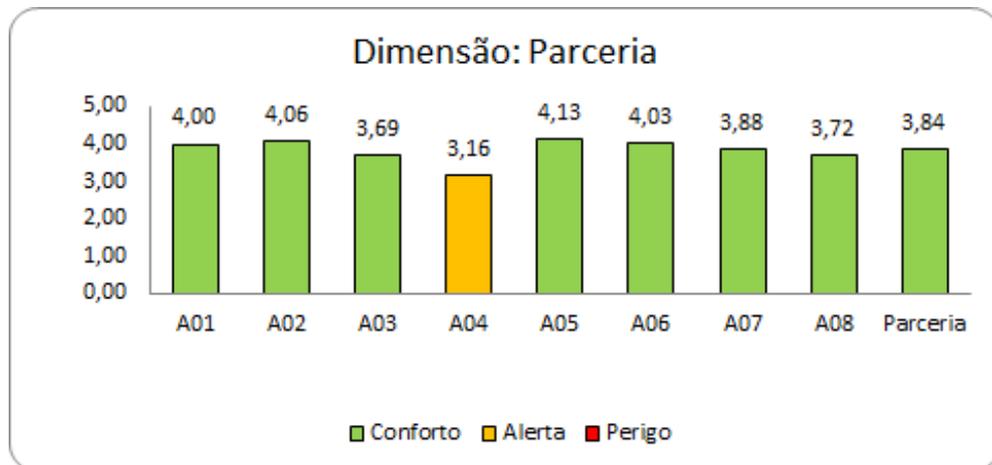


Gráfico 3 - Indicadores dos níveis de concordância das assertivas A1 e A8, relativos à dimensão Parceria.

O gráfico 3 apresenta os resultados da dimensão Parceria, em que a maioria das assertivas estão em zona de conforto, confirmado pela média geral de 3,84, sendo somente a assertiva A04 em zona de alerta de 3,16.

A assertiva 04 “[...] coordenam serviços de saúde e sociais (por exemplo: finanças, trabalho, moradia, relações com a comunidade, serviços espirituais) com base nas necessidades de cuidado” reforça a importância da equipe que está na coordenação do cuidado em ter um olhar para os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), que são definidos como todas as coisas ou situações, ou relações que acontecem em sua maioria “fora do ambiente clínico”, influenciando decisivamente o processo saúde-doença.

A WHO (2018, p. inicial) manifesta-se sobre a questão assim: “Os determinantes sociais da saúde são as condições em que as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem, e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana”. A complexidade que envolve todo o processo saúde-doença abrange fatores econômicos, físicos e psicológicos, os quais têm um grande impacto na vida de uma pessoa e no seu estado de saúde.

É fundamental que os profissionais da saúde, incluindo os preceptores da RMS, entendam que a aquisição de competências: comuns; específicas e

colaborativas, com formação científica baseada em evidências, agregadas à visão holística do usuário, os conduza à percepção e ao diagnóstico das iniquidades sociais, como fatores essenciais a serem enfrentados e considerados à luz da justiça social, da ética e dos direitos humanos (CARRER et al., 2019).

No contexto da formação do preceptor, há de se desenvolverem estratégias que possibilitem melhorar a articulação entre os serviços de saúde para além do setor saúde, tendo como parâmetros a integralidade do cuidado e a clínica ampliada. A Clínica Ampliada (CA) em conjunto com ACP, ambas articuladas com uma comunicação efetiva e eficiente, favorecem a inserção do usuário numa linha de cuidado que prioriza o acolhimento, a escuta e o vínculo.

Nesse sentido, percebe-se que, possivelmente, não foi considerada, nessa assertiva, a valorização das competências colaborativas, construídas a partir do diálogo, do encontro e da parceria entre profissionais de diversas áreas de atuação.

A problemática situa-se num sistema de saúde fragmentado, episódico, reativo e voltado prioritariamente para as condições e os eventos agudos. Apesar de o município da Praia Grande ter um sistema de saúde robusto, com uma APS muito estruturada, cobrindo, praticamente, 100% da sua população, faz-se necessária uma maior integração desse sistema por meio do fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS). De acordo com a Portaria Ministerial GM/MS nº 4.279/2010, as RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Para as RAS funcionarem bem, deve haver um equilíbrio entre a forma como o sistema se organiza e as necessidades de saúde da população e, nesse contexto, a APS tem papel fundamental na transformação da organização das USAFA e do processo de trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2015). Como política indutora da IESC, a RMS pode incrementar estratégias inovadoras no fazer o cuidado centrado no trabalho em equipe interprofissional colaborativa, mais ampliado e resolutivo, diminuindo assim a fragmentação do sistema de saúde local.

No gráfico 4, apresenta-se a dimensão Cooperação:

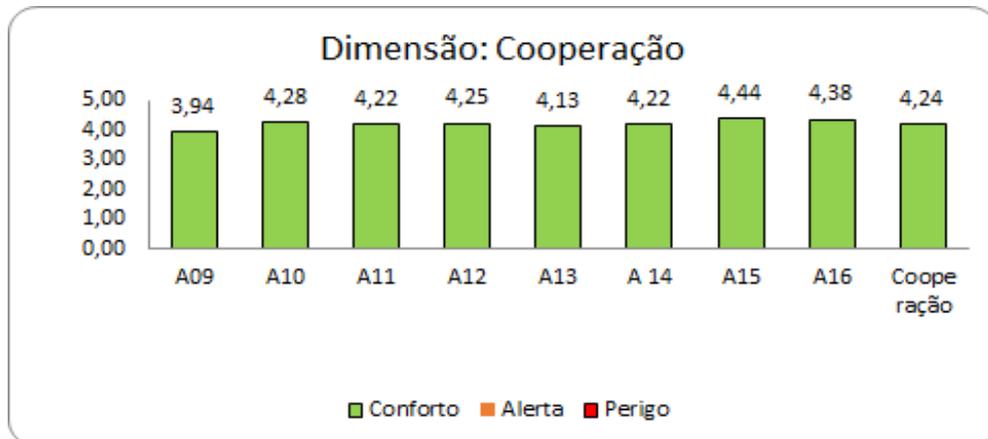


Gráfico 4 - Indicadores dos níveis de concordância das assertivas A9 e A16, relativos à dimensão cooperação.

No gráfico 4, constam as respostas das assertivas A09 a A16, que nos levam a constatar que houve grande concordância positiva na dimensão cooperação, nivelando quase todas num mesmo patamar de médias (média geral - 4,24) e conduzindo a perspectiva de análise para essa dimensão muito satisfatória em relação aos objetivos da utilização da AITCS II- BR (BISPO; ROSSIT, 2018) em avaliar a colaboração interprofissional no processo de trabalho em equipe e do cuidado no exercício da preceptoria em cenários de prática.

Grande parte das assertivas dessa dimensão aborda questões muito atreladas às relações interpessoais, relações estas de poder que colocam a ética e o sentimento de pertencimento, atuando de forma sinérgica, para o verdadeiro trabalho em equipe.

A assertiva 09 “[...] compartilham poder uns com os outros.”, apresentou o menor índice, apesar de estar na zona de conforto, com média 3,94, em comparação com as outras assertivas. Isso reflete que as relações de poder influenciam o andamento dos trabalhos em equipe interprofissional. Para Arendt (1994, p.36):

[...] o poder corresponde à capacidade humana de não só agir, porém de agir em conjunto. O poder nunca é propriamente de um indivíduo, pertence a um grupo e permanece em existência apenas enquanto o grupo prossegue unido [...] no momento em que desaparece o grupo, do qual o poder se originou a princípio [...], sem um povo ou grupo, não há poder.

A assertiva A15 “[...] entendem que existem conhecimentos e habilidades compartilhados entre os profissionais de saúde na equipe.”, por exemplo, que teve o maior índice de positividade, com o valor de 4,44, traz à tona, novamente, a questão das competências, em que há de se dar ênfase às habilidades da comunicação como sendo essenciais para o trabalho interprofissional colaborativo. O “agir” comunicativo faz a intermediação das relações de poder no sentido de dar possibilidade para o debate e, a partir deste, mostrar, sob o domínio público, por meio de palavras e ações, quem é e do que é capaz. Nessa perspectiva, o poder associado à comunicação, na ambiência do trabalho em equipe, funciona como uma potencialidade, principalmente quando esta comunicação não é usada para obscurecer as intenções, mas desvelar as realidades (CECÍLIO; MOREIRA, 2002).

Coloca-se à prova, nesse cenário de relações de poder, o aprender a lidar com os conflitos e de como fazer uma gestão dessas situações, que são apresentadas no cotidiano do exercício da preceptoria. A grande dificuldade estaria em conciliar os interesses individuais com os “organizacionais”. Trata-se da possibilidade de construção de objetivos comuns e consensos por meio de ferramentas de gestão em aproximar os interesses individuais aos organizacionais. Essas tensões modelam as organizações, podem ser construtivas ou destrutivas e estão em diálogo constante com as possibilidades engendradas de mudanças para alcançar estes objetivos (CECÍLIO; MERHY, 2003).

No gráfico 5, evidencia-se a dimensão Coordenação

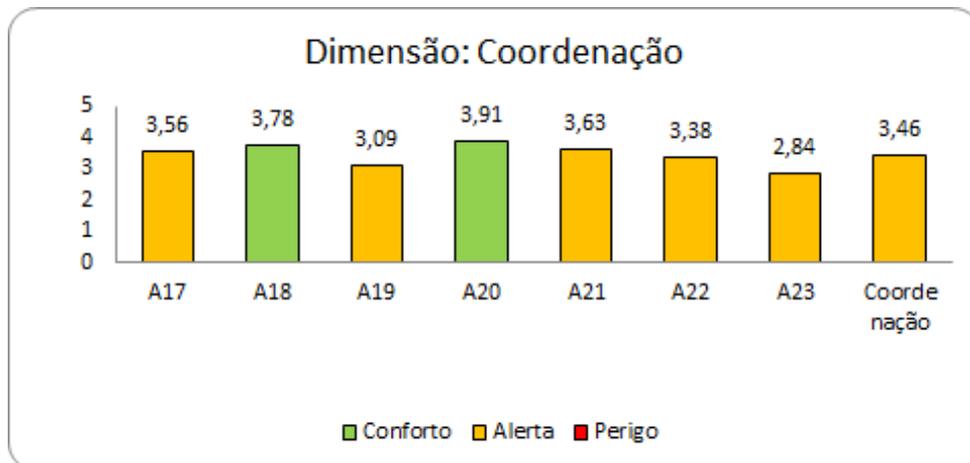


Gráfico 5 - Indicadores dos níveis de concordância das assertivas A17 e A23, relativo a dimensão Coordenação

O gráfico 5 mostra, na dimensão coordenação, que as assertivas apresentaram as respostas mais desfavoráveis da pesquisa, com média geral de 3,46. Das sete que compõem esta dimensão, seis marcaram situação de alerta (A17; A19; A21; A22 e A23), contextualizando que se deve atentar para a modificação do cenário pesquisado, sem o caráter de urgência, sendo, pois, necessária a abordagem de cada situação para uma reflexão mais analítica.

A assertiva A17 “[...] aplicam uma definição única de prática colaborativa interprofissional no cenário da prática.”, que apresentou a média de 3,56, denota a grande dificuldade em se propor uma linha de trabalho mais uniforme e harmônica, que embase o desenvolvimento de uma prática colaborativa. A diversidade de cenários de prática presentes da atuação dos preceptores em USAFA reflete a complexidade em se estabelecer uma atuação alinhada desses profissionais, primeiro, por causa da própria característica peculiar de cada território de abrangência, suas especificidades e vulnerabilidades; segundo, a questão relacionada às diferentes modalidades de gestão local colocadas, e, por fim, o despreparo em articular o projeto pedagógico do programa com a dinâmica do serviço em consonância com as necessidades locais de saúde da comunidade.

Torna-se fundamental que o preceptor galgue por estratégias educativas e participativas que venham a estimular e conduzir mudanças no processo de trabalho, buscando soluções inovadoras e resolutivas (MEDEIROS et al., 2010). A cooperação entre os preceptores, por meio de discussões de propostas e planos de intervenção, que provoquem reflexões sobre como trabalhar coletivamente, pode deixar mais claro o papel de cada um no desenvolvimento da prática colaborativa interprofissional. O preceptor, na posição de educador, deve promover um formato de gestão que estimule a participação ativa do residente e da equipe, problematizando a formação em cenários de prática (PAGANI; ANDRADE, 2012).

A assertiva A19 “[...] *incentivam e apoiam a comunicação aberta, incluindo pacientes e seus familiares nas reuniões da equipe.*”, na qual a média foi de 3,09, sinalizou que os participantes não identificaram, no trabalho em equipe, esses atributos como prioritários.

Ressalta-se que, no contexto da ESF, pelo qual se dá o processo de trabalho da preceptoria no PRMSFC-PG, há de se considerar a complexidade dos objetos de intervenção, no caso, a intersubjetividade do encontro profissional-usuário-família-comunidade, direcionados pela assistência e pelo cuidado em saúde. Essa assistência, *a priori*, deve ser pautada pela lógica do trabalho em equipe interprofissional, substituindo-se a atuação isolada (PEDUZZI, 2016). Pressupõe-se que a interprofissionalidade provoca movimentos contra-hegemônicos diante de modelos fragmentados, reducionistas e médico-centrados de atenção à saúde, incorporando transformações no ato “vivo” do cuidado numa visão ampliada, comprometida e resolutiva.

Entre algumas ações que podem ser implementadas na ambiência da ESF para melhorar a integração da equipe com o usuário-família-comunidade, estaria a ação de estimular a construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), contando com os recursos de tecnologias leves, como a colaboração comprometida entre profissionais de diferentes áreas com propostas e condutas terapêuticas articuladas, visando à integralidade do cuidado (HORI; NASCIMENTO, 2014).

As assertivas A21 “[...] defendem que o líder da equipe varie dependendo das necessidades dos pacientes. ”, cuja média foi 3,63, e A22 “[...] escolhem juntos o líder para a equipe.”, com média de 3,38, abordam questões relacionadas à liderança, mais precisamente, à liderança colaborativa, que é um dos princípios que apoiam um modelo de PC. Essa liderança abarca práticas onde profissionais, estudantes, usuários, famílias e comunidade trabalham juntos com intuito de formular, implementar, avaliar cuidados, serviços à melhoria dos resultados em saúde (CIHC, 2010).

O grande problema em se delinear a liderança colaborativa refere-se à perspectiva de um modelo hegemônico de superioridade entre profissões, muito presente no contexto do processo de trabalho em saúde. Segundo Peduzzi (2016), a desigualdade das relações enfraquece e prejudica o trabalho colaborativo em equipe, no sentido de que, quanto menor for a assimetria de subordinação, maior a integração na equipe. Os programas de RMS, apesar de valorizarem as competências comuns das profissões na construção de uma liderança flexível e colaborativa, levando-se em conta os saberes específicos, defrontam-se com o desafio de integração da equipe em conciliar a dualidade entre essas competências e o contexto do serviço, como denota o indicador de alerta das respostas destas assertivas.

Cabe aqui contextualizar, em termos da coordenação com vistas à colaboração na construção de uma liderança, o referencial do conceito de campo e do núcleo de competências proposto por Campos (1997), o qual remete ao campo a intersecção de áreas de uma especialidade-raiz, englobando conhecimentos, habilidades e atitudes comuns que devem ser compartilhados entre as profissões de saúde. O núcleo de competências comporta atribuições de uma especialidade em si que têm também relevância no cuidado em saúde.

Em suma, quando se busca atingir uma liderança colaborativa, faz-se necessário o envolvimento dos profissionais de forma justa, empática e integrativa, motivando a equipe, mas também cobrando as obrigações, deixando patenteada a importância da participação de cada um para o objetivo comum de trazer melhorias à qualidade de saúde da população.

A assertiva A23 “[...] apoiam abertamente a inclusão do paciente nas reuniões da equipe.”, que teve o menor índice de 2,84, e que se aproximou mais da situação de perigo (1,00 a 2,33), revela o grande desafio em incluir a presença dos usuários nas discussões e reuniões de equipe. Evidencia-se que, muitas vezes, é esquecida nas pautas de reunião de equipes, o foco na centralidade do cuidado no usuário, permeada por relações horizontais e autônomas, entre encontros e diálogos, favorecendo o acesso não só às “ofertas” de saúde, mas às informações inerentes ao sistema de saúde, à sua complexidade e importância para a vida das pessoas. A relação com a comunidade deve ser valorizada, viabilizando a construção de redes de cuidado alinhadas com os territórios de vida e do trabalho das pessoas, utilizando-se de tecnologias com custos palpáveis, uma vez que a proximidade das equipes que trabalham na APS com os territórios e a potencial capilaridade que o SUS é capaz de apresentar, podem interferir e produzir estratégias de autogestão da qualidade da atenção à saúde (SEIXAS et al., 2021).

Caminhos precisam ser trilhados. Ainda que as dificuldades sejam enormes, e que muitas vezes apontem para a falta de apoio institucional, há de se direcionarem as possíveis soluções a partir da valorização da rede de atenção básica como ordenadora do cuidado.

Cecílio e dos Reis (2018, p.10) trazem uma perspectiva atual, realista e viável de ser aplicada à conjectura do nosso sistema de saúde:

Uma possibilidade seria a criação de arranjos mais complexos, envolvendo diferentes serviços e atores locais, algo como “grupos de trabalho” de caráter executivo, que teriam como estratégia gerencial (e de formação de seus membros) processos de educação permanente com base em determinadas situações/problemas, que apontassem novos caminhos e circuitos de pessoas dentro do sistema de saúde, transformados paulatinamente em novos modos de articulação e continuidade do cuidado, tendo como referência principal, mas não única, a equipe da atenção básica.

É notório o consenso em torno da prática colaborativa interprofissional e o trabalho em equipe como estritamente necessários em todos os processos que envolvem o sistema de saúde nos campos da gestão, da atenção, da formação e da participação social. Percebe-se, contudo, que no pertinente à formação

interprofissional em cenários de prática no desenvolvimento da EIP, há uma lacuna que precisa ser preenchida entre teoria e prática.

6.2 Análise do Instrumento Entrevista Semiestruturada

6.2.1 Caracterização dos participantes

Apesar de todos os participantes das entrevistas terem também respondido às questões do instrumento de coleta de dados da escala AITCS II-BR (BISPO; ROSSIT, 2018), que contém, em sua primeira parte, perguntas relacionadas às características, algumas questões mais específicas desse grupo precisam ser consideradas na análise dos dados.

Importante, primeiramente, ressaltar os critérios de inclusão à participação dos voluntários desta fase da pesquisa: ser preceptor e estar lotado nas USAFA do município; com experiência de no mínimo 3 anos em serviço na APS e aceitar o teor do TCLE digital. Todos estes critérios foram cumpridos, e foi estabelecida uma relação direta e significativa na contextualização de aspectos fundamentais que dialogam com as propostas da pesquisa.

Nessa etapa, foram convidados a participar da pesquisa os 17 preceptores que, na época, atuavam na APS em USAFA, com a adesão de 11 participantes, 5 Cirurgiões Dentistas, 4 Enfermeiros, 1 Fisioterapeuta e 1 Psicólogo, que concordaram em colaborar com o andamento da pesquisa por meio TCLE Digital, disponibilizado no formato de formulário Google Forms.

Em relação à titulação como pré-requisito importante para o exercício da preceptoria, foi respeitado totalmente este critério de, no mínimo, uma especialização *lato sensu*, não obrigatória na área de Saúde da Família.

Todos os participantes apresentavam pelo menos 3 anos de experiência, tanto no exercício da preceptoria, como em serviços na APS.

No gráfico 6, apresenta-se o tempo de exercício da preceptoria em anos na Atenção Básica, de acordo com a Área de Formação:

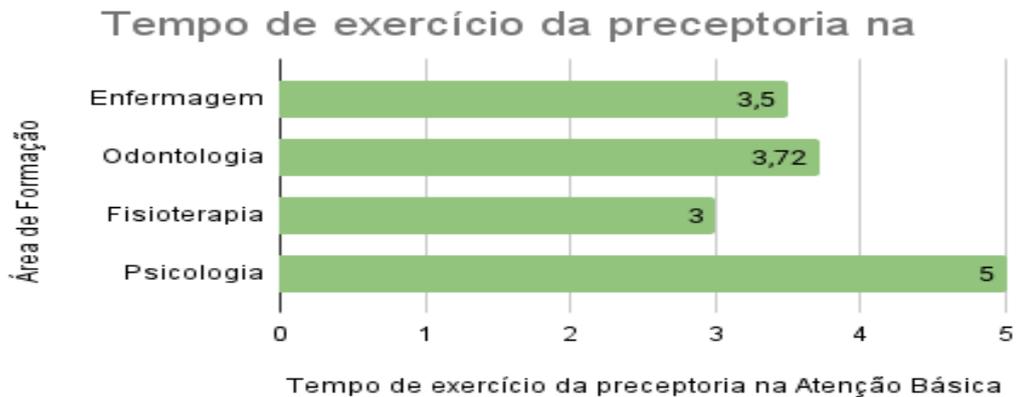


Gráfico 6 - Tempo de exercício da preceptoria/ Área de Formação.

Essas informações contemplam considerações importantes relacionadas aos pré-requisitos desejáveis ao exercício da preceptoria e também ao próprio critério de inclusão proposto para participar desta fase da pesquisa.

No gráfico 7, identifica-se o tempo de exercício na profissão em anos versus a área de formação:

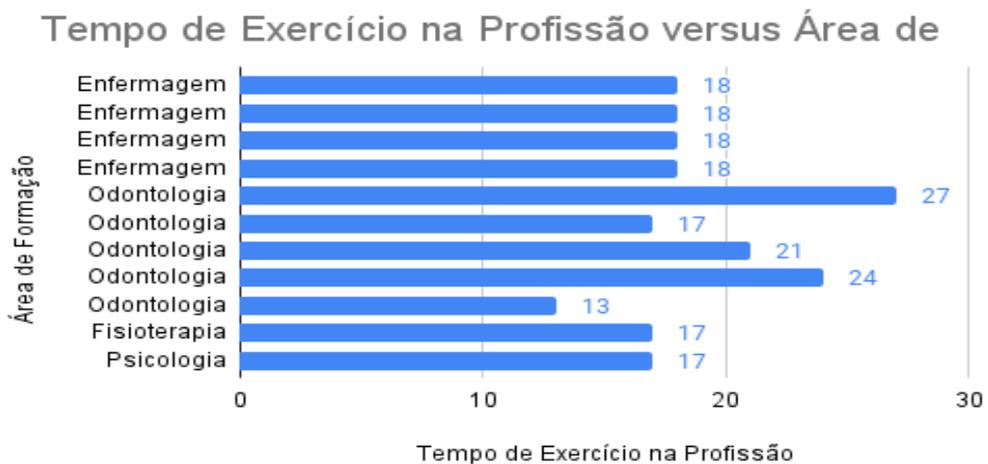


Gráfico 7- Tempo de Exercício na Profissão/ Área de Formação.

Evidenciou-se que o tempo de formação, novamente, teve um peso bem grande na escolha dos profissionais da rede de atenção do município pelos gestores do programa, em que quase a totalidade dos participantes tinha mais de 16 anos de formação.

6.2.2 Análise de Conteúdo do Instrumento Entrevista Semiestruturada

Os relatos contidos no instrumento Entrevista Semiestruturada foram analisados qualitativamente, utilizando a técnica da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011). Participaram desta fase da pesquisa, 11 preceptores que foram identificados com a letra 'P' e o número de ordem de respostas ao instrumento.

O roteiro construído na formulação das questões foi orientado a partir da necessidade de se inferir como os preceptores percebem, ou mesmo, se têm a percepção sobre o conceito e a importância da EIP para o desenvolvimento de competências colaborativas na sua formação em cenários de prática. Foram abordadas questões que permeiam aspectos conceituais e do processo de trabalho no exercício da preceptoria, formação em serviço, atenção à saúde e integração ensino-serviço-comunidade, além, obviamente, de abordar a temática da EIP e PC com intuito de ampliar e aprofundar as análises dos resultados já configurados na análise da escala atitudinal aplicada anteriormente.

As Categorias Temáticas emergiram de um trabalho minucioso em dimensionar o quantitativo de respostas dos participantes, inicialmente transcritas na íntegra, que consistiu em fazer inúmeras leituras e transformar os conteúdos das respostas em Unidades de Registros (UR) que, posteriormente, possibilitaram a construção das Unidades de Análises (UA). A partir das UA que foram configuradas, levando-se em consideração o foco e a relação com o objeto de análise, principalmente, no que se refere a sua relevância à pesquisa, de forma mais diretiva e sintética, chegou-se a quatro CT: Processo de Seleção à Preceptoria (CT-1); Identidade do Preceptor (CT-2); Formação do Preceptor à Interprofissionalidade (CT-3) e Integração Ensino-Serviço-Comunidade (CT-4).

6.2.2.1 Processo de Seleção para a Preceptoría (CT-1)

A CT-1(**Processo de Seleção para a Preceptoría**) foi configurada e dimensionada a partir das UR que deram origem a três UA: Pré-requisitos Considerados; Experiência Profissional e Estruturação do Programa de Residência, conforme o quadro 8:

Quadro 8: Categoria Temática 1 – Processo de Seleção para Preceptoría.

CATEGORIA TEMÁTICA (CT) 1- Processo de Seleção para a Preceptoría	
UNIDADES DE ANÁLISES (UA)	UNIDADES DE REGISTRO (UR)
1.1 Pré-requisitos considerados	<p><i>“No caso, eu acho que o pré-requisito mais relevante seria a questão da titulação, no mínimo um curso de especialização, concluído lato sensu, que eu me lembre apenas este... “. (P8)</i></p> <p><i>“[...] e daí uma questão mesmo da coordenação que seria avaliação de perfil de profissional para ingressar no programa de Residência. ” (P8)</i></p>
1.2 Experiência profissional	<p><i>“[...] pelo tempo que eu tenho, a experiência, afinal de contas né, tem que servir alguma coisa, com 26 anos de prefeitura né, 30 de formada [...]” (P11)</i></p> <p><i>“[...] olha, eu acredito que a formação do preceptor, ela tem a ver muito com a experiência mesmo, eu acredito que o tempo ajuda muito e ensina muito, a gente tanto ensina como aprende [...]” (P8)</i></p> <p><i>“[...] sim, a experiência você consegue com o tempo lidar melhor com os problemas do dia a dia, de maneira mais tranquila, analisar o paciente mais como um todo, ter uma visão desde quando ele entra. ” (P11)</i></p>
1.3 Estruturação do programa de residência	<p><i>“[...] porque eles me escolheram e me colocaram no posto, ninguém me falou o quê que ia fazer, o que eu tinha que fazer com os residentes [...]” (P1)</i></p> <p><i>“É uma residência que aborda serviço [...]” (P2)</i></p>

Em relação aos aspectos dos pré-requisitos considerados e relacionados, principalmente, à formação/titulação no processo de seleção para ser preceptor, a maioria das falas dos participantes abordaram as questões mais relevantes à inserção na preceptoría. De acordo com a Lei Federal nº 11.129/2005 (BRASIL, 2005), que criou a residência em área profissional da saúde, é desejável que todos os preceptores possuam especialização na mesma área de intervenção do programa ou, pelo menos, três anos de experiência profissional. Importante considerar, como perfil, a relevância de titulação acadêmica, principalmente, na orientação de estudos (CECCIM, 2018).

Outra questão abordada foi a importância da experiência relacionada ao tempo de serviço na profissão. Quando os programas são vinculados a instituições gestoras do Sistema de Saúde, nos quais o provedor responde pela parte acadêmica e pelos estágios nos campos de práticas, como é o caso do PRMSFC-PG, fica ainda mais evidente essa relação, no sentido de o preceptor ser, a partir de sua experiência, agente da transformação do residente, como de sua própria. É aquele que é tocado a partir de uma lógica de ação-reflexão, como discorre Bondía (2002, p.25): “É experiência aquilo que ‘nos passa’, ou que nos toca, ou que nos acontece, e ao nos passar, nos forma e nos transforma. Somente o sujeito da experiência está, portanto, aberto à sua própria transformação”.

Nesse ponto, o mesmo autor, procura distinguir “experiência” de “trabalho”, principalmente, quando este último representa a contagem de créditos para a obtenção da primeira, e que há de se ter um gesto de interrupção no “mecanicismo” das relações no trabalho:

[...] requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço. (BONDÍA, 2002 p.25).

Ficou transparente e marcante a percepção de que o programa em discussão é uma modalidade de Residência que oportuniza a integração nos serviços de saúde, apesar de muitas vezes ser notada certa fragilidade na sua estrutura no sentido de não preparar esse profissional para o exercício da preceptoria, mas, que apesar disso, contempla a proposta político-pedagógica da formação, pela qual o caráter da atenção e da gestão deve ser reorientado na perspectiva do SUS (PRAIA GRANDE, 2021).

6.2.2.2 Identidade do Preceptor

A CT-2 (**Identidade do Preceptor**) foi configurada e dimensionada a partir das UR que deram origem a quatro UA: Ser Docente na RMS; Trabalhar com Metodologias Ativas; Necessidade de Buscar Capacitações/Aperfeiçoamentos como Preceptor e Função da Preceptoría, conforme o quadro 9:

Quadro 9: Identidade do Preceptor.

CATEGORIA TEMÁTICA (CT) 2- Identidade do Preceptor	
UNIDADES DE ANÁLISES (UA)	UNIDADES DE REGISTRO (UR)
2.1 Ser Docente na RMS	<p><i>“Seria um desafio para minha carreira profissional, porque até aquele momento eu não tinha experiência como docente, então para mim foi um grande desafio...” (P8)</i></p> <p><i>“[...] eu preciso trabalhar essa parte de ser professora, assim, porque a gente aprendeu meio na raça e no ano passado eu tive muita dificuldade né, nessa parte de ser professora com os residentes, esse ano, eu sinto que eu aprendi, porque eu sinto que os residentes me entendem melhor, no ano passado senti muita dificuldade...” (P5)</i></p> <p><i>“... nunca fui docente, no início, eu penso que eu tentei misturar um pouco amizade com docência, senti que não rolou muito bem...” (P11)</i></p>
2.2 Trabalhar com Metodologias Ativas	<p><i>“[...] eu acho que é importante utilizar metodologias ativas de ensino e aprendizagem no processo de formação...” (P8)</i></p> <p><i>“[...] é claro que isso é um processo contínuo, não é da noite para o dia que a gente muda toda essa forma de visão, e diria assim, mudou muita coisa, quando eu comecei a utilizar as metodologias ativas” (P8)</i></p>
2.3 Necessidade de Buscar Capacitações/Aperfeiçoamentos como Preceptor	<p><i>“[...] a gente começou desde o início da formação do programa, eu comecei sem saber exatamente o que era, qual era o formato, caí de “paraquedas”, depois a gente foi estudar preceptoría, para ver como é que era, para aprender mais a fundo, e agora eu me sinto mais inserida, mas o primeiro ano foi bem “maluco” (P5)</i></p> <p><i>“[...] oportunidade que eu tive e alguns colegas de fazer essa formação específica do curso de preceptoría, ela contribuiu muito, muito para daqui para frente, né. Durante o curso já transforma todos nós e vai ser muito potente no andamento, porque a gente não para e você continua desenvolvendo e aprendendo mais né, eu acho isso, eu gostaria que tivesse essa oportunidade para outros colegas...” (P4)</i></p>
2.4 Função da Preceptoría	<p><i>“[...] hoje eu entendo que o preceptor, ele é fundamentalmente um facilitador de aprendizagem, então, eu acho que esse é o principal papel, e não propriamente aquela questão que o professor ensina e o aluno aprende, mas eu acredito que o preceptor tem que valorizar a trajetória de ensino do aluno, do residente, avaliar o ponto de origem dele e de onde está chegando. Então, o principal é a intermediação, ser um facilitador de aprendizagem.” (P8)</i></p> <p><i>“[...] a gente faz um pouco de tudo né a gente é aquela “mãe” que às vezes precisa puxar a orelha, mas que basicamente a gente direciona assim o residente no serviço, estimulando ele nas suas práticas diárias, tentando fazer com que ele ganhe uma autonomia, eu acho que é isso, é um grande desafio da gente querer ver eles terem autonomia própria, acho que é bem nesse sentido [...]” (P7)</i></p>

Uma questão que pairou na cabeça de grande parte dos preceptores participantes, no tocante a ser docente na Residência, e que faz parte do cotidiano, foi: ser preceptor é ser professor? É preciso entender que uma das principais competências do professor é seu poder transformador da realidade a partir de uma consciência sensível emancipatória em compartilhar saberes, e que ensinar demanda interação com o estudante na construção do aprendizado. O lócus da preceptoria que remete às estratégias didáticas e pedagógicas nas quais permeiam a prática (RIBEIRO; PRADO, 2013), é, sem dúvidas, um ambiente propício para o avanço de ações do processo de ensino e aprendizagem.

Sob essa ótica, o preceptor, no programa de residência em saúde, desenvolve atividades de educação no trabalho, ações de ensino, nas quais se evidencia uma relação didática estabelecida pela sua interação com o residente e com o conhecimento, o que compõe um processo educativo. “O professor é um profissional que ensina, mas que também cuida, e o preceptor é um profissional que cuida, mas que também ensina.” (RIBEIRO; PRADO, 2013 p.163).

Nesse processo, ele precisa estar aberto para aprender, além de dispor de uma *expertise* que o ajude a tornar o conhecimento acessível aos residentes – numa prática da liberdade - e que mobilize um pensar-agir curioso, crítico e reflexivo (FREIRE, 2008). Na mediação da aprendizagem, torna-se imperiosa a sensibilidade do preceptor à singularidade da trajetória de vida de cada um dos envolvidos no processo, para além do cotidiano do trabalho, por isso, ele precisa estar disponível a aprender a aprender, promovendo autonomia para qualificar a prática profissional (CECCIM, 2018).

No entanto se observa certa fragilidade no que tange à falta de preparação dos preceptores para desenvolver essas práticas, como também a falta de apoio institucional em padronizar uma linha de trabalho, gerando, muitas vezes, frustrações, “se estariam ou não realizando a preceptoria com qualidade”. É presente, no cotidiano de trabalho dos preceptores, o sentimento de insegurança, quando se questiona a sua capacidade. Geralmente, tal sentimento está atrelado à falta de tempo e às exigências impostas pelo trabalho (STEINBACH, 2015).

Diante da complexidade que envolve o processo de trabalho na APS, deve-se acrescentar à dimensão do cuidado, ou seja, da assistência, à questão do apoio à gestão de uma forma mais participativa e do controle social mais humanizado, da necessidade de interconectar profissionais e serviços, com modelos de gestão mais participativos e com capacidade de acolhimento (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Dentro desse contexto, torna-se muito potente e importante a lógica central da EPS de uma formação em serviço descentralizada, ascendente e transdisciplinar, que tem como premissa a problematização do processo e qualidade do trabalho, como bem preceituam Ceccim e Feuerwerker, 2004 p.50:

Essa abordagem pode propiciar: a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de saúde; de trabalhar em equipes matriciais e de melhorar permanentemente a qualidade do cuidado à saúde, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas.

Ao se reinventarem nesse processo de ensinar e aprender, alguns participantes aludem às metodologias ativas e participativas como inovadoras e transformadoras do exercício da preceptoria. Essas metodologias deslocam os residentes do papel passivo de receber as informações, “educação depositária”, para um lugar de desempenhar um papel ativo frente aos disparadores de aprendizagem. Reconhece-se aí a relação dialógica do homem em permanente construção e produção de conhecimento, como resultado das suas relações com o mundo, problematizando sua experiência (FREIRE, 2008).

Verifica-se, em algumas falas dos preceptores, a necessidade premente de se capacitarem para o trabalho na preceptoria. Nesse aspecto, a educação continuada, comprometida com a implementação de políticas no contexto da formação em saúde, imprime à qualificação desempenho fundamental na articulação ensino-serviço, com mudanças nas práticas do cuidado e da educação, tensionadas pelas necessidades de saúde da população (OLIVEIRA et al., 2017). Para o Glossário eletrônico da BVS12 (BRASIL, 2009 p. 22).

[...] educação continuada consiste no processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele. Importante considerar a iniciativa e o apoio institucional como fundamentais, disponibilizando tempo, estimulando à adesão e valorizando o profissional que se qualifica.

Há de se refletir, então, sobre o que é ser um preceptor e quais suas principais funções. Apesar da dificuldade em se traçar um único conceito para o preceptor e de se identificarem todas as funções que lhe são atribuídas, nas falas dos participantes, alguns aspectos relevantes foram desvelados. Em suma: “[...] o preceptor é compreendido como professor, orientador, facilitador e condutor do processo de aprendizagem; cabe a ele a responsabilidade de gerar hipóteses, estimular a reflexão crítica e a orientação das atividades que articulem a formação e o exercício do trabalho” (CARVALHO; GUTIÉRREZ, 2021).

6.2.2.3 Formação do Preceptor para a Interprofissionalidade

A CT-3 (**Formação do Preceptor para a Interprofissionalidade**) foi configurada e dimensionada a partir das UR que deram origem a duas UA: Tipologias para a Formação Interativa e em Conjunto e Relações Interpessoais e Interprofissionais, conforme o quadro 10:

Quadro 10: Formação do Preceptor para a Interprofissionalidade.

CATEGORIA TEMÁTICA (CT) 3- Formação do Preceptor para Interprofissionalidade	
UNIDADES DE ANÁLISES (UA)	UNIDADES DE REGISTRO (UR)
3.1 Tipologias para a formação interativa e em conjunto	<p><i>“Eu não me vejo ainda fazendo uma prática colaborativa, mas, assim, porque a gente trabalha mais a multiprofissionalidade do que a interprofissionalidade, no momento seria mais ou menos assim, a gente estaria assim cada “macaco no seu galho” [...]” (P1)</i></p> <p><i>“[...] justamente, é quando esses profissionais de diferentes áreas, eles se unem para resolver uma determinada questão, cada profissional compartilha o conhecimento dentro de sua área para resolver uma questão...” (P10)</i></p> <p><i>“[...] e uns aprendem com os outros e vão enxergando que sua atuação reflete e depende da atuação do outro profissional também [...]” (P10)</i></p>
3.2 Relações Interpessoais e Interprofissionais	<p><i>“[...] eu tenho que me relacionar com eles sempre de maneira horizontal, nunca, assim, eu mando e eles me obedecem, é sempre uma conversa que a gente se entende [...]” (P5)</i></p> <p><i>“[...] com a sua experiência, ela sabe conduzir, ela sabe intervir nas relações pessoais e nas relações interprofissionais [...]” (P10)</i></p> <p><i>“[...] eu entendo que o preceptor tem que estar disponível para as necessidades dos residentes, mesmo nos momentos de atendimento, eu acho que é o papel que nos cabe sim, e pode ser está “ombro a ombro” com os pacientes [...]” (P9)</i></p>

O processo de formação do preceptor para a interprofissionalidade é entremeado por diversos desafios, alguns contextualizados pelos participantes, outros que precisam ser ressignificados no sentido de suas aplicações na prática e no ensino.

O primeiro ponto a ser analisado diz respeito às questões conceituais sobre o que seria uma formação uniprofissional, multiprofissional e interprofissional, e em que elas se diferenciam. Peduzzi et al. (2013) consideram que, no Brasil, estão presentes três tipos de formação dos profissionais de saúde: a uniprofissional, mais predominante, em que o processo de ensino e aprendizagem é isolado em cada núcleo de saber; a multiprofissional, em que os profissionais e estudantes aprendem paralelamente; e a interprofissional, em que há integração e os saberes são compartilhados por todos atores envolvidos no processo.

Atrelada a essa dificuldade está a própria lógica uniprofissional da formação na graduação, que estimula uma continuidade dessa perspectiva de trabalho, como também a resistência institucionalizada e o pouco apoio político para a implementação de uma formação interprofissional no serviço (COSTA, 2016).

Essa dinâmica reflete-se diretamente na resistência ao trabalho interprofissional colaborativo, moldado por um modelo de atenção e formação caracterizado pela transmissão de conhecimentos, de modo hierarquizado e centrado naquele que considera que “sabe” em detrimento daquele que “não sabe” (LAGO, 2019). Assim, para romper essa lógica hegemônica, teria que ser assumida a formação interprofissional nas RMS, tendo-se como passo inicial a reformulação curricular, que deve contar com o apoio institucional a partir do entendimento em não haver dicotomia entre saúde e educação (BATISTA, 2013).

Outro aspecto importante é que alguns preceptores desconhecem, não só a parte conceitual da EIP e PIC, como também as evidências que têm sido identificadas nas pesquisas científicas, no cenário nacional e internacional, sobre a temática. Porém, os respondentes trazem fortemente as interferências das relações interpessoais no processo de formação interprofissional colaborativa.

Colaborar com práticas interprofissionais, principalmente, no campo dos saberes e no contexto da dinâmica do trabalho, é resultado de um processo de relações humanas, em que o profissional também tem de querer estar junto ao outro (D'AMOUR et al., 2005).

Ressalta-se que, nas relações interprofissionais, não obstante a centralidade em algumas profissões, quando há a identificação de algo que lhes é comum, que possa ser trabalhada no coletivo, as competências colaborativas tornam-se mais presentes (CECCIM, 2018).

Em termos de ressignificação em tornar mais acessível o entendimento das terminologias EIP e PC, movimentos vêm sendo realizados na literatura mundial, como: o *Guidance on Global Interprofessional Education and Collaborative Practice Research: Discussion Paper* (2019), que têm discutido a necessidade de definir um termo comum que aglutine as interfaces das duas terminologias e, com isso, fortalecer as evidências científicas sobre o tema.

A EIP, entendida como intervenções nas quais membros de mais de uma profissão da área da saúde aprendem juntos de forma interativa, com o explícito propósito de melhorar a saúde e bem-estar dos pacientes (REEVES et al., 2016), busca proporcionar uma prática colaborativa eficiente, desde o início da formação profissional. Embora a OMS reconheça que há evidências suficientes para mostrar que a EIP proporciona uma prática colaborativa, são necessárias mudanças referentes à comunicação, à socialização dos papéis profissionais e ao processo de trabalho em saúde (OMS, 2010).

Nesse sentido, a fusão em única terminologia, Educação Interprofissional Colaborativa (EIPC), ou *Interprofessional Education and Collaborative Practice (IPECP)* favorece melhorias na adequação e clareza das questões de pesquisa, na seleção de fundamentos teóricos, escolha de metodologias de pesquisa e nas abordagens para a divulgação dos resultados do estudo com vistas a alcançar uma comunidade interprofissional mais ampla (LAWN, 2016; REEVES et al., 2015).

6.2.2.4 Integração ensino-serviço-comunidade (IESC)

A CT-4 (**Integração Ensino-Serviço-Comunidade**) foi configurada e dimensionada a partir das UR que deram origem a três UA: Ensino-serviço: Vínculo com Instituição de Ensino; Participação Ativa do Usuário, Família e Comunidade e Aprendizado na Experiência, conforme o quadro 11:

Quadro 11: Integração Ensino-Serviço-Comunidade.

CATEGORIA TEMÁTICA (CT) 4- Integração Ensino-Serviço-Comunidade	
UNIDADES DE ANÁLISES (UA)	UNIDADES DE REGISTRO (UR)
4.1 Ensino-serviço: Vínculo com Instituição de Ensino	<p><i>“[...] então fica fácil trazer a prática para dentro da sala de aula, entre aspas, ... que na verdade o que a gente fala na sala de aula é o que se faz na prática mesmo, dentro da unidade de saúde, o que é construído dentro do trabalho.” (P2)</i></p> <p><i>“[...] como a gente não tem nenhum vínculo com instituição de ensino..., isso é bem importante, porque a gente não tem nenhum vínculo com nenhuma instituição, nós somos trabalhadores em relação à prefeitura né...” (P9)</i></p>
4.2 Participação ativa do usuário, família e comunidade	<p><i>“[...] de perceber que elas podem ir além do que aquele lugar do atendimento do paciente, daquela coisa tradicional eu acho que é mobilizar, tentar mobilizar a equipe para que elas possam vir juntas nesse sentido, assim vai para comunidade.” (P7)</i></p> <p><i>“[...] não é fácil você conseguir ligar a comunidade à preceptoria e às práticas colaborativas, não é muito fácil para mim que venho de uma educação antiga, não foi tão fácil entender [...]” (P11)</i></p> <p><i>“É, eu tive poucos momentos de participação mesmo da comunidade no processo de desenvolvimento do próprio tratamento, falta de oportunidade, falta às vezes da equipe, de conseguir juntar, trazer né para discussão do próprio tratamento, a comunidade, a família, o próprio paciente”. (P2)</i></p>
4.3 Aprendizado na Experiência	<p><i>“[...] o objetivo é que a nossa prática e essa educação favoreçam o paciente e retorne em resultados positivos, melhore a qualidade de vida dele” (P5)</i></p> <p><i>“Enquanto preceptor, eu acho que temos de ter encontros de trocas de experiência, reciclagem, a educação permanente, ela se voltar para os problemas que estamos tendo no dia a dia ... eu acho que mais reuniões de trocas de experiência seria uma boa, funcionaria como uma reciclagem e funcionaria como uma agregação [...]” (P11)</i></p> <p><i>“Eu acabo assimilando a experiência, do outro né, mesmo de longe, na observação, na prática de outras equipes de outras profissões, às vezes né, trazendo as experiências de outras unidades, para mim é válido, eu acho válido essa troca de escutar o outro, e trazer para nossa prática”. (P2)</i></p>

A IESC tem papel fundamental na qualificação, tanto da formação do preceptor, como para com a sua inserção no processo de produção do cuidado em saúde no SUS, visando à integralidade e resolubilidade da atenção à saúde. Se por um lado, na formação, ela possibilita a interação no processo de ensino e aprendizagem entre os sujeitos envolvidos, por outro, na produção do cuidado, valoriza o contato com a realidade da comunidade a partir de sua vivência com a equipe e usuários, buscando compreender o processo saúde-doença (SILVEIRA et al., 2020).

No contexto da complexidade que envolve a IESC, o preceptor, enquanto agente promotor e facilitador da aprendizagem, apresenta-se com a tarefa nada fácil de funcionar como articulador entre os residentes, os demais profissionais da unidade e os usuários do serviço, como relatado por alguns participantes.

Considera-se, na USAFA, um espaço privilegiado no fomento do IESC, uma vez que possibilita a construção e troca de saberes, tanto no âmbito organizacional, quanto no assistencial, no sentido de facilitar a experiência do ato de ensinar dentro do próprio ambiente de trabalho, como se levasse “a sala de aula para dentro do serviço” (OLIVEIRA et al., 2021). Identifica-se, entretanto, a necessidade de se proporem inovações pedagógicas no sentido de posicionar a reorientação da formação numa perspectiva de interdependência autônoma dos sistemas de saúde e educação, baseada no diálogo e na reflexão crítica coletiva, fortalecendo o caráter ordenador do SUS na formação (FORTE et al., 2020).

Ao se desviar do “modelo tradicional”, extremamente transmissivo, autoritário e centrado no saber de quem ensina, a IESC predispõe a utilização de metodologias ativas, caracterizadas pela problematização, ensino com base em equipes e na centralidade da autonomia intelectual, estimulando à intervenção nos cenários de prática (BRANDÃO; ROCHA; SILVA, 2013).

O distanciamento entre instituição de ensino e preceptor torna-se muitas vezes um desafio a ser superado pelos agentes de integração (gestão-instituição de ensino-serviço), que têm de articular todo o processo entre a academia e o serviço. Apesar de o PRMSFC-PG, município, ser o provedor, tanto do ensino como do serviço, o que, a princípio diminuiria esse distanciamento, ele torna o ambiente,

principalmente o acadêmico-conteudista, mais fragilizado no que tange à qualificação docente, à estrutura pedagógica, aos recursos humanos e materiais.

O preceptor é colocado à prova, a todo instante, tanto na esfera da organização do processo de trabalho, como na sua preparação para a função docente. Constata-se que, a despeito dessa proximidade entre o ensino-serviço e a comunidade ser um facilitador para a integração, há necessidade de se criarem espaços para o compartilhamento de demandas e experiências que fortaleçam o entendimento do papel de cada um nesse processo (FRANÇA et al., 2017).

Importante considerar que a ambiência da ESF possibilita a experiência da aprendizagem fora da sala de aula, onde o preceptor precisa estar sensível à riqueza que o território e a comunidade trazem em ensinamentos, com suas dinâmicas, relações sociais, culturais e vulnerabilidades.

No entanto há de se sobrepor a partir do sentimento de pertencimento para que haja imersão efetiva no processo de trabalho, passando pelo experimento comunitário de andanças territoriais, visitas domiciliares e formas plurais vivenciadas, (re)inventadas e (res)significadas de cuidado (FORTE et al., 2020).

Nesse sentido, de forma mais pragmática, Silveira et al. (2020 p.13) afirmam:

“[...] o estudante quer aprender, o professor pretende ensinar, o usuário deseja ter sua demanda de saúde atendida e os gestores do ensino e do serviço visariam à realização de suas diferentes missões institucionais a partir de certas metas e critérios preestabelecidos”.

Outro papel importante que a IECS desempenha relaciona-se à implementação de ações de educação permanente conectadas a vínculos interprofissionais fortemente produzidos a partir de uma experiência formativa baseada em conhecimentos, habilidades e atitudes, inovando em formas de aprendizagens, formais e informais, no processo de trabalho, traduzidas como cuidado (BARRETO; GUIMARÃES CAMPO; DAL POZ, 2019).

Destaca-se também que o campo de produção de conhecimento no contexto da IESC não é, de forma alguma, desprovido de conflitos e interesses, haja vista as relações de poder e as mais diversas intencionalidades políticas e éticas, desveladas em movimentos de experimentação, permeiam não apenas uma parte, mas todo corpus teórico-prático interconectado com os anseios da comunidade e comprometido com a defesa da vida (NETA AGUIAR; ALVES, 2016).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os movimentos produzidos neste estudo, deflagrados a partir do construto de uma pesquisa implicada em analisar as nuances da formação dos preceptores nos cenários de prática da RMS, a partir de suas percepções em relação às interfaces que a EIP e PC processam neste contexto, foram mais além do esperado, ao abrirem novas perspectivas de um complexo de relatos, de experiências e reflexões que permearam todo o processo que envolve o exercício da preceptoria. Salienta-se a intencionalidade primeira de cumprir os objetivos traçados.

Importante mencionar, inicialmente, a relevância que foi dada à “experiência”, no sentido de a práxis do sujeito da experiência ser passível de uma aprendizagem comprometida com a ética, com o conhecimento e com a ação-reflexão. A experiência trata da relação do conhecimento com a vida humana, na qual o conhecimento concebe a materialidade pragmática de teorias e métodos, enquanto a vida humana remete à dimensão biológica em satisfazer as necessidades do indivíduo. Nesse contexto, a experiência da aprendizagem interprofissional pode ser colocada como a chave para a prática colaborativa e que, apesar do saber desta experiência ser único para cada indivíduo, ele pode ser compartilhado.

Assim ficou marcado nos relatos que a formação dos preceptores se dá muito pela experiência e que esta pode funcionar como um fio condutor para a EIP se materializar em competências para a prática colaborativa.

Entre as competências consideradas pelos participantes como necessárias para uma formação em preceptoria com qualidade no serviço, as pedagógicas sobressaíram-se, encaradas como um desafio. Mesmo para aqueles profissionais com “altos níveis” de conhecimentos técnicos, a função docente-assistencial ficaria prejudicada pelo despreparo na condução do processo de ensino-aprendizagem, seriam necessários estímulos por meio de estratégias metodológicas viáveis. Dessa forma, o diálogo e a interação precisam estar presentes entre os preceptores das diferentes áreas profissionais do PRMSFC-PG e devem ser impulsionados pela troca de saberes e de experiências.

Foi dada uma importância grande à utilização das metodologias participativas como disparadoras do processo de ensino-aprendizagem, em que se fortalece o papel ativo do residente. Foi também valorizada a formação do preceptor, na qual se aprende fazendo. Os participantes desta pesquisa consideraram que, antes de promoverem essas estratégias, fazia-se necessária a capacitação em cursos de pós-graduação.

Em relação à dimensão do cuidado, a EPS foi valorizada como uma potência na formação do preceptor em serviço, em estreita conexão com a gestão mais participativa, atenção e controle social mais humanizados, ancorados na premissa da problematização do processo e qualidade do trabalho. Na interface da EPS e a dimensão do cuidado, a perspectiva do trabalho em equipe ficou evidente como uma possibilidade na construção de cotidianos que valorizam a aprendizagem coletiva. Nesse horizonte, apresentam-se possibilidades de interações, negociações, diálogos entre os atores envolvidos na formação em serviço (preceptores, tutores, usuários, famílias e comunidades), em espaço democrático, com a perspectiva de gerar melhorias na IESC. Esbarra-se muitas vezes no distanciamento entre o ensino e a prática, principalmente na prática interprofissional colaborativa, em decorrência de uma formação uniprofissional, tecnicista e reducionista.

Entre as possibilidades apresentadas para contrapor esta realidade, considerou-se voltar os olhares aos DSS e suas iniquidades, em que pese a subjetividade do complexo processo saúde-doença, na qual se delegou à CA e à ACP o papel de protagonistas na colaboração interprofissional e no trabalho em equipe com foco nas necessidades de saúde do usuário.

Quanto à formação do preceptor para a interprofissionalidade, foram encontradas algumas dificuldades. Apesar de muitas vezes estes profissionais desenvolverem momentos de EIP e PC, eles não se apropriam de evidências científicas que os embasem a torná-los frequentes e contínuos nos cenários de prática, muito por falta de estímulos ao acesso à literatura. Porém a resistência ao trabalho interprofissional não se reduz só a esse aspecto, fatores atrelados à própria formação uniprofissional na graduação, o pouco apoio institucional e a falta de uma reformulação curricular voltada à formação interprofissional, principalmente em

programas indutores da IESC, como é o caso da RMS, também provocam desconexões entre o saber e o fazer.

Por fim, vale a pena destacar alguns achados relevantes às caracterizações dos preceptores participantes, tanto da escala AITCS II-BR, como da Entrevista Semiestruturada, além de tencionar algumas especificidades encontradas nas análises atitudinais da mesma escala. Inicialmente, em relação às caracterizações, praticamente em sua totalidade, todos cumpriram, tanto com os pré-requisitos básicos em compor o quadro de preceptores do programa, no caso, a titulação mínima e o tempo de prática no exercício da preceptoria, como também os critérios de inclusão para participarem da pesquisa. Outro aspecto apresentado se configurou em relação à escolha dos perfis para o ingresso no programa, foram valorizados a experiência, os anos de formação na área específica do exercício da preceptoria e o tempo de serviço na APS. Sobre as respostas da escala atitudinal, os aspectos demarcados em alerta merecem alguns apontamentos: a) aquisição de competências colaborativas no enfrentamento das iniquidades sociais presentes na complexidade do processo saúde-doença; b) busca por estratégias educativas e participativas que venham a estimular e conduzir mudanças no processo formativo em serviço; c) valorização do trabalho em equipe interprofissional colaborativa no enfrentamento a modelos fragmentados, com visão ampliada, comprometida e resolutiva, centrando o cuidado no usuário; d) coordenação da construção de lideranças colaborativas, flexíveis e simétricas que promovam o trabalho em equipe interprofissional; e) fortalecimento da relação com a comunidade, baseado em territórios de vida e do trabalho das pessoas.

Apresentados os resultados da pesquisa, atrevo-me a concluir meus escritos, de modo a que sejam acompanhados do “esperançar” freireano, em olhar para o futuro, não só com otimismo, mas com o entusiasmo e a sede de lutar por dias melhores para o nosso sistema de saúde, que tem sido desmontado e sofrido com sua desconfiguração em favor do caráter social e da saúde integral da população.

Como proposta para preencher a lacuna que há entre teoria e prática para o desenvolvimento da aprendizagem interprofissional colaborativa na formação do preceptor em cenários de prática, a construção, implementação e aplicação de um guia com diretrizes e estratégias para que os preceptores incorporem a EIP e PC no seu processo formativo em cenários de prática.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AFONSO, D. H.; SILVEIRA, L. M. C. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da educação médica. **Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto**, Rio de Janeiro. v. 11, supl. 1, p. 82-86, 2012. Disponível em: http://bjhbs.hupe.uerj.br/WebRoot/pdf/313_pt.pdf Acesso em: 16 de jun. 2021.
- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu. v. 20, n. 59, p. 905-916, Jan, 2016.
- ARENDT, H. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.
- AUTONOMO, R. O. M.; HORTALE, V. A. H.; SANTOS, G. B.; BOTTI, S. H. O. A Preceptorial na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primário- Análise das Publicações Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro. v. 39, n. 2, p. 316-327, 2015.
- BACICH, L.; MORAN, J. (orgs) **Metodologias ativas para uma educação inovadora**: uma abordagem teórico-prática [recurso eletrônico] Porto Alegre: Penso, 2018 e-PUB.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARR, H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, Reino Unido, v. 12, n. 2, 1998.
- BARR, H; LOW, H. Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE). Introdução à Educação Interprofissional, Brasil, 2013.
- BARRETO, L. D. S. O.; GUIMARÃES CAMPOS V. D.; DAL POZ, M. R. Interprofessional education in healthcare and health workforce (HRH) planning in Brazil: experiences and good practices. **J Interprof Care**, Reino Unido, v. 33, n. 4, p. 369-381, 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1080/1356_1820.2019.1646230-11 Acesso em 29 de jun. 2021.
- BATISTA, N. A educação interprofissional na formação em saúde. In: CAPOZOLLO, A.A.; CASSETTO, S.J.; HENZ, A.O.(Orgs). **Clínica comum**: Itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, p. 59-68, 2013.
- BATISTA, N. A.; ROSSIT, R. A. S.; BATISTA, S. H. S. S.; SILVA, C. C. B.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; POLETTO, P. R. Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. **Interface: comunicação, saúde, educação**. Botucatu, v. 22, Supl. 2, p. 1705-1715, 2018.

- BERMUDES, W. L.; SANTANA, B. T.; BRAGA, J. H. O.; SOUZA, P. H. Tipos de escalas utilizadas em pesquisas e suas aplicações Scales used in research and applications. **VÉRTICES**, Campos dos Goytacazes/RJ, v. 18, n. 2, p. 7-20, 2016.
- BISPO, E. P. F.; ROSSIT, R. A. S. Adaptação transcultural e validação estatística do Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II. **Revista Científica Àgape**. Maringá. v. 1, 1ª edição: 2018.
- BISPO, E. P. F. **Tradução, adaptação transcultural e validação do Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II - AITCS II para o contexto brasileiro**. 2019. 163f. Tese (doutorado) - Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista, programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, 2019.
- BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf> Acesso em: 18 dez. 2019.
- BOTTI, S. H. O.; REGO, S. T. A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Phisis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 21, Supl. 1, p. 65-85, 2011.
- BRANDÃO, E. R. M.; ROCHA, S. V.; SILVA, S. S. Práticas de integração: reorientando a formação médica. **Rev Bras Educ Med**, Brasília, v.37, n. 4, p.573-577, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/sgBkJ7DrrBMC6MnsDBxj4KS/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 28 de jul. 2021.
- BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. **Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude**; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: Acesso em: 9 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria nº 45, de 12 de janeiro de 2007a. **Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde**. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_45_2007.pdf Acesso em: 12 de abr. 2019.
- BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria 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**. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192 Acesso em: 12 de abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências**. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf> Acesso em: 11 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS; 2006b.

BRASIL, Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Brasília, DF: Diário Oficial da União: Ministério da Saúde, 25 jan. 2008. (Seção 1, ano CXLV, n. 18).

BRASIL. Ministério da Saúde. (MS). **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: MS. (Série Pactos pela Saúde, v. 4), 2007b.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, DF, 2012. (Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Glossário BRASIL. Ministério Da Saúde. (MS). Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. –Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf Acesso em: 2 de Ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Plano de Fortalecimento das Residências em Saúde**. Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Portaria n. 4.279, 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União. Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. **Estabelece diretrizes para a organização de Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2015. 127p.

- BRUGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A. Utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa na produção do conhecimento. **Rev. Esc. Enferm. USP.** São Paulo. v. 42, n.3, p.563-568, 2008.
- CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC). **A national interprofessional competence framework.** Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010.
- CAMPOS, G. S. W. **Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipe de saúde.** In: ONOKO, R. & MERHY, E. E. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público.* São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial; 1997.
- CANO, S. J.; HOBART, J. C. The problem with health measurement. **Patient Preference and Adherence.** Reino Unido, v.5, p. 279-290, 2011. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/6e49>. Acesso em 13 de set. de 2021.
- CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação,** Botucatu. v. 22, supl. 1, p. 1325-1237, 2018.
- CARVALHO, M. A. P.; GUTIÉRREZ, A. C. Quinze anos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: contribuições da Fiocruz. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro; v. 26, n. 6, p. 2013-2022, 2021.
- CARRER, F. C. A.; JUNIOR, A. P.; ARAÚJO, M. E.; SILVA, D. P.; GABRIEL, M.; GALANTE, M. L. **SUS e a Saúde Bucal no Brasil: gestão e planejamento** [livro eletrônico]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019.
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000400020> Acesso em: 02 de ago. 2021.
- CECCIM, R. B.; MENESES, L. B. A.; SOARES, V. L.; PEREIRA, A. J.; MENESES, J. R.; ROCHA, R. C. S.; ALVARENGA, J. P. O. **Formação de Formadores para Residências em Saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva- 1.ed.** – Porto Alegre: Rede Unida, 212 p.: il. – (Série Vivências em Educação na Saúde), 2018.
- CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface: Comunicação Saúde, Educação,** Botucatu. v. 22, p.1739-1749, 2018. Suplemento 2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832018000601739&lng=en&nrm=iso Acesso em: 15 jan. 2020.

- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?lang=pt> Acesso em: 15 jan. 2020.
- CECÍLIO, L. C. O.; MOREIRA, M. E. Disputa de interesses, mecanismos de controle e conflitos: a trama do poder nas organizações de saúde. **R A P**, Rio de Janeiro v.36, n. 4, p. 587-608, 2002.
- CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A singular coordenação dos hospitais. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro; v. 27, n. 64, p. 110-122, 2003.
- CECÍLIO, L. C. O.; DOS REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018.
- CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION. CAIPE. **Interprofessional Education: Today, Yesterday and Tomorrow**. Higher Education Academy, Learning and Teaching Support Network for Health Sciences and Practice, Occasional Paper 1. BARR, H. (Org). United Kingdom: CAIPE, 2002.
- CENTRE FOR ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION (CAIPE). INTERPROFESSIONAL RESEARCH GLOBAL. **Interprofessional Global: The global network for interprofessional education and collaborative practice research**, 2019.
- CENTRE FOR ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION (CAIPE). **Definition of Interprofessional Education (revised)**. <http://www.caipe.org.uk>, 2002.
- CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION. **Interprofessional Education Guidelines**. BARR, H. et al. (Orgs), 2017.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS**, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/o-protagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-a-maioria-nos-servicos-e-na-gestao-do-sus/>. Acesso em: 01 de ago. 2021.
- COSTA, S. M.; DURAES, S. J. A.; ABREU, M. H. N. G. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 1865-1873, 2010.
- COSTA, M. V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu. v. 20, n.56, p.197-198: 2016.

- COSTA, D. A. S.; SILVA R. F.; LIMA V. V.; RIBEIRO, E. C. O. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1183-1195, 2018.
- COSTA, M. V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu. v. 20, n. 56, p. 197-198: 2016.
- COSTA, E.; FERRAZ, F.; TRINDADE, L. L.; SORATTO, J. Desafio do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Rev. CEFAC**. Campinas, v. 22, n. 2, 2020.
- CRUZ, C. **Competências e habilidades: da proposta à prática**. São Paulo: Edições Loyola, 2001.
- CUNHA, L. M. **Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes**. 78 f. 2007. Dissertação (Mestrado em Probabilidades e Estatística). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal, 2007.
- D'AMOUR, D. et al. A model and tipology of collaboration between professionals in health care organizations. **BMC Health Services Research**, Estados Unidos. v. 8, p. 188, 2008.
- D'AMOUR, D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, Reino Unido. v. 19, p. 116-131, 2005.
- DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks, Sage; 1994.
- DEVINCENZI, M. U. et al. A Experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde em Santos, São Paulo. In: FERLA, A. A. et al. (Org). **Residências e a Educação e Ensino da Saúde: Tecnologias Formativas e o Desenvolvimento do Trabalho**. Porto Alegre: Rede Unida, p.80-88, 2017.
- DIAS, I. S. Competências em Educação: conceito e significado pedagógico. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**. São Paulo, v. 14, n. 1, p. 73-78, 2010.
- FARJADO, A. P. **Os tempos da docência nas residências em área profissional da saúde: ensinar, atender e (re) construir as instituições-escola na saúde**. 2011. 200f. Tese (Doutorado em Educação) Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- FERREIRA, B. J. **Inovações na formação médica: reflexos na organização do trabalho pedagógico** (Tese doutorado). Campinas: São Paulo: 2004.
- FEUERWERKER, L. C. M. **Produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 174p., 2014.

- FORTE, F. D. S.; PONTES, A. A.; MORAIS, H. G. F.; BARBOSA, A. S.; NÉTTO O. B. S., BARROS, N. F. Integração ensino-serviço-comunidade em Odontologia: um estudo cultural. **Interface: Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 24, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.200166> Acesso em: 28 de jul. de 2021.
- FOX, A.; REEVES, S. Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. **J Interprof Care**, Reino Unido, v. 29, v. 2, p. 113-118, 2015.
- FRANCO, M. L. P. B. **Análise de Conteúdo**. Brasília, 4º edição: Liber Livros, 2012.
- FRANÇA T.; MEDEIROS, K. R.; BELISARIO, A. S.; GARCIA, A. C.; PINTO, I. C. M.; CASTRO, J. L., et al. Política de Educação Permanente em Saúde no Brasil: a contribuição das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço. **Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1817-1828, 2017.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1970.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 3ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.
- FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.165-181, 2001.
- GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. Atlas, São Paulo, 2011.
- GONZE, G. G; SILVA, G. G. A. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 211, n.1, p.129-146, 2011.
- GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. 1989. Fourth Generation Evaluation. **Sage Publications**, Newbury Park, California, 294p., 1989. Disponível em: <https://books.google.com.br/books>. Acesso em 13 de set. de 2021.
- HEALTH PROFESSIONS ACCREDITORS COLLABORATIVE. **Guidance on developing quality interprofessional education for the health professions**. Chicago, IL: Health Professions Accreditors Collaborative, 2019. Disponível em: [https://s3-us-west-2.amazonaws.com/nexusipe-resource-exchange/HPACGuidance\(02-01-19\).pdf](https://s3-us-west-2.amazonaws.com/nexusipe-resource-exchange/HPACGuidance(02-01-19).pdf) Acesso em: 08 ago. 2021.
- HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O. Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP). **Brasil Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, 2014.
- LAGO, L. P. M. **Práticas profissionais na residência multiprofissional em saúde: uma pesquisa sócio-clínica**. 2009. 209f. Tese (doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

- LAWN, S. Moving the interprofessional education research agenda beyond the limits of evaluating student satisfaction. **Journal of Research in Interprofessional Practice and Education**, Reino Unido, v. 6, n. 2, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.22230/jripe.2017v6n2a239>. Acesso em 29 de jul. 2021.
- LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 517-524, 2006.
- LIMA, V. V.; RIBEIRO E. C. O.; PADILHA, R. Q. Competência na Saúde. In: SIQUEIRA, I. L. C. P.; PETROLINO H. M. B. S. **Modelos de desenvolvimento de profissionais no cuidado em saúde**. São Paulo: Atheneu, 2013.
- LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface: Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 421-434, 2017.
- LOBATO, C. P.; MELCHIOR, R.; BADUY, R. S. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro. v. 22, n. 4, p. 1273-1291, 2012.
- MACHADO, C.; OLIVEIRA, J. M., MALVEZZI, E. Repercussões das diretrizes curriculares nacionais de 2014 nos projetos pedagógicos das novas escolas médicas. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu, v.25, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200358>. Acesso em 30 de jul. 2021.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. Editora Atlas, 7ª Edição, 2010.
- MEDEIROS, A. C.; PEREIRA, Q. L. C; SIQUEIRA, H. C. H.; CECAGNO, D.; MORAES, C. L. Gestão participativa na educação Permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 38-42, 2010.
- MIGUEL, E. A.; ALBIERO, A. L. M.; ALVES, R. N.; BICUDO, A. M. Trajetória e implementação de disciplina interprofissional para cursos da área de Saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Botucatu. v. 22, Supl. 2, p. 1763-1776, 2018.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec; 406 p., 2006.
- MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29º ed., Ed. Vozes, (coleção temas sociais), Petrópolis, 2010.
- MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo. v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.
- MORAES, M. J. B. **O ensino de enfermagem em saúde coletiva: redescobrimo caminhos para novas práticas assistenciais**.2003. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

- NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.
- NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S; GARANHAMI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 61-68, 2013. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 09 de ago. 2021.
- NETA AGUIAR, A.; ALVES, M. S. C. F. A comunidade como local de protagonismo na integração ensino-serviço e atuação multiprofissional. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 221-223, 2006.
- OLIVEIRA, A. M. F.; MOREIRA, M. R. C.; XAVIER, S. P. L.; MACHADO, M. F.A S. Análise da integração ensino-serviço para a formação de residentes em medicina de família e comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 45, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20200326>. Acesso em: 28 de jul. 2021.
- OLIVEIRA, C. M. **A formação interprofissional em saúde e o processo de produção de narrativas**: construindo caminhos de aprendizagem. 2014. 164f. Dissertação (Mestrado Profissional) Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo *Campus Baixada Santista*, 2014.
- ORCHARD, C.; BAINBRIDGE, L.; BASSENDOWSKI, N.; CASIMIRO, L.; STEVENSON, K.; WAGNER, S. J.; WEINBERG, L.; CURRAN, V.; DI LORETO, L.; SAWATZKY-GIRLING, B. The Canadian Interprofessional Health Collaborative. **A national interprofessional competency framework**. Vancouver: CIHC, 2010. Disponível em: https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
- ORCHARD, C. A. **Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (AITCS-II)**. Revised version November: 2015.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Marco para ação em educação interprofissional e práticas colaborativas**. Genebra: OMS, 2010.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Educação interprofissional na atenção à saúde**: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Relatório da reunião. Bogotá, Colômbia, 7 a 9 de dezembro de 2016. Washington, D.C.: OPAS, 2017. Disponível em: https://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34370/OPASHSS17024_por.pdf?seq/uen=1&isAllowed=y Acesso em: 26 fev. de 2019.

- PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, p. 94-106, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000500008&lng=en&nrm=iso Acesso em: 13 de Ago. 2021.
- PARENTE, J. R. F. Preceptoria e tutoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **SANARE**, Sobral, v.7, n° 2, p.47-53, jul./dez. 2008.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública USP**, São Paulo, v.35, n.1, p. 103-109, 2001.
- PEDUZZI, M.; AGRELLI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p. 1525-1534, 2018.
- PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, H. S. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, s. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
- PEDUZZI, M.; NORMAN, I. J.; GERMANI, A. C. C. G.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, G. C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977
- PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu. v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.
- PEREGO, M. G.; BATISTA, N. A. Aprendizagens Compartilhadas na Residência Multiprofissional em Saúde. **Tempus, Actas de Saúde Colet**, Brasília. v. 10, n. 4, p. 39-51, 2016.
- PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Porto Alegre: Artmed Editora, 1999.
- PETTA, H. L.; PADILHA, R. Q.; LIMA, V. V.; PEREIRA, S. M. S. F.; OLIVEIRA, M. S.; RIBEIRO, E. C. O.; GOMES, R. **Especialização em preceptoria no SUS**: caderno do curso 2015/2016. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2015.
- PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 29, n. 4, p. 318-325, 1995.
- PRAIA GRANDE. Secretaria de Saúde Pública (SESAP). Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU). **Regimento Interno do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Município de Praia Grande- SP (PRMUSFC/PG)**, 2021.

- RABELLO, S. B.; CORVINO, M. P. F. A inserção do CD no Programa Saúde da Família. **Rev. Bras. Odonto**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 7, p. 58-266, 2001.
- REEVES, S.; BOET, S.; ZIERLER, B.; KITTO, S. Interprofessional Education and Practice Guide No. 3: Evaluating interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**. Reino Unido, v. 29, n. 4, p. 305-312, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.1003637>. Acesso em 29 de jun. 2021.
- REEVES, S.; LEWIN, S.; ESPIN, S.; ZWARENSTEIN, M. **Interprofessional teamwork for health and social care**. Oxford: Blackwell-Wiley; 2010.
- REEVES, S.; BARR, H.; BOET, S.; KITTO, S.; FLETCHER, S.; BIRCH, I.; DAVIES, N.; MCFADYEN, A.; RIVERA, J. BEME systematic review of the effects of interprofessional education. *Medical Teacher*. May, 2016.
- REEVES, S.; HEAN, S. Why we need theory to help us better understand the nature of interprofessional education, practice and care. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 27, n. 1, p. 1-3, 2013.
- REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 56, p: 185-196, jan./mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/pt_1807-5762-icse-2056-0185.pdf Acesso em: 24 nov. 2019.
- REIS, E. A.; REIS, I. A. Análise Descritiva de Dados. Relatório Técnico do Departamento de Estatística da UFMG, 2002. Disponível em: <http://www.est.ufmg.br/portal/arquivos/rts/rte0202.pdf> . Acesso em: 09 de ago. 2021.
- REIT Regional Network for Interprofessional Education in the Americas. Guidance on Global Interprofessional education and collaborative practice research. Disponível em: <https://www.educacioninterprofesional.org/en/guidance-global-interprofessional-education-and-collaborative-practice-research>, 2019.
- REIP. Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas. <https://www.educacioninterprofesional.org/pt>, 2021.
- RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Rev Gaúcha de Enferm**, Porto Alegre v. 34, n. 4, p.161-165, 2013.
- ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONER. An inquiry into patient centred care in the 21st Century. **London**, 2014.
- SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral em saúde: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, 2016.

- SEIXAS, C. T.; MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; SANTO, T. B. E.; JUNIOR, H. S.; CRUZ, K. T. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu v. 25, supl. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.200379>. Acesso em 02 de jul. 2021.
- SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M.; ORCHARD, C.; LEONELLO, V. M. Educação Interprofissional e Prática Colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. Esp2, p. 16-24, 2015.
- SILVEIRA, J. L. G. C.; KREMER, M. M.; SILVEIRA, M. E. U. C.; SCHNEIDER, A. C. T. C. Percepções da integração ensino-serviço comunidade: contribuições para a formação e o cuidado integral em saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190499>. Acesso em 27 de jul. 2021.
- STEINBACH, M. **A preceptoria na residência multiprofissional em saúde: saberes do ensino e do serviço**. Dissertação, 2015, 78f. (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2015.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009.
- UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; RODRIGUES, T. F.; DIAS, I. M. A. V. (Orgs). **Percursos Interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Unida. 459 p.: il. (Série Vivências em Educação na Saúde), 2016.
- WHO, World Health Organization. What are the social determinants of health? Journal [serial on the Internet], 2018.
- WITT, R. R. **Competência da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública**. 2005. 336 p. Tese (Doutorado em enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Carta de autorização para utilização da Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II (BISPO; ROSSIT, 2018)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
campus Baixada Santista

Instituto Saúde e Sociedade
Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em
Ciências da Saúde



Santos, 12 de Março de 2019.

CARTA DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DA VERSÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA EQUIPE II (E BISPO E R ROSSIT, 2018)

As pesquisadoras, Profª Dra. Emanuella Pinheiro de Farias Bispo e Profa. Dra. Rosana Aparecida Salvador Rossit, responsáveis pela tradução para o português brasileiro, validação estatística e adaptação transcultural do instrumento diagnóstico “*Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II – AITCS II* (C Orchard, 2015) para **Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II – AITCS II BR** (E Bispo e R Rossit, 2018), temos ciência e autorizamos a utilização da versão atualizada do AITCS II BR para ser utilizado no estudo “**Interfaces da Educação Interprofissional e Prática Colaborativa na formação do preceptor em Residência Multiprofissional em Saúde**”, com o objetivo de analisar a percepção do preceptor sobre a formação interprofissional e o desenvolvimento de competências para práticas colaborativas no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde sob a responsabilidade do pesquisador Guilherme Augusto Braga Silva, docente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do município da Praia Grande-SP. Dessa forma, disponibilizamos a versão atualizada da **Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II – AITCS II BR** (E Bispo e R Rossit, 2018) ao professor Guilherme Augusto Braga Silva, com a finalidade de ser utilizada no referido estudo, com o objetivo de coletar informações sobre a prática interprofissional dos preceptores para, assim, colaborar com o planejamento das atividades de capacitação para esses profissionais.

Emanuella Pinheiro de Farias Bispo

Rosana Aparecida Salvador Rossit

APÊNDICE 2- Roteiro da Entrevista Semiestruturada

Identificação:

Data ____/____/____ Número da Entrevista _____

Dados Gerais dos Preceptores:

Sexo Autodeclarado: Feminino () Masculino ()

Idade: _____

Estado Civil: () Casada(o) () Solteira(o) () Divorciada(o) () Viúva(o)

Qual a sua formação: _____

Tempo de formado: _____

Maior Titulação: () Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado
() Pós Doutorado

Qual o vínculo empregatício: _____

Tempo de exercício na profissão: _____

Tempo de exercício profissional no local em que exerce a preceptoría: _____

Tempo de exercício da preceptoría na atenção básica: _____

Questões:

1. Como foi a sua inserção no programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS)?
2. Quais pré-requisitos foram considerados na seleção para preceptoría?
3. Para você, o que é ser preceptor?
4. Para você, como se dá o processo de formação do preceptor nos cenários de prática?
5. Nos cenários de prática da RMS, quais são as competências que o preceptor precisa ter para trabalhar no processo formativo?
6. Você já ouviu falar em Educação Interprofissional? O que é?
7. Você já ouviu falar em Prática Colaborativa? O que é?
8. Enquanto preceptor engajado no processo formativo da RMS onde e quando acontece a Educação Interprofissional? Por favor dê um exemplo?
9. Enquanto preceptor engajado no processo formativo da RMS onde e quando acontece a Prática Interprofissional Colaborativa? Por favor, dê um exemplo?
10. Na sua percepção como preceptor, como se dá a Educação Interprofissional em Saúde e a Prática Colaborativa no processo de integração ensino, serviço e comunidade na RMS?
11. Na trajetória da Educação Permanente em Saúde, na qual está implícito o processo de aprendizagem do preceptor na RMS, como você analisa o seu processo formativo enquanto preceptor?

APÊNDICE 3 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1/2

O(a) senhor(a) está convidado(a) a participar da pesquisa denominada como **“Interfaces da Educação Interprofissional e Prática Colaborativa na Formação do Preceptor em Residência Multiprofissional em Saúde”**, sob a responsabilidade do pesquisador Guilherme Augusto Braga Silva e orientação da Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo.

Neste estudo, pretende-se analisar a percepção do preceptor sobre a formação interprofissional e o desenvolvimento de competências para práticas colaborativas no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) e também avaliar o impacto da Prática Colaborativa no processo de trabalho e do cuidado no exercício da preceptoria e sua relação com as competências do preceptor. A pesquisa trará benefício direto quanto à formação interprofissional do preceptor e desenvolvimento de competências para as práticas colaborativas no contexto da RMS. Como benefício indireto, estará contribuindo para que o preceptor compreenda o quanto ele está preparado para a sua própria formação nos cenários de prática, onde ele ‘aprende’ fazendo.

A pesquisa se dará, em um primeiro momento, na aplicação da Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe - AITCS II-BR (BISPO e ROSSIT, 2018), instrumento diagnóstico desenvolvido para medir a colaboração interprofissional entre os membros de uma equipe, com todos os participantes da pesquisa, por meio da plataforma EAD da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Município da Estância Balneária da Praia Grande- SP.

Em um segundo momento, como levantamento de dados, será realizada, de forma remota, a entrevista semiestruturada, com os que estão dentro dos critérios de inclusão, formatada a partir de um roteiro disposto em tópicos específicos. Mediante o apresentado, o(a) senhor(a) será convidado a compartilhar suas vivências e reflexões sobre o tema. Para tanto, serão utilizadas gravações por meio de webconferência em plataforma de reunião online. As gravações serão armazenadas e salvas em dispositivo exclusivo para a pesquisa (PENDRIVE) para posteriormente serem transcritas e submetidas às análises dos conteúdos. Não ocorrerá divulgação dos áudios e as gravações não serão compartilhadas em nenhuma rede ou nuvem, sendo as transcrições realizadas pelo próprio pesquisador. Nas transcrições, não haverá identificação dos participantes, sendo garantido o seu anonimato nos resultados e nas publicações. Após o término da pesquisa, os materiais de áudio e de imagem serão destruídos.

Não são esperados riscos ou desconfortos diretos, contudo, caso sinta qualquer incômodo, fica garantida a liberdade da retirada de seu consentimento e participação em qualquer momento. Sua pesquisa é voluntária e não haverá despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Os resultados serão

analisados e publicados, mas sua identidade será preservada quanto ao sigilo de sua identificação. Fica garantido, a qualquer momento, se for do seu interesse, ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, ou a respeito dos resultados gerais deste. Além disso, o(a) senhor(a) poderá ser informado quando o estudo for finalizado e ter acesso aos principais resultados e conclusões obtidas.

Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos, será garantido o direito à assistência imediata e se o dano for decorrente da pesquisa, o(a) Sr(a) terá direito à indenização determinada por lei. Para qualquer outra informação, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o pesquisador Guilherme Augusto Braga Silva, no endereço Av. dos Trabalhadores nº 3.801, Vila Antártica, Unidade de Saúde da Família (USAFA) Antártica, Telefone: (13) 3496-5246, ou pelo e-mail guilhermebraga.odonto@hotmail.com, o contato da orientadora desta pesquisa é a Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo que pode ser encontrada na unidade central da Unifesp Campus Baixada Santista, na rua Silva Jardim, 136 - sala 113, fone (13) 3226- 0287 bairro: Vila Mathias - Santos-SP, no e-mail: uchoa.lucia@unifesp.br ou com o Comitê de Ética da Unifesp, na rua Botucatu, 740 5º andar, sala 557, no telefone (11) 5571-1062 ou 5539-7162 - Vila Mariana - São Paulo. Horários de atendimento às segundas, terças, quintas e sextas feiras, das 9h às 12h, ou ainda pelo: cep@unifesp.edu.br.

Este termo será assinado em duas vias, uma para você e outra para o pesquisador.

Eu, _____, RG nº _____, CPF n.º _____, acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou foram lidas para mim.

Assinatura do participante da pesquisa

Data

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a realização deste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data

APÊNDICE 4 - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) Digital

TCLE- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está convidado a participar da pesquisa denominada como "Interfaces da Educação Interprofissional e Prática Colaborativa na Formação do Preceptor em Residência Multiprofissional em Saúde", sob a responsabilidade do pesquisador Guilherme Augusto Braga Silva e orientação da Prof.^a Dra. Lúcia da Rocha UchôaFigueiredo.

Neste estudo se pretende analisar a percepção do preceptor sobre a formação interprofissional e o desenvolvimento de competências para práticas colaborativas no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) e também, avaliar o impacto da Prática Colaborativa no processo de trabalho e do cuidado no exercício da preceptoría e sua relação com as competências do preceptor. A pesquisa trará benefício direto quanto a formação interprofissional do preceptor e desenvolvimento de competências para as práticas colaborativas no contexto da RMS. como benefício indireto, estará contribuindo para que o preceptor compreenda o quanto ele está preparado para a sua própria formação nos cenários de prática, onde ele 'aprende' fazendo.

A pesquisa se dará, em um primeiro momento, na aplicação da Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe - AITCS II-BR (BISPO e ROSSIT, 2018), instrumento diagnóstico desenvolvido para medir a colaboração interprofissional entre os membros de uma equipe, com todos os participantes da pesquisa, por meio da plataforma EAD da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Município da Estância Balneária da Praia Grande- SP.

Em um segundo momento, como levantamento de dados, será realizada, de forma remota, a entrevista semiestruturada, com os que estão dentro dos critérios de inclusão, formatada a partir de um roteiro disposto em tópicos específicos. Mediante o apresentado, você será convidado a compartilhar suas vivências e reflexões sobre o tema, para tanto será utilizado gravações por meio de webconferência em plataforma de reunião online. As gravações serão armazenadas e salvas em dispositivo exclusivo para pesquisa (PENDRIVE 16GB) para posteriormente serem transcritas e realizadas as análises dos conteúdos. Não ocorrerá divulgação dos áudios e as gravações não serão compartilhadas em nenhuma rede ou nuvem, sendo as transcrições realizadas pelo próprio pesquisador. Nas transcrições não haverá identificação dos participantes, sendo garantido o seu anonimato nos resultados e nas publicações. Após o término da pesquisa o material de áudio e imagem serão destruídos.

Não são esperados riscos ou desconfortos diretos, contudo, caso sinta qualquer incômodo, fica garantida a liberdade da retirada de seu consentimento e participação em qualquer momento. Sua pesquisa é voluntária e não haverá despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Os resultados serão analisados e publicados, mas sua identidade será preservada quanto ao sigilo de sua identificação. Fica garantido, a qualquer momento, se for do seu interesse, ter acesso a todas as informações obtidas a seu respeito neste estudo, ou a respeito dos resultados gerais deste. Além disso, ser informado quando o estudo for finalizado e ter acesso aos principais resultados e conclusões obtidas.

Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos, será garantido o direito a assistência imediata e se o dano for decorrente da pesquisa, o Sr (a). terá direito a indenização determinada por lei. Para qualquer outra informação, você poderá entrar em contato com o pesquisador Guilherme Augusto Braga Silva, no endereço Av. dos Trabalhadores nº 3.801, Vila Antártica, Unidade de Saúde da Família (USAFA) Antártica, Telefone: (13) 3496-5246, ou pelo e-mail guilhermebraga.odonto@hotmail.com, o contato da orientadora desta pesquisa é a Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo que pode ser encontrada na unidade central da Unifesp Campus Baixada Santista, na rua Silva Jardim, 136 - sala 113, fone (13) 3226- 0287 bairro: Vila Mathias - Santos-SP, no e-mail: uchoa.lucia@unifesp.br ou com o Comitê de Ética da Unifesp, na rua Botucatu, 740 5º andar, sala 557, no telefone (11) 5571-1062 ou 5539-7162 - Vila Mariana - São Paulo. Horários de atendimento às segundas, terças, quintas e sextas feiras, das 9h às 12hs, ou ainda pelo: cep@unifesp.edu.br. Consideramos que se você responder o questionário é porque concordou com a participação como voluntário(a) de pesquisa. Que foi devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o objetivo desta pesquisa, que leu os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de sua participação e esclareceu todas as suas dúvidas. Foi garantida a sua possibilidade de recusar a participar e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isto te cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Consideramos que você autorizou a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo sua identidade. Enviaremos uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o seu e-mail.

Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade.

Eu concordo



APÊNDICE 5 - Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II (AITCS II – BR) - Versão Randomizada

Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II (AITCS II – BR)

E Bispo e R Rossit (2018), UNIFESP, 2018

Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (AITCS-II) ©

C Orchard, 2015

O AITCS é um instrumento diagnóstico desenvolvido para mensurar a colaboração interprofissional dos membros de uma equipe. Consiste de 23 assertivas consideradas características da colaboração interprofissional (a maneira como uma equipe trabalha e atua). Os itens da Escala representam três elementos que são considerados fundamentais para a prática colaborativa. Estas subescalas são: (1) Parceria – 8 itens, (2) Cooperação – 8 itens e (3) Coordenação – 7 itens.

Pontuação da AITCS

Os respondentes indicam seu nível geral de concordância com os itens em uma escala de classificação de cinco pontos que varia de 1= "Nunca"; 2= "Raramente"; 3= "Às vezes"; 4= "Frequentemente"; e, 5= "Sempre".

Essas classificações produzem pontuações de 23 a 115. O tempo previsto para completar o instrumento é de aproximadamente 10 minutos.

Caracterização dos participantes



(C-01) Local de trabalho*

Editar ▾



(C-02) Área de atuação (saúde mental, saúde da família...)*

Editar ▾



(C-03) Carga Horária semanal*

Editar ▾

Horista 20h semanais 30h semanais 40h semanais Outro (especifique)



(C-03a) Especifique carga horária semanal (C-03->Outro (especifique))

Editar ▾



(C-04) Sexo*

Editar ▾

Masculino Feminino



(C-05) Faixa Etária*

Editar ▾

20 a 24 anos 25 a 29 anos 30 a 34 anos 35 a 39 anos 40 a 44 anos 45 a 49 anos 50 a 54 anos
 55 a 59 anos Acima de 60 anos

Apêndices

(C-06) Maior Titulação* Editar ▾

Graduação Especialista Mestrado Doutorado Outro (especifique)



(C-06a) Especifique maior titulação (C-06->Outro (especifique)) Editar ▾



(C-07) Assinale a sua Formação Profissional* Editar ▾

Assistente Social Cirurgião-Dentista Enfermeiro Farmacêutico Fonoaudiólogo Fisioterapeuta Médico

Nutricionista Psicólogo Terapeuta Ocupacional Técnico de Radiologia Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Auxiliar de Saúde Bucal (ASB) Técnico de Laboratório Técnico de Enfermagem Outro (especifique)



(C-07a) Especifique Formação Profissional (C-07->Outro (especifique)) Editar ▾



(C08) Tempo de prática na profissão (desde a obtenção do registro profissional) em anos* Editar ▾



(C09) Tempo de trabalho com sua equipe atual, em anos* Editar ▾



Editar ▾

Editar ▾

Instruções:

Nota: Alguns termos são utilizados para se referir à pessoa que recebe serviços. Para propósito desta avaliação, o termo "paciente" será utilizado, embora outros termos como "cliente", "consumidor" e "usuário" sejam utilizados em alguns serviços de saúde. Por favor, assinale a opção que melhor reflete (neste momento) como sua equipe e você, como membro desta equipe, trabalham ou atuam em equipe.

Quando estamos trabalhando em equipe*, os profissionais da minha equipe...

(* Uma equipe pode ser definida como qualquer interação entre dois ou mais profissionais de saúde que oferecem cuidados ao paciente).



Apêndices

- (14) **entendem os limites do que cada um pode fazer.*** Editar ▾
- 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre
- ✚
- (02) **ouvem os desejos dos pacientes quando determinam o processo de cuidado escolhido pela equipe.*** Editar ▾
- 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre
- ✚
- (10) **respeitam-se e confiam uns nos outros.*** Editar ▾
- 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre
- ✚
- (05) **utilizam comunicação coesa e coerente para discutir o cuidado ao paciente.*** Editar ▾
- 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre
- ✚
- (01) **incluem os pacientes na definição de metas relacionadas ao cuidado que receberão.*** Editar ▾
- 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre
- ✚
- (17) **aplicam uma definição única de Prática colaborativa interprofissional no cenário da prática.*** Editar ▾
- 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre
- ✚
- (20) **utilizam um processo de acordo para resolver conflitos.*** Editar ▾
- 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre
- ✚
- (09) **compartilham poder uns com os outros.*** Editar ▾
- 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre
- ✚
- (16) **estabelecem um sentimento de confiança entre os membros da equipe.*** Editar ▾
- 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre
- ✚
- (18) **distribuem igualmente as metas acordadas entre os membros da equipe.*** Editar ▾
- 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre
- ✚
- (03) **encontram-se regularmente para discutir o cuidado ao paciente.*** Editar ▾
- 1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre
- ✚

Apêndices

(19) incentivam e apoiam a comunicação aberta, incluindo pacientes e seus familiares nas reuniões da equipe.*

Editar ▾

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre



(23) apoiam abertamente a inclusão do paciente nas reuniões da equipe.*

Editar ▾

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre



(07) incentivam uns aos outros, os pacientes e seus familiares para utilizar os conhecimentos e as habilidades que cada um pode trazer para desenvolver planos de cuidado.*

Editar ▾

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre



(15) entendem que existem conhecimentos e habilidades compartilhadas entre os profissionais de saúde na equipe.*

Editar ▾

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre



(13) esforçam-se para atingir soluções mutuamente satisfatórias para as diferenças de opinião.*

Editar ▾

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre



(22) escolhem juntos o líder para a equipe.*

Editar ▾

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre



(06) estão envolvidos na definição de metas para cada paciente.*

Editar ▾

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre



(12) refletem sobre sua prática e compartilham suas percepções.*

Editar ▾

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre



(08) trabalham com o paciente e sua família no ajuste dos planos de cuidado.*

Editar ▾

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre



(21) defendem que o líder da equipe varie dependendo das necessidades dos pacientes.*

Editar ▾

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre



(04) coordenam serviços de saúde e sociais (por exemplo: finanças, trabalho, moradia, relações com a comunidade, serviços espirituais) com base nas necessidades de cuidado do paciente.*

Editar ▾

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre



(11) são abertos e honestos uns com os outros.*

Editar ▾

1- Nunca 2- Raramente 3- Às vezes 4- Frequentemente 5- Sempre

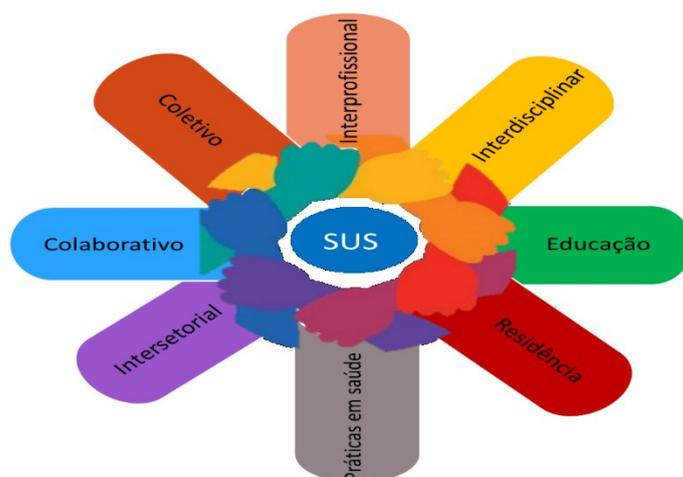


APÊNDICE 6 - Guia com diretrizes e estratégias da educação interprofissional e prática colaborativa para preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO
SUPERIOR EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA



Produto Técnico Educacional

**GUIA COM DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS DA EDUCAÇÃO
INTERPROFISSIONAL E PRÁTICA COLABORATIVA PARA PRECEPTORES DA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

São Paulo
2021

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO
SUPERIOR EM SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA

RELATÓRIO DE PRODUTO TÉCNICO DE PESQUISA

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO:

Produto Técnico Educacional

**GUIA COM DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS DA EDUCAÇÃO
INTERPROFISSIONAL E PRÁTICA COLABORATIVA PARA PRECEPTORES DA
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Produto técnico apresentado ao Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde, modalidade Mestrado profissional, da Universidade Federal de São Paulo, *Campus* Baixada Santista, como requisito para obtenção do título de Mestre.

São Paulo
2021

APRESENTAÇÃO

Considera-se no processo de construção de um Projeto de Intervenção, no caso, produto técnico de uma pesquisa de Mestrado Profissional, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e de sua capacidade ordenadora da formação dos profissionais da saúde, a priorização de estratégias que provoquem transformações em uma realidade concreta e possibilitem sua aplicação na prática dos serviços (CALEMAN et al., 2016).

Apesar de ser um espaço privilegiado para o desenvolvimento de ações que promovam melhorias no processo de formação dos preceptores no sentido de articular o ensino à experiência viva do trabalho, a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) apresenta, muitas vezes, cenários em que se configura um distanciamento bastante considerável entre a teoria e prática, principalmente no que se refere à Educação Interprofissional (EIP) e à Prática Colaborativa (PC), muito em decorrência de uma formação inicial uniprofissional, tecnicista, reducionista, e pouco voltada às necessidades de saúde da população, bem como às diretrizes preconizadas pelo SUS.

Nesse contexto, a experiência da EIP no processo formativo do preceptor em cenários de prática pode ser colocada como a chave para o desenvolvimento da PC e que, apesar do saber dessa experiência ser único para cada indivíduo, pode ser compartilhado (BATISTA et al., 2018). A EIP é entendida como intervenções nas quais membros de mais de uma profissão da área da saúde aprendem juntos de forma interativa, com o explícito propósito de melhorar a saúde e bem-estar dos pacientes (REEVES et al., 2016). Desta forma, o diálogo e a interação precisam estar presentes entre os preceptores das diferentes áreas profissionais da RMS e devem ser impulsionados pela troca de saberes e de experiências.

Constata-se que o trabalho em equipe constitui uma das formas de trabalho interprofissional e que a colaboração pode se dar no trabalho em rede com usuários e comunidade, a partir do reconhecimento da sua interdependência, e de outro lado, ocorre a complementaridade entre agir instrumental e agir comunicativo (PEDUZZI et al., 2020).

JUSTIFICATIVA

Este produto técnico foi desenvolvido a partir da pesquisa intitulada como: “A FORMAÇÃO DO PRECEPTOR NO CONTEXTO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: experiências colaborativas em cenários de prática”, apresentada no Programa de Ensino em Ciências da Saúde, Modalidade Mestrado Profissional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), desenvolvida no município da Estância Balneária da Praia Grande - SP, com o intuito de elaborar um guia que possibilite, por meio de diretrizes e estratégias indutoras, a incorporação da EIP e da PC na formação do preceptor em cenários de prática da RMS.

Como resultado desse processo, o Produto Técnico Educacional elaborado e apresentado na defesa é intitulado como: “GUIA COM DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICA COLABORATIVA PARA PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE”, em que se pretende investir esforços no desenvolvimento de um *e-book*, com propósito de colaborar com a formação dos preceptores dentro dessa temática.

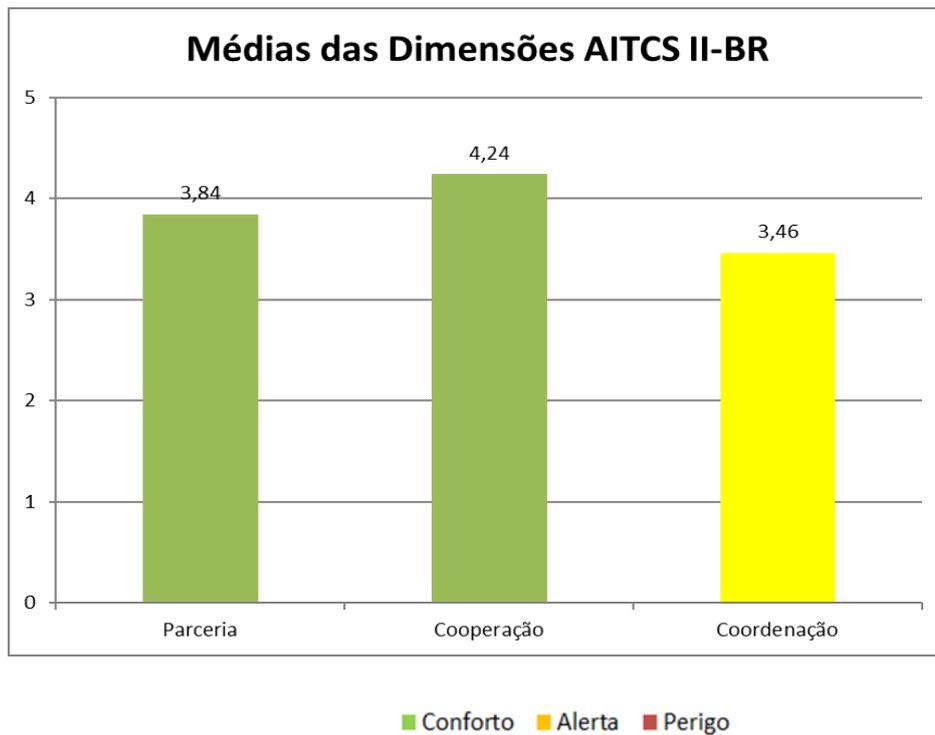
Identificou-se, com a pesquisa, a necessidade de preencher a lacuna que existe entre a teoria e a prática na formação em serviço dos preceptores da RMS na perspectiva da EIP, isto é, a aquisição de competências colaborativas. Corroborou essa problemática o fato de que, apesar de muitas vezes esses profissionais desenvolverem momentos de EIP e PC, eles não se apropriam de evidências científicas que os embasem a torná-los frequentes e contínuos nos cenários de prática, muito por falta de acesso à literatura que aborda esse conteúdo. Porém a resistência ao trabalho interprofissional não se reduz só a este aspecto, fatores atrelados à própria lógica uniprofissional presente nas relações das diversas áreas profissionais da saúde no SUS, o pouco apoio institucional e a falta de uma reformulação curricular voltada à formação interprofissional, principalmente em

programas indutores da Integração Ensino Serviço e Comunidade (IESC), como é o caso da RMS, também provocam desconexões entre o saber e o fazer.

Dentre alguns dos instrumentos utilizados na pesquisa para a coleta de dados, a Escala de Avaliação Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR), criada por uma pesquisadora no Canadá, Carole Orchard (2015) e validada no Brasil a partir de uma adaptação transcultural por Rossit e Bispo (2018), apresentou resultados que embasaram e fortaleceram ainda mais esses aspectos que geraram atravessamentos à aprendizagem interprofissional colaborativa pelos preceptores participantes.

São trabalhadas, nessa escala, três dimensões: parceria; cooperação e coordenação, consideradas fundamentais para o trabalho colaborativo, delineadas em 23 assertivas com respostas em escala do tipo Likert de cinco pontos: (1) Nunca; (2) Raramente; (3) Às vezes; (4) Frequentemente; e, (5) Sempre. As respostas, assim que definidas, são desmembradas em três zonas: Zona de Perigo (vermelho), com médias entre 1,00 e 2,33 pontos, que denota a premente transformação sobre o cenário analisado; Zona de Alerta (amarelo), com médias entre 2,34 e 3,67 pontos, atribuindo-se problemas a que se deve atentar para a modificação do cenário pesquisado, sem o caráter de urgência e Zona de Conforto (verde), cujas médias balizam nas casas entre 3,68 e 5,00, que demonstram boa percepção, assim auferindo aquela situação em que a pesquisa realmente demonstrou positividade do que fora estudado (FERREIRA, 2004; PEREGO; BATISTA, 2016).

De posse dos dados coletados na escala, estes foram submetidos a uma análise qualitativa atitudinal e demonstraram que a dimensão coordenação foi a que apresentou menor índice de concordância, ficando na zona de alerta, conforme o gráfico 1:



Os aspectos demarcados em alerta, principalmente na dimensão coordenação, mereceram algumas considerações: a) aquisição de competências colaborativas no enfrentamento das iniquidades sociais presentes na complexidade do processo saúde-doença; b) busca por estratégias educativas e participativas que venham a estimular e conduzir mudanças no processo formativo em serviço; c) valorização do trabalho em equipe interprofissional colaborativa no enfrentamento a modelos fragmentados, com visão ampliada, comprometida e resolutiva, centrando o cuidado no paciente; d) coordenação da construção de lideranças colaborativas, flexíveis e simétricas que promovam o trabalho em equipe interprofissional; e) fortalecimento da relação com a comunidade, baseado em territórios de vida e do trabalho das pessoas.

Frente a esses fatores e analisando as dificuldades encontradas pelos preceptores em incorporar a EIP e a PC ao seu processo formativo em cenários de prática, torna-se relevante a elaboração de um guia que facilite o acesso a conteúdos técnicos-científicos indutores desse processo.

OBJETIVOS

- Fornecer orientação sobre estruturas teóricas, metodologias e práticas à incorporação da Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências comuns e colaborativas na formação do preceptor em cenários de prática da Residência Multiprofissional em Saúde.
- Identificar e aplicar abordagens inovadoras que incluam as complexidades inerentes aos esforços interprofissionais no contexto da formação em cenários de prática do preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde.

MÉTODO

O processo formativo do preceptor no âmbito da RMS é uma base formal e passível de diálogo no bojo da educação embasada em competências, as quais podem ser representadas por três áreas que delimitam o escopo de trabalho da atuação desse profissional (OLIVEIRA et al., 2017):

- Atenção à Saúde;
- Educação: formação profissional e produção de conhecimento na saúde e;
- Gestão: gestão do trabalho e da educação na saúde.

O planejamento estratégico de formulação do Guia foi fundamentado a partir do olhar voltado à perspectiva do perfil de competência dos preceptores em cenários de prática, dando ênfase às dimensões comuns e colaborativas no contexto da aprendizagem interprofissional.

Teve como referência a busca na literatura nacional e internacional de guias, manuais, artigos e periódicos disponíveis em banco de dados, produzidos por autores e instituições renomadas de ensino e pesquisa, com a intenção de

oferecer recursos para apoiar preceptores de qualquer profissão da saúde interessados em trabalhar com EIP.

Cada tópico presente no Guia constará de uma síntese do conteúdo proposto e, logo abaixo, virão as sugestões das fontes que poderão ser acessadas pelos endereços digitais disponibilizados.

PÚBLICO ALVO

A proposta deste produto técnico será destinada aos preceptores de qualquer área profissional que atuam nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

AÇÕES/ETAPAS DO PLANO DE INTERVENÇÃO

1º MOVIMENTO:

A partir da apresentação do Produto Técnico Educacional intitulado como: GUIA COM DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICA COLABORATIVA PARA PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, será elaborado o *e-book* com o título de: *Guia Prático Conceitual da Educação Interprofissional e Prática Colaborativa para preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde*, o qual será estruturado e delineado da seguinte forma:

GUIA PRÁTICO CONCEITUAL DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICA COLABORATIVA PARA PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE



Guilherme Augusto Braga Silva
Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo
2022

ÍNDICE

Apresentação.....	.....
Prefácio.....	.....
Glossário.....	.....
EIP baseada em trabalho (Preceptoria na RMS) .....	.....
Aprendizado Profissional Contínuo.....	.....
Temas Recorrentes .....	.....
Perspectivas teóricas.....	.....
Métodos de aprendizagem.....	.....
Facilitação (processo ensino-aprendizagem) .....	.....
Atenção Centrada na Pessoa (ACP) .....	.....
Clínica Ampliada.....	.....
Projeto Terapêutico Singular (PTS) .....	.....
Redes de Atenção à Saúde (RAS) .....	.....
Avaliação da Educação Interprofissional (EIP) e Prática Colaborativa (PC) .....	.....
Bases de evidências.....	.....
Referências.....	.....
Apêndices.....	.....

APRESENTAÇÃO

A elaboração do Guia Prático Conceitual tem como objetivo apoiar os preceptores da RMS a encontrar, em fontes científicas seguras e robustas, estruturas teóricas, metodologias e práticas à incorporação da Educação Interprofissional (EIP) para o desenvolvimento de competências comuns e colaborativas na sua formação em cenários de prática da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). Foi fundamentado a partir da perspectiva do perfil de competência dos preceptores e voltado às dimensões comuns e colaborativas, com destaque para as colaborativas no contexto da aprendizagem interprofissional, conforme o quadro 1:

Quadro 1: Competências comuns e colaborativas à aprendizagem interprofissional colaborativa.

COMPETÊNCIAS	
COMUNS	COLABORATIVAS
Promoção, prevenção, reabilitação e resolubilidade das demandas de atenção à saúde individual e coletiva	Identidade profissional
Sistematização e avaliação dos serviços	Reconhecimento e respeito
Comunicação e diálogo interpessoal	Atenção centrada no paciente
Gestão e liderança	Escuta qualificada
Educação Permanente	Trabalho em equipe e colaboração
Tomada de decisão	Resolução de conflitos
Atuação interdisciplinar/ interdisciplinaridade	Segurança do paciente
	Atuação interprofissional/interprofissionalidade
	Aprendizagem compartilhada

Fonte: Baseado em Souza (2021).

PREFÁCIO (Será convidado um estudioso e pesquisador da área temática abordada para redigir o prefácio)

GLOSSÁRIO

Termos que você pode encontrar na literatura que aborda a EIP e PC e que apresentam relação com o exercício da preceptoria na RMS.

Prática colaborativa é trabalhar em parcerias entre profissionais e/ou entre organizações, pessoas, famílias, grupos e comunidades.

Educação baseada em competências é a definição dos resultados de um processo de formação a partir daquilo que os alunos se tornam aptos a fazer após sua conclusão.

Desenvolvimento Profissional Contínuo (DPC) é manter e desenvolver competências para a prática por meio de aprendizagem contínua, posterior ao processo de formação.

Facilitação possibilita que os alunos aprendam a partir de sua própria experiência e da experiência de outros.

Avaliação formativa contribui para a aprendizagem dos alunos na medida em que eles avaliam seu progresso e planejam melhorias.

Avaliação somativa é uma mensuração da aprendizagem que contribui para a obtenção da qualificação profissional.

Educação interprofissional ocorre quando alunos ou membros de duas ou mais profissões aprendem com, a partir e sobre o outro para melhorar a colaboração e a qualidade do cuidado.

Aprendizagem interprofissional ocorre durante a educação interprofissional, ou informalmente, em contextos educacionais ou práticos. Envolve alunos ou membros de duas ou mais profissões no aprimoramento de seus conhecimentos e desenvolvimento de competências.

Prática interprofissional é a colaboração na prática entre membros de duas ou mais profissões.

Trabalho em equipe interprofissional envolve membros de duas ou mais profissões com competências complementares em práticas colaborativas visando atingir objetivos comuns.

Educação multiprofissional é a ocasião em que profissionais aprendem lado a lado por diversas razões.

Aprendizagem compartilhada é um termo genérico usado livremente, quando grupos profissionais aprendem juntos.

Fontes: <http://www.caipe.org/uk>

https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_caipe_intr_o_eip_po.pdf

EIP BASEADA EM TRABALHO (PRECEPTORIA NA RMS)

Os cenários de prática presentes na atuação do preceptor na RMS, no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), são espaços que oportunizam o compartilhamento de conhecimentos e proporcionam a oportunidade de aprender de forma colaborativa o papel de cada um no seu processo formativo. A aprendizagem interprofissional pode ser realizada a partir do desenvolvimento de trabalhos em conjunto, denominados “aprendizado compartilhado”, em discussões de casos complexos, reuniões de equipe, construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), entre outros, mas deve ter como princípio a inclusão de diferentes áreas profissionais e a participação dos usuários. Esse processo deve se dar de forma continuada e resolutiva diante das demandas apresentadas no cotidiano das práticas, das organizações e da própria formação.

Fonte:

https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_cai_pe_intro_eip_po.pdf

APRENDIZADO PROFISSIONAL CONTÍNUO

É extremamente necessário que os preceptores articulem claramente suas funções, conhecimentos e habilidades dentro do contexto dos cenários de prática. Cada um deve priorizar a capacidade de ouvir outros profissionais no cotidiano das ações com o propósito de equilibrar, de forma mais equitativa, a carga de trabalho e, com isso, desenvolver uma abordagem mais adequada às necessidades das demandas locais.

Para o aprendizado contínuo na ambiência do processo de trabalho da preceptoria, é preciso que a comunicação seja efetiva e eficiente, “agir comunicativo”, com linguagem apropriada, respeitando a diversidade de outras funções, responsabilidades e competências, assimilando eticamente as habilidades e conhecimentos de cada um dos envolvidos nesse processo, de maneira integrada e sinérgica.

Fonte: <http://www.cihc.ca/>

TEMAS RECORRENTES

Perspectivas teóricas

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), no “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa” (OMS, 2010 p. 07): “Um profissional de saúde colaborativo preparado para a prática é aquele que aprendeu como trabalhar em uma equipe interprofissional e tem competência para este fim”.

Os preceptores, que são facilitadores do processo de aprendizagem, precisam ter uma preparação específica no desenvolvimento, aplicação e avaliação da EIP; as experiências nesse sentido devem ser priorizadas e tratadas de maneira positiva no cotidiano de ações educacionais nas práticas dos serviços (OMS, 2010).

As pesquisas têm demonstrado que a EIP é mais efetiva quando (OMS, 2010 p.24):

- 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.

Fontes: <https://www.educacioninterprofesional.org/en/node/47>

Métodos de aprendizagem

Vários métodos de aprendizagem têm sido propostos para o desenvolvimento da EIP e PC no cotidiano do exercício da preceptoria na RMS, embasados pelos princípios da educação de adultos, visando ao desenvolvimento de capacidades centradas no perfil de competências da pessoa, que podem ser: específicas, comuns e colaborativas.

Independentemente do método escolhido para ser aplicado nesse contexto, ressalta-se que devem ser ativos, interativos, reflexivos e centrados no paciente (CAIPE, 2013).

Exemplos de metodologias participativas que podem ser aplicadas nos cenários de prática da preceptoria em RMS:

- Metodologia Problematizadora - Arco de Charles Maguerez adaptado por Bordenave e Pereira (2001).

Fonte: <https://scielosp.org/article/icse/2017.v21n61/421-434/pt/>

- Aprendizagem Baseada em Equipes (Team-based Learning – TBL) – Desenvolvida por Larry K. Michaelsen, na Universidade de Oklahoma, em 1970 (MICHAELSEN, 1983).

Fonte:

https://www.researchgate.net/publication/227687640_The_essential_elements_of_team-based_learning

- Pesquisa Colaborativa (HERON & REASON, 2008) - São métodos cíclicos que foram considerados adequados na EIP baseada em trabalho, quando a ênfase estava em aprender e trabalhar junto para uma mudança efetiva.

Fonte: <https://ikhसानaira.files.wordpress.com/2016/09/action-research-participative-inquiry-and-practice-reasonbradburry.pdf>

- A aprendizagem Baseada em Casos (HIGGS & JONES, 2000).

Fonte: <https://jums.ac.ir/Dorsapax/userfiles/file/JoyHiggs.pdf>

- Aprendizagem por Simulação/Dramatização – Reflexão da prática profissional de preceptoria no SUS (OLIVEIRA et al., 2017).

Fonte:

https://www.researchgate.net/publication/322580827_Preceptororia_no_SUS

- Aprendizagem a Distância (*e-learning*) – Ensino Híbrido.

Fonte: <https://www2.ifal.edu.br/ensino-remoto/professor/apostilas-e-livros/ensino-hibrido.pdf/>

Facilitação (processo ensino-aprendizagem)

O processo ensino-aprendizagem, na prática do exercício da preceptoria na RMS, tem sido pautado por teorias interacionistas de educação, na metodologia científica, na aprendizagem significativa, integração teoria-prática e na dialogia (OLIVEIRA et al., 2017).

As comunidades de aprendizagem, que podem ser desenvolvidas nos espaços de práticas da preceptoria na RMS, configuram-se como uma oportunidade de trocas à construção de novos saberes, os quais podem desencadear o compartilhamento de experiências.

Os preceptores que já detêm a expertise na aplicação dos princípios da EIP no seu processo formativo em cenários de prática na RMS desenvolvem ações educacionais colaborativas respaldadas por relações mais respeitadas e éticas, fundamentadas no encontro e no diálogo. No caso dos preceptores, como sendo facilitadores da aprendizagem nos espaços de formação do SUS, devem ter como premissa o comprometimento com a Atenção Centrada na Pessoa (ACP), com a Clínica Ampliada (CA) e com a segurança do usuário na perspectiva da integralidade do cuidado.

Fonte:

https://www.researchgate.net/publication/322580827_Preceptoria_no_SUS

Atenção Centrada na Pessoa (ACP)

É de extrema importância que os preceptores absorvam, no seu processo formativo, o entendimento sobre a complexidade que advém das demandas relacionadas às necessidades de saúde da população, como também da organização dos serviços, e procurem substituir a ação isolada e independente dos profissionais pelo trabalho em equipe interprofissional colaborativo, incluindo, no escopo dessas ações, a participação do paciente (ORCHARD et al., 2010).

Nesse contexto, há, praticamente, um consenso entre vários autores, pesquisadores sobre a temática da ACP a sua relação recíproca com a PC, no que se refere a três aspectos: olhar ampliado do cuidado à saúde, tendo a integralidade como principal mecanismo em atender às necessidades de saúde do usuário, família e comunidade; participação do paciente, com ênfase no apoio ao autocuidado e autonomia; e relação profissional e paciente, contemplada pela subjetividade inerente ao processo saúde-doença (AGRELLI et al., 2016).

A ACP assume papel preponderante para a colaboração interprofissional e trabalho em equipe, pois, na prática do cuidado, amplia os olhares para além do foco da profissão, constrói diálogos em prol de objetivos comuns, e se desloca à prática compartilhada, tendo como foco as necessidades de saúde da pessoa (AGRELLI et al., 2016).

Fontes: https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
<https://www.scielo.br/j/icse/a/sXhwQWKsZGzrQqT4tDryCXC/?format=pdf&lang=pt>

Clínica Ampliada (CA)

No contexto da formação do preceptor, nos cenários de prática da RMS, há de serem desenvolvidas estratégias que possibilitem melhorar a articulação entre os serviços de saúde para além do setor saúde, tendo como parâmetros a integralidade do cuidado e a CA.

A CA, em conjunto com ACP, articulada com uma comunicação efetiva e eficiente, favorece a inserção do usuário numa linha de cuidado que prioriza o acolhimento, a escuta e o vínculo.

A CA, que tem como essência a integralidade da atenção, vem para contemplar a subjetividade das múltiplas dimensões das necessidades de saúde, considerando, *a priori*, os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) e ACP, ao considerá-la unidade singular e partícipe de coletivos (AGRELLI et al., 2016).

Fontes: <https://pt.scribd.com/document/207171034/Clinica-Comum-itinerarios-de-uma-formacao-em-saude-com-leitura-binocularizada-Copia>
<https://www.scielo.br/j/icse/a/sXhwQWKsZGzrQqT4tDryCXC/?format=pdf&lang=pt>

Projeto Terapêutico Singular (PTS)

Entre algumas ações que podem ser implementadas na ambiência do Sistema Único de Saúde (SUS) para melhorar a integração da equipe com o usuário-família-comunidade, estaria a ação de estimular a construção de PTS, contando com os recursos de tecnologias leves, como a colaboração comprometida entre profissionais de diferentes áreas com propostas e condutas terapêuticas articuladas, visando à integralidade do cuidado (HORI; NASCIMENTO, 2014).

Na perspectiva de trabalho coletivo e do entrosamento com as equipes de saúde da família, estratégias como: matriciamento, que se fundamenta pela interdisciplinaridade na construção do conhecimento; o PTS, que se situa na organização de condutas terapêuticas articuladas que envolvem o usuário, família e comunidade e a CA, que procura contemplar as múltiplas dimensões das necessidades de saúde, dialogam com princípios profissionais e são sustentadas pela interprofissionalidade, pelo vínculo, pela integralidade no cuidado, acessibilidade, resolubilidade e longitudinalidade (HIRDES, 2015).

Fontes:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/MJPK7QSnsM9wQ8vfkVYRJTm/abstract/?lang=pt>

<https://www.scielosp.org/article/csc/2015.v20n2/371-382/>

Trabalho em Rede de Atenção à Saúde (RAS)

De acordo com a Portaria Ministerial GM/MS nº 4.279/2010, as RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Para as RAS funcionarem bem, deve haver um equilíbrio entre a forma como o sistema se organiza e as necessidades de saúde da população e, nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada do sistema, tem papel fundamental na transformação da organização das Unidades de Saúde (UBS) e do processo de trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2015).

Fontes:

https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf

<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>

AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL (EIP) E PRÁTICA COLABORATIVA (PC)

A avaliação é considerada um dos pilares à efetivação de uma aprendizagem interprofissional com qualidade e tem sido dado valor considerável ao seu caráter instrumental, principalmente para melhorias no desempenho e na utilização dos recursos (FURTADO, 2001).

Nesse contexto, muitos instrumentos têm sido utilizados para avaliar a EIP e o desenvolvimento de competências colaborativas, e que podem ser utilizados em programas de RMS, tanto para alunos, como para preceptores e tutores. As intencionalidades em se aplicar avaliação nos movimentos propostos pela EIP são diversas, podem ser processuais, focadas em resultados, ou ainda, em ambos (BISPO, 2019). A utilização de instrumentos validados que possam medir ou avaliar com o máximo de precisão é apontada como fundamental, quando se pensa em resultados embasados por evidências científicas robustas (CANO; HOBART, 2011).

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 (CAIPE, 2013).

No contexto das avaliações das aprendizagens interprofissionais nos cenários de prática da preceptoria, os processos avaliativos formativos, com abordagens participativas que fortalecem o engajamento dos atores envolvidos e evidenciam o desenvolvimento de competências colaborativas, podem apresentar maiores possibilidades de continuidade.

Exemplos de ferramentas avaliativas não específicas, mas que podem ser aplicadas à EIP e PC no contexto de cenários de prática da RMS:

- Portfólio reflexivo

<https://www.scielo.br/j/csc/a/PjrxJcRbF7ZdfgNKt8N9THt/?format=pdf>

- Simulações (Exames Clínicos Objetivamente Estruturados [OSCE]; Paciente padronizado e Simulação realística)
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/QQxfnsbsqwYJCMmjRPP7xtB/?format=pdf&lang=pt>
- Estudos de caso (Estudo de caso real; Discussão de casos reais; Resolução de casos fictícios)
https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2547831/mod_resource/content/1/Processos%20de%20Ensinar.pdf
- Avaliação por projetos (Projeto Terapêutico Singular e Projeto de intervenção)
http://repositorio.unicamp.br/jspui/bitstream/REPOSIP/312027/1/Oliveira_GustavoNunesde_M.pdf
https://homologacao-ead.saude.pe.gov.br/pluginfile.php/42704/mod_resource/content/2/Projeto%20Aplicativo.pdf
- Avaliação por múltiplas fontes (Avaliação 360°) – (Avaliação por pares; Avaliação por usuários e Autoavaliação)
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/VMgDxTQcCmdWqbnwmyM9jPC/?format=pdf&lang=pt>
- Observação direta com *checklist* (Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX); Direct Observation of Procedural Skills (DOPS) e Checklist próprio)
https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/28944/4/ImplementacaoDOPSDirect_Sousa_2019.pdf
- Escalas atitudinais (Escala de Avaliação Interprofissional em Equipe AITCS II-BR (BISPO; ROSSIT, 2018)
<https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/59103>

- Entrustable Professional Activities (EPA) ou Atividades Profissionais Confiáveis (APC)

<https://doi.org/10.1590/Interface.190455>

BASES DE EVIDÊNCIAS

Redes internacionais e nacionais, periódicos e grupos de pesquisa relevantes para publicação de EIP:

Instituição	Acesso
AIHC - The American Interprofessional Health Collaborative	http://www.aihc-us.org/
CAIPE - The (UK) Centre for the Advancement of Interprofessional Education	http://www.caipe.org.uk/
CIHC - the Canadian Interprofessional Health Collaborative	http://www.cihc.ca/
EIPEN - The European Interprofessional Network	http://www.eipen.org/
Journal of Interprofessional Care	http://www.informaworld.com/jic
Education for Health	http://www.educationforhealth.net/
Medical Teacher	http://www.informahealthcare.com/mte
Journal of Interprofessional Education & Practice	http://www.journals.elsevier.com
REIP – Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas	https://www.educacioninterprofesional.org/
RedeUnida	http://www.redeunida.org.br/
ReBETIS	https://www.facebook.com/redebetis/
GPEIS – Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde	

REFERÊNCIAS E-BOOK

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu. v. 20, n. 59, p. 905-916, Jan, 2016.

BARR, H.; LOW, H. Introdução à Educação Interprofissional. Londres: CAIPE, julho 2013. Publicado por CAIPE PO Box 680 Fareham PO14 9NH. Disponível em: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_caipe_intro_eip_po.pdf. Acesso em: 16 out 2021.

BRASIL. Portaria n. 4.279, 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União. Brasília-DF, Seção 1, p. 89, 31 dez. 2010. **Estabelece diretrizes para a organização de Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).**

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 2015. 127p.

CANO, S. J.; HOBART, J. C. The problem with health measurement. **Patient Preference and Adherence.** Reino Unido, v. 5, p. 279-290, 2011. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/6e49>. Acesso em 13 de set. 2021.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p.165-181, 2001.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da atenção primária à saúde sobre o apoio matricial em Saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n. 2, p. 371-382, 2015.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O. Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP). **Brasil Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, 2014.

OLIVEIRA, M. S.; LIMA, V. V.; PETTA, H. L.; PEREIRA, S. M. S. F.; RIBEIRO, E. C. O.; PADILHA, R. Q. **Preceptoria no SUS.** São Paulo: Hospital Sírio-Libanês. Caderno do curso 2017 - Ministério da Saúde, 70p., 2017.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. Departamento de Recursos Humanos para a Saúde, CH-1211 Genebra 27, Suíça, 2010.

ORCHARD, C.; BAINBRIDGE, L.; BASSENDOWSKI, N.; CASIMIRO, L.; STEVENSON, K.; WAGNER, S. J.; WEINBERG, L.; CURRAN, V.; DI LORETO, L.; SAWATZKY-GIRLING, B. The Canadian Interprofessional Health Collaborative. **A national interprofessional competency framework.** Vancouver: CIHC, 2010. Disponível em: https://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf

SOUSA, S. V. **Mapeamento de iniciativas de educação interprofissional e prática colaborativa nos cursos de graduação em enfermagem de universidades públicas da região norte do Brasil.** 2021. 160 p. Tese (Doutorado – Pós-Graduação Interdisciplinar em ciências da Saúde) – Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Recomendações e orientações para os preceptores da RMS

- Continuar a reforçar a EIP, bem como atualizar a linguagem para refletir a prática contemporânea e destacar a associação entre EIP e trabalho dentro de equipes de cuidados integrados.
- Garantir que os processos de avaliação da EIP sejam realizados dentro de padrões científicos rígidos de forma continuada, com olhares mais voltados aos processos formativos, com abordagens participativas, que fortalecem o engajamento dos atores envolvidos e evidenciam o desenvolvimento de competências comuns e colaborativas.
- Garantir que os padrões de educação profissional reforcem a importância da EIP nos contextos dos currículos em projetos político- pedagógicos dos Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde.
- Revisar os regulamentos das áreas profissionais que compõem os Recursos Humanos da preceptoria dos respectivos programas, com relação aos arranjos de apoio pedagógico para que haja melhor orientação da aprendizagem interprofissional.
- Trabalhar em Rede de Atenção à Saúde (RAS) com outros profissionais preceptores de outros programas para fortalecer o exercício da preceptoria na perspectiva da EIP.

APÊNDICE B: Questões para reflexão

- Qual experiência você traz para a EIP no contexto da sua formação em cenários de prática? Você teve alguma experiência de aprendizagem interprofissional?
- Durante seu processo formativo em cenários de prática da preceptoria, você realizou algum curso de qualificação, workshops e conferências com a temática da EIP e PC? Se a resposta for sim, como essa aprendizagem interprofissional fez e faz diferença no exercício da preceptoria?
- O que você aprendeu sobre as atitudes, percepções, perspectivas, valores, papéis e responsabilidades em relações às outras áreas profissionais em que você trabalha nos cenários de prática da preceptoria da RMS?
- Quais são as formas de aprendizagem preferidas?
- O que motiva a aprendizagem?
- Quais habilidades você já desenvolveu como facilitador da aprendizagem interprofissional?
- Que fatores no ambiente de trabalho ajudaram ou impediram a aprendizagem em conjunto?
- Há oportunidade e apoio institucional para a aplicação da EIP no seu ambiente de trabalho como preceptor da RMS?
- As PC realizadas nos espaços de preceptoria são avaliadas dentro da iniciativa da EIP? Como a EIP é avaliada? Quais ferramentas estão disponíveis para uso?
- Há a inclusão do usuário, família e comunidade no processo de planejamento de ações da EIP no ambiente de trabalho da preceptoria da RMS?

APÊNDICE C: Bibliografia Ampliada para pesquisa

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. Educação interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**. v. 20, n. 56, p. 202-204, Jan/Mar, 2016.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Cad FNEPAS**, v. 2, n. 1, p. 25-28, 2012.

BRASHERS, V. et al. Measuring the Impact of Interprofessional Education (IPE) on Collaborative Practice and Patient Outcomes. In: INSTITUTE OF MEDICINE OF NATIONAL ACADEMIES. Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes. Washington, DC: The National Academies Press, 2015.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; MORENO, L. R. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu. v. 22, supl. 1, p. 1325-1337, 2018.

CECCIM, R. B.; MENESES, L. B. A.; SOARES, V. L.; PEREIRA, A. J.; MENESES, J. R.; ROCHA, R. C. S.; ALVARENGA, J. P. O. **Formação de Formadores para Residências em Saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva**. 1.ed. – Porto Alegre: Rede Unida, 212 p.: il. – (Série Vivências em Educação na Saúde), 2018.

COSTA, M. V.; PEDUZZI, M.; FREIRE FILHO, J. R.; SILVA, C. B. G. **Educação Interprofissional em Saúde**. Natal: SEDIS-UFRN, 2018, 85p.

D'AMOUR, D; GOULET, L; LABADIE, J.F; MARTÍN-RODRIGUEZ, LS; PINEAULT, R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Serv Res.**, Chicago. v.8, n.1, p.188. Sep 2008.

DIAS, I. M. Á. V. et al. **Educação Interprofissional e formação em saúde: pontes e diálogos**. In: UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; RODRIGUES, T. F.; DIAS, I. M. Á. V. (Orgs.). Percursos Interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. Porto Alegre: Editora Rede Unida, p.107-123, 2016.

FREIRE FILHO, J. R.; SILVA, C. B. G.; COSTA, M. V.; FORSTER, A. C. Educação interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil interprofissional. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro. v. 43, n. especial 1, p. 86-96, Ago 2019.

INTERPROFESSIONAL RESEARCH (IPR) GLOBAL; INTERPROFESSIONAL GLOBAL. **Orientação sobre pesquisa global em educação interprofissional e prática colaborativa**: Documento de trabalho. Out, 2019.

MORGAN, S.; PULLON, S.; MCKINLAV, E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. **Int J of Nurs Stud**. v. 52, n. 7, p. 1217-1230, Jul, 2015.

OPAS; CAIPE. **Interprofessional Education: From polices to practices in the Region of the Americas**. Serie Webinars EIP. Caipe – Londres, 2017. Disponível em: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_caipe_intro_eip_po.pdf

PARREIRA, C. M. S. F. et al. **Educação Interprofissional no Brasil**. In: Manual de Educação Interprofissional em Saúde. NUIM, J. J. B. & FRANCISCO, E. A. (organizadores). Elsevier, 2019.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu. v. 20, n. 56, p. 199-201, mar. 2016.

REEVES, S.; BARR, H. Twelve steps to evaluating interprofessional education. **Journal of Taibah Medical Sciences**, v. 11, n. 6, p. 601-605, 2016.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. Interface comunicação saúde e educação (Botucatu). v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/pt_1807-5762-icse-20-56-0185.pdf

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. Rev Gaúcha de Enferm, Porto Alegre v. 34, n. 4, p. 161-165, 2013.

2 ° MOVIMENTO:

Edição e publicação do “Guia Prático Conceitual da Educação Interprofissional e Prática Colaborativa para os Preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde” em formato de e-book.

Inicialmente, o material produzido e finalizado (e-book) será submetido e depositado no Repositório Institucional da UNIFESP pelos autores de acordo com o calendário e regulamentações previstas para trabalhos acadêmicos.

Após esta fase será realizada a solicitação, com o preenchimento de formulário, do ISBN (International Standard Book Number/Padrão Internacional de Numeração de Livro) que funciona como um identificador único e persistente às publicações monográficas lançadas no mundo todo. Será solicitado, também, o DOI (Digital Object Identifier/Identificador de Objeto Digital), por meio de envio de e-mail à Coordenadoria da Rede de Bibliotecas da UNIFESP (CRBU).

Concluído esse processo será providenciado a inserção do material em plataformas digitais de ensino e repositórios como: eduCAPS, universidades, programas de pós-graduação e sites de grupos de pesquisa.

REFERÊNCIAS PRODUTO TÉCNICO

BATISTA, N. A.; ROSSIT, R. A. S.; BATISTA, S. H. S. S.; SILVA, C. C. B.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; POLETTI, P. R. Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. **Interface: comunicação, saúde, educação**. Botucatu, v. 22, Supl. 2, p. 1705-1715, 2018.

BISPO, E. P. F.; ROSSIT, R. A. S. Adaptação transcultural e validação estatística do Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II. **Revista Científica Ágape**. Maringá. v.1, 1ª edição: 2018.

CALEMAN, G. et al. Projeto Aplicativo: termos de referência. 1. Ed., 1 reimpr. – São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 54p. (Projeto de Apoio ao SUS), 2016.

FERREIRA, B. J. **Inovações na formação médica**: reflexos na organização do trabalho pedagógico (Tese doutorado). Campinas: São Paulo: 2004.

ORCHARD, C. A. **Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II** (AITCS-II). Revised version November: 2015.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, H. S. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, s. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>

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

REEVES, S.; BARR, H.; BOET, S.; KITTO, S; FLETCHER, S.; BIRCH, I; DAVIES, N.; MCFADYEN, A.; RIVERA, J. BEME systematic review of the effects of interprofessional education. *Medical Teacher*. May, 2016.

ANEXOS

ANEXO 1 – Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II (AITCS II-BR)

ANEXO 1- Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II₁ (AITCS II-BR)[©]

E Bispo e R Rossit (2018), UNIFESP, 2018

Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (AITCS-II)[©]
C Orchard, 2015

O AITCS II-BR é um instrumento diagnóstico desenvolvido para mensurar a colaboração interprofissional dos membros de uma equipe. Consiste de 23 assertivas consideradas características da colaboração interprofissional (a maneira como uma equipe trabalha e atua). Os itens da Escala representam três elementos que são considerados fundamentais para a prática colaborativa. Estas subescalas são: (1) Parceria – 8 itens, (2) Cooperação – 8 itens e (3) Coordenação – 7 itens.

Pontuação da AITCS

Os respondentes indicam seu nível geral de concordância com os itens em uma escala de classificação de cinco pontos que varia de 1= “Nunca”; 2= “Raramente”; 3= “Às vezes”; 4= “Na maioria das vezes”; e, 5= “Sempre”.

Essas classificações produzem pontuações de 23 a 115. O tempo previsto para completar o instrumento é de aproximadamente 10 minutos.

Caracterização dos participantes

Local de trabalho: _____

Área de atuação (saúde mental, saúde da família...): _____

Carga horária semanal: Horista 20h 30h 40h
 Outro (*especifique*) _____

Sexo: Feminino Masculino

Faixa Etária: 20 a 24 anos 25 a 29 anos 30 a 34 anos 35 a 39 40 a 44
 45 a 49 50 a 54 55 a 59 Acima de 60 anos

Maior Titulação

Graduação Doutorado
 Especialista Mestrado
 Outro (*especifique*): _____

Assinale a sua Formação Profissional:

- Assistente Social
 Cirurgião-Dentista
 Enfermeiro
 Farmacêutico
 Fonoaudiólogo
 Fisioterapeuta
 Médico
 Nutricionista
 Psicólogo
 Terapeuta Ocupacional
 Técnico de Radiologia
 Agente Comunitário de Saúde (ACS)
 Auxiliar em Saúde Bucal (ASB)
 Técnico de Laboratório
 Técnico de Enfermagem
 Outro (especifique) _____

Por favor indique:

Tempo de prática na profissão (*desde a obtenção do registro profissional*): _____ anos

Tempo de trabalho com sua equipe atual: _____ anos

Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II AITCS II-BR

Instruções:

Nota: *Alguns termos são utilizados para se referir à pessoa que recebe serviços. Para propósito desta avaliação, o termo “paciente” será utilizado, embora outros termos como “cliente”, “consumidor” e “usuário” sejam utilizados em alguns serviços de saúde.*

Por favor, assinale a opção que melhor reflete (*neste momento*) como sua equipe e você, como membro desta equipe, trabalham ou atuam em equipe.

-----	-----	-----	-----	
1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Às vezes	Na maioria das vezes	Sempre

Seção 1: PARCERIA

Quando estamos trabalhando em equipe, os profissionais da minha equipe ...

(* Uma equipe pode ser definida como qualquer interação entre dois ou mais profissionais de saúde que oferecem cuidados ao paciente).

Itens	Assertivas					
		Nunca	Raramente	Às vezes	Na maioria das vezes	Sempre
1	... incluem os pacientes na definição de metas relacionadas ao cuidado que receberão.					
2	... ouvem os desejos dos pacientes quando determinam o processo de cuidado escolhido pela equipe.					
3.	... encontram-se regularmente para discutir o cuidado ao paciente.					
4.	... coordenam serviços de saúde e sociais (por exemplo: finanças, trabalho, moradia, relações com a comunidade, serviços espirituais) com base nas necessidades de cuidado do paciente.					
5.	... utilizam comunicação coesa e coerente para discutir o cuidado ao paciente.					
6.	... estão envolvidos na definição de metas para cada paciente.					
7.	... incentivam uns aos outros, os pacientes e seus familiares para utilizar os conhecimentos e as habilidades que cada um pode trazer para desenvolver planos de cuidado.					
8.	... trabalham com o paciente e sua família no ajuste dos planos de cuidado.					

Seção 2: COOPERAÇÃO

Quando estamos trabalhando em equipe, os profissionais da minha equipe*...

(* Uma equipe pode ser definida como qualquer interação entre dois ou mais profissionais de saúde que oferecem cuidados ao paciente).



Itens	Assertivas	Nunca	Raramente	As vezes	Na maioria das vezes	Sempre
9.	... compartilham poder uns com os outros.					
10.	... respeitam-se e confiam uns nos outros.					
11.	... são abertos e honestos uns com os outros.					
12.	... refletem sobre sua prática e compartilham suas percepções.					
13.	... esforçam-se para atingir soluções mutuamente satisfatórias para as diferenças de opinião.					
14.	... entendem os limites do que cada um pode fazer.					
15.	... entendem que existem conhecimentos e habilidades compartilhadas entre os profissionais de saúde na equipe.					
16.	... estabelecem um sentimento de confiança entre os membros da equipe.					



Seção 3: COORDENAÇÃO

Quando estamos trabalhando em equipe, os profissionais da minha equipe*...

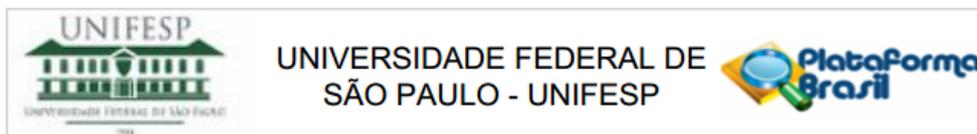
(* Uma equipe pode ser definida como qualquer interação entre dois ou mais profissionais de saúde que oferecem cuidados ao paciente).

Itens	Assertivas					
		Nunca	Raramente	Às vezes	Na maioria das vezes	Sempre
17.	... aplicam uma definição única de prática colaborativa interprofissional no cenário da prática.					
18.	... distribuem igualmente as metas acordadas entre os membros da equipe.					
19.	... incentivam e apoiam a comunicação aberta, incluindo pacientes e seus familiares nas reuniões da equipe.					
20.	... utilizam um processo de acordo para resolver conflitos.					
21.	... defendem que o líder da equipe varie dependendo das necessidades dos pacientes.					
22.	... escolhem juntos o líder para a equipe.					
23.	... apoiam abertamente a inclusão do paciente nas reuniões da equipe.					

© C Orchard (2015), Validado por E Bispo e R Rossit (2018), UNIFESP, 2018.

Espaço aberto (opcional): Registre aqui as suas contribuições em relação às **potencialidades, fragilidades e sugestões** para a formação em saúde na perspectiva da educação interprofissional e da prática colaborativa:

ANEXO 2- Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A FORMAÇÃO DO PRECEPTOR NO CONTEXTO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: EXPERIÊNCIAS COLABORATIVAS EM CENÁRIOS DE PRÁTICA

Pesquisador: Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 30198420.0.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.215.954

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP: 0320/2020

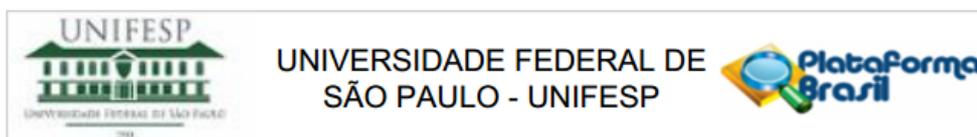
Trata-se de emenda (E2) ao projeto: alteração do título

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_1880884_E2.pdf, de 14/01/2022).

BREVE APRESENTAÇÃO DO PROJETO:

No contexto da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), evidenciam-se questões importantes que caracterizam a relação e a influência da Educação Interprofissional (EIP) e da Prática Colaborativa no processo de formação didático-pedagógico do preceptor, principalmente no tocante à fragilidade e reflexo na integração ensino-serviço. Ressalta-se o protagonismo do preceptor em "ensinar" e "aprender" nos cenários de práticas, como também, na articulação de suas competências com a produção de uma ambiência favorável ao desenvolvimento técnico-científico. Este estudo tem como objetivos analisar a percepção do preceptor sobre a formação interprofissional e o desenvolvimento de competências para práticas colaborativas no contexto da RMS e também, avaliar o impacto da Prática Colaborativa no processo de trabalho e do cuidado no

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



Continuação do Parecer: 5.215.954

exercício da preceptoría e sua relação com as competências do preceptor.

Pesquisa com abordagem quali-quantitativa com os Preceptores da RMS do Município da Estância Balneária de Praia Grande/SP, no total de 39, sendo 17 Enfermeiros, 13 Cirurgiões Dentistas, 01 Advogado, 01 Médico, 03 Psicólogos e 04 Fisioterapeutas. Como instrumento será aplicada, a Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR) com todos os preceptores, por se tratar de um instrumento diagnóstico desenvolvido para medir a colaboração interprofissional entre os membros de uma equipe, e, posteriormente, será realizada entrevista semiestruturada formatada a partir de um roteiro disposto em tópicos específicos na área da formação interprofissional e prática colaborativa, numa perspectiva crítica-reflexiva de suas competências nos cenários de prática, levando em consideração os critérios de inclusão.

Como método de análise dos dados, será realizado a Análise de Conteúdo, uma vez que estimula o protagonismo e o papel ativo do sujeito na produção do conhecimento. Espera-se que os preceptores apurem suas habilidades cognitivas, atitudinais, psicomotoras, articulando-as à EIP e à Prática Colaborativa e identifiquem suas dificuldades e potências no sentido de melhorias no processo de formação, produzindo transformação na realidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a percepção do preceptor sobre a sua formação em cenários de prática na residência multiprofissional em saúde na perspectiva das experiências colaborativas.

Objetivo Secundário: Avaliar o quanto a colaboração interprofissional está presente no processo de trabalho em equipe e do cuidado no exercício da preceptoría. Reconhecer espaços de aprendizagens interprofissionais colaborativas na formação do preceptor em cenários de prática no contexto da residência multiprofissional em saúde. Caracterizar o profissional preceptor participante desta pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

sem alteração em decorrência da emenda

Mantidos em relação ao projeto original.

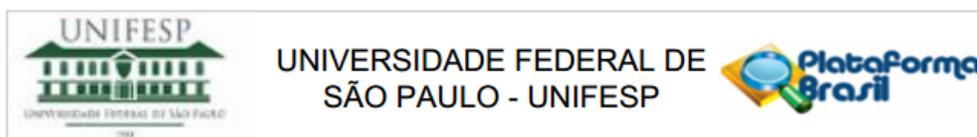
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de emenda (E2) ao projeto.

Justificativa para a emenda:

1) Alteração do Título na Plataforma Brasil, de "Interfaces da Educação Interprofissional e Prática Colaborativa na Formação do Preceptor em Residência Multiprofissional em Saúde" para "A

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



Continuação do Parecer: 5.215.954

FORMAÇÃO DO PRECEPTOR NO CONTEXTO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: experiências colaborativas em cenários de prática”;

2) Adequação do Objetivo Geral de acordo com a demanda solicitada pela Banca de Defesa, de “Analisar a percepção do preceptor sobre a Educação Interprofissional e o desenvolvimento de competências colaborativas no contexto da sua formação em cenários de prática na Residência Multiprofissional em Saúde” para “ANALISAR A PERCEPÇÃO DO PRECEPTOR SOBRE A SUA FORMAÇÃO EM CENÁRIOS DE PRÁTICA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DAS EXPERIÊNCIAS COLABORATIVAS”.

3) Adequação do primeiro Objetivo Específico, de “Avaliar o impacto da Prática Colaborativa no processo de trabalho e do cuidado no exercício da preceptoría e sua relação com as competências do preceptor”, para “AVALIAR O QUANTO A COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL ESTÁ PRESENTE NO PROCESSO DE TRABALHO EM EQUIPE E DO CUIDADO NO EXERCÍCIO DA PRECEPTORIA”.

4) Adequação no segundo Objetivo Específico, de “Reconhecer espaços de colaboração interprofissional na formação do preceptor em serviço no contexto da RMS”, para “RECONHECER ESPAÇOS DE APRENDIZAGENS INTERPROFISSIONAIS COLABORATIVAS NA FORMAÇÃO DO PRECEPTOR EM CENÁRIOS DE PRÁTICA NO CONTEXTO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE”

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados para a emenda:

- 1- Carta justificativa de emenda (CARTA_EMENDA_URGENTE_2.docx)
- 2- Trabalho completo (Trabalho_Completo_Mestrado_Guilherme_A_B_Silva_.docx)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

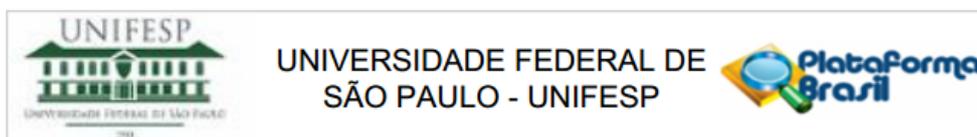
Emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1880884_E2.pdf	14/01/2022 00:02:02		Aceito
Outros	CARTA_EMENDA_URGENTE_2.docx	13/01/2022 23:49:54	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado	Trabalho_Completo_Mestrado_Guilhe	13/01/2022	GUILHERME	Aceito

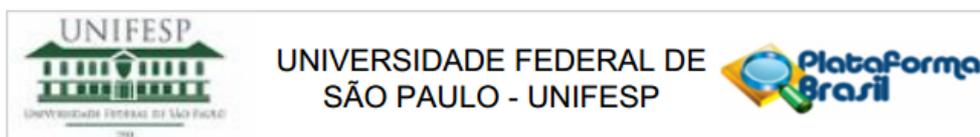
Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 5.215.954

/ Brochura Investigador	rme_A_B_Silva_.docx	23:40:32	AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
Outros	Carta_Emenda_Urgente.pdf	04/01/2022 20:23:31	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_v4_17nov20.pdf	17/11/2020 15:46:45	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_v4.docx	17/11/2020 15:43:38	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_DIGITAL_v1_17nov20.docx	17/11/2020 15:40:46	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_29set20.docx	29/09/2020 14:30:49	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_v4_29set20.pdf	29/09/2020 14:26:08	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_v4_29set20.pdf	29/09/2020 14:24:08	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_GuilhermeAugustoBragaSilva.pdf	19/08/2020 13:19:01	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final.docx	19/08/2020 13:06:49	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
Outros	Carta_Emenda.docx	19/08/2020 13:02:16	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_GuilhermeAugustoBragaSilva.pdf	18/05/2020 09:57:17	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA.docx	18/05/2020 09:48:50	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	18/05/2020 09:43:13	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
Parecer Anterior	Parecer_prefeitura.pdf	17/03/2020 12:02:56	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	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



Continuação do Parecer: 5.215.954

Declaração de concordância	ComitePrefeitura.pdf	17/03/2020 07:57:54	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	17/03/2020 00:41:24	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
Outros	AITCS_BR_BispoRossit.pdf	17/03/2020 00:30:42	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	CadastroCEP.pdf	17/03/2020 00:25:43	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
Outros	Carta.pdf	16/03/2020 23:58:30	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
Outros	entrevista_semiestruturada.pdf	16/03/2020 23:28:01	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/03/2020 23:12:24	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PesquisaGuilhermeAugustoBragaSilva.pdf	16/03/2020 23:10:31	GUILHERME AUGUSTO BRAGA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 28 de Janeiro de 2022

Assinado por:
Paula Midori Castelo Ferrua
(Coordenador(a))

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: con@unifesp.br

ANEXO 3 – Parecer comitê de ética do Município da Estância Balneária da Praia Grande

 **MUNICÍPIO DA ESTÂNCIA BALNEÁRIA DE PRAIA GRANDE**
Estado de São Paulo
SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA

Em 04 de março de 2020.

Ilmo Sra.
Profª Drª Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo
Orientadora

Parecer de Proposta de Projeto de Pesquisa

Título do Projeto: **Interfaces da educação interprofissional e prática colaborativa na formação do preceptor em residência multiprofissional em saúde.**
Pesquisador Responsável: Guilherme Augusto Braga Silva

A Comissão Especial de Avaliação e Acompanhamento de Pesquisas em Saúde Pública (CEAAPSP) constata que a pesquisa em questão tem como objetivo geral "Analisar a percepção do preceptor sobre a formação interprofissional e o desenvolvimento de competências para práticas colaborativas no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde." Trata-se de um estudo descritivo exploratório.

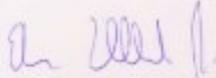
Informamos, também, que esta comissão recebeu cópia do Projeto de Pesquisa em questão.

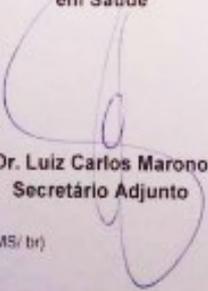
Após análise, informamos que o projeto de pesquisa foi apreciado pela CEAAPSP e poderá ser realizado mediante apresentação da aprovação pela Plataforma Brasil.

Solicitamos que o pesquisador responsável entre em contato com esta comissão após Parecer Consubstanciado do CEP - Plataforma Brasil.

Atenciosamente,


Enfª Bruna Renó
Responsável pelo Departamento de Vigilância em Saúde


Dr. Ernesto Dallaverde Júnior
Médico Regulador do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle


Dr. Luiz Carlos Marono
Secretário Adjunto

(BR/ EDJ/ LCM/ MS/ br)

Av. Presidente Kennedy, 8.850 • Mirim • Praia Grande • www.praiagrande.sp.gov.br
Tel: 3496-2433 - e-mail: epidemiologia@praiagrande.sp.gov.br