



**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA
NÚCLEO DE SAÚDE - NUSAU
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Arlindo Gonzaga Branco Junior

**Práticas colaborativas para os preceptores médicos e enfermeiros da Atenção
Primária em Porto Velho, Rondônia**

Porto Velho
2021

Arlindo Gonzaga Branco Junior

Práticas colaborativas para os preceptores médicos e enfermeiros da Atenção Primária em Porto Velho, Rondônia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Katia Fernanda Alves Moreira

Linha de Pesquisa: Educação e saúde: tendências contemporâneas da educação, competências e estratégias

Porto Velho

2021

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Fundação Universidade Federal de Rondônia
Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

B816 Branco Junior, Arlindo Gonzaga.
P Práticas colaborativas para os preceptores médicos e enfermeiros da
atenção primária em Porto Velho, Rondônia / Arlindo Gonzaga Branco Junior.
-
- Porto Velho, RO, 2021.

68 f.

Orientador(a): Prof.^a Dra. Katia Fernanda Alves Moreira

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Fundação
Universidade Federal de Rondônia

1.Práticas colaborativas. 2.Preceptoria. 3.Atenção primária à Saúde. I.
Moreira, Katia Fernanda Alves. II. Título.

CDU 614.2(811.1)

ATA BANCA DE DEFESA

Mestrando/a: Arlindo Gonzaga Branco Junior

Orientador/a: Profa. Dra. Katia Fernanda Alves Moreira

Título do trabalho: PRÁTICAS COLABORATIVAS PARA OS PRECEPTORES MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PORTO VELHO, RONDÔNIA

DATA: 24/02/2021

HORA INÍCIO: 15h

HORA TÉRMINO: 17:15

Local: Google Meet

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Katia Fernanda Alves Moreira

Prof. Dr. Antônio de Paula Pithon Cyrino

Prof. Dr. Edson dos Santos Farias

Profa. Dra. Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes

Arlindo Gonzaga Branco Junior

Primeiramente a DEUS, que me deu forças e graças para prosseguir, mesmo frente a muitos obstáculos e forças alheias.

Dedico com muito amor a minha Mãe, que durante toda sua vida lutou dignamente para que todos filhos tivessem uma vida de honestidade e amor ao próximo, muito obrigado.

Aos meus irmãos por todo apoio dado até o momento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha Orientadora Professora Doutora Katia Fernanda Alves Moreira, pelas orientações incentivo e apoio e viver intensamente meu trabalho.

Obrigado pela dedicação e pelo papel importante que teve nesta caminhada.

A minha turma de Mestrado, pelo prazer da convivência durante nossa formação.

A minha mãe Maria da Conceição e meus irmãos Adislei Gonzaga e Advaldo Gonzaga que tanto me apoiaram nessa jornada.

Aos funcionários e usuários da Unidade de Saúde da Família Osvaldo. O auxílio de todos foi de um valor inestimável, obrigado por tudo.

BRANCO JUNIOR, A. G. PRÁTICAS COLABORATIVAS PARA OS PRECEPTORES MÉDICOS E ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PORTO VELHO, RONDÔNIA. 2021. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

RESUMO

Educação Interprofissional e a Prática Interprofissional Colaborativa são temas emergentes constituindo-se componentes fundamentais de formação profissional e de atenção à saúde, particularmente no atendimento às diversas morbidades para uma boa assistência ao usuário. É neste cenário que a educação interprofissional e a prática colaborativa preenchem uma lacuna significativa com experiências bem-sucedidas nos países que as adotaram e se apresentam como ferramentas importantes na consolidação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde. O objetivo foi analisar a percepção da aprendizagem interprofissional entre os preceptores que atuam na atenção primária à saúde a partir da escala RIPLS. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado com instrumento com perguntas tipo lickert validado para o Brasil em 2015. A amostra ocorreu de forma intencional com 30 profissionais de saúde. Para a análise da tendência atitudinal dos profissionais as médias obtidas foram interpretadas por intervalos lineares (IM): de 1,00 a 2,33, de 2,34 a 3,67 e de 3,68 a 5,00. Resultados: Faixa etária foi de $34,7 \pm 0,612$, sendo predominantemente profissionais do sexo feminino (76,7%), em sua primeira experiência como preceptores na atenção primária à saúde (66,7%). Na análise dos resultados do questionário The Readiness for Interprofessional Learning Scale respondida pelos preceptores em Porto Velho observa-se que, a média dos domínios dos médicos e enfermeiros encontra-se na zona de conforto para Trabalho em Equipe e Colaboração $4,5340 \pm 0,69216$ para médicos e $4,4921 \pm 0,76755$ para enfermeiros e Atenção Centrada na pessoa $4,6762 \pm 0,48222$ para médicos e $4,7556 \pm 0,40556$ para enfermeiros. Já no domínio de identidade profissional ambos profissionais avaliados estão na zona de alerta e zona de perigo $3,7483 \pm 0,96896$ para médicos e $3,5873 \pm 1,09561$ para enfermeiros. Baseado nessa observação de dados optou-se por realizar uma intervenção utilizando método quase experimental, utilizando pré e pós teste de intervenção. Durante a intervenção observou-se melhora das dimensões e indicadores da colaboração interprofissional através da resolução de um caso complexo da APS. Conclui-se com estudo a necessidade de reflexões e intervenções voltadas para toda a equipe, com destaque na governança e visão e objetivos compartilhados para que ocorra uma diminuição nos obstáculos que dificultam a relação interpessoal e por consequência as práticas colaborativas. a intervenção de curta duração não apresentou impactos significativos no clima do trabalho em equipe.

Palavras-chave: Práticas colaborativas. Preceptorial. Atenção primária à Saúde.

BRANCO JUNIOR, A. G. COLLABORATIVE PRACTICES FOR MEDICAL AND NURSE PRECEPTORS IN PRIMARY CARE IN PORTO VELHO, RONDÔNIA. 2021. Dissertation (Master in Family Health). Universidade Federal de Rondônia – UNIR.

ABSTRACT

Interprofessional Education and Collaborative Interprofessional Practice are emerging themes, that ones are fundamental components of professional training and health care, particularly in addressing various morbidities for a good assistance to the user. It's in this scenario that interprofessional education and collaborative practice fill a significant gap with successful experiences in the countries that have adopted them and present themselves as important tools in consolidation and strengthening of the Unified Health System. Analyze the characteristics of readiness for the interprofessional work as well as the use of the collaborative practice of the preceptors of the medical internship in Porto Velho, Rondônia. Method: This is a cross-sectional, descriptive study, carried out with an instrument with likert-type questions validated for Brazil in 2015. The sample occurred intentionally with 30 health professionals. This study was approved by the ethics and research committee under the number 3,605,943. For the analysis of the attitudinal tendency of the professionals, the averages obtained were interpreted by linear intervals (IM): from 1.00 to 2.33, from 2.34 to 3.67 and from 3.68 to 5.00. Age group was 34.7 years (SD: 10.612), being predominantly female professionals (76.7%), in their first experience as preceptors in primary health care (66.7%). In the analysis of the results of the questionnaire The Readiness for Interprofessional Learning Scale answered by the preceptors in Porto Velho, it is observed that the average of the domains of doctors and nurses is in the comfort zone for Team Work and Collaboration $4,5340 \pm 0,69216$ for doctors and $4,4921 \pm 0,76755$ for nurses and Person-Centered Care $4,6762 \pm 0,48222$ for doctors and $4,7556 \pm 0,40556$ for nurses. In the professional identity domain, both evaluated professionals are in the warning zone and danger zone $3,7483 \pm 0,96896$ for doctors and $3,5873 \pm 1,09561$ for nurses. There is a need to invest in the qualification of professionals in team and collaborative work.

Keywords: Interprofessional Education. Preceptorship. Primary health care

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1-	Classificação para a interpretação dos intervalos lineares das médias das pontuações da escala de LIKERT do questionário RIPLS.....	26
Tabela 1-	Perfil dos preceptores entrevistados (medicina e enfermagem) em Porto Velho, Rondônia, 2020.....	28
Tabela 2-	Escore médio e desvio padrão por fatores de risco divididos em medicina e enfermagem dos entrevistados em Porto Velho, Rondônia, 2020	29

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agente comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DP	Desvio padrão
DNC	Diretrizes Curriculares Nacionais
EIP	Educação Interprofissional
eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
OMS	Organização Mundial de Saúde
M	Média
PET-Saúde	Programa de Educação Pelo Trabalho para Saúde
PIC	Prática Interprofissional e Colaborativa
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde
PSF	Programa Saúde da família
RIPLS	Readiness for Interprofessional Learning Scale
SEMUSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	10
1.2	OBJETIVOS.....	12
1.3	JUSTIFICATIVA.....	12
2	REVISÃO DE LITERATURA	15
2.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA	15
2.2	INTERPROFISSIONALIDADE, INTERDISCIPLINARIDADE, MULTIPROFISSIONALIDADE E DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS	16
2.3	PRECEPTORIA NA ATENÇÃO BÁSICA	19
3	MÉTODO	21
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	21
3.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	21
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	23
3.4	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	24
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	26
3.6	ASPECTOS ÉTICOS	27
3.7	RISCOS.....	28
3.8	BENEFÍCIOS	28
4	RESULTADOS	29
4.1	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO.....	29
4.2	DISPONIBILIDADE PARA APRENDIZAGEM INTERPROFISSIONAL.....	30
5	DISCUSSÃO	33
6	INTERVENÇÃO	39
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS	50
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Pós-Infomação	56
	APÊNDICE B - Questionario utilizado na pesquisa	59
	ANEXO A – Questionário RIPLS	61

ANEXO B -Aprovação comitê de Ética - UNIR.....	65
	5

1 INTRODUÇÃO

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da saúde apresentam um grande avanço para a reorientação da formação dos profissionais de saúde, por enfatizar a necessidade de formar um profissional com perfil humanista, com competências não apenas técnica, mas também, ética e política; críticos, reflexivos, capazes de identificar as necessidades de saúde e realizar um cuidado a partir da integralidade, dando centralidade às necessidades do usuários e da comunidade e aptos para assumir a responsabilidade frente a consolidação do SUS (ROSSONI & LAMPERT, 2004; PEREIRA & LAGES, 2013; COSTA, 2014).

Essas diretrizes também trouxeram, em sua proposição, a importância do trabalho em equipe, tomando como referência o princípio da integralidade na atenção à saúde (COSTA, 2014) bem como o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde, a consequente exigência interna de um olhar plural, que busque soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições e reconheça a importância do interprofissionalismo no cuidado em saúde.

É no contexto da Educação Interprofissional (EIP) e da Prática Interprofissional Colaborativa (PIC), temas emergentes do campo da saúde em nível global, que a equipe se torna um componente fundamental de reforma do modelo de formação profissional e de atenção à saúde, particularmente no atendimento às diversas morbidades para uma boa assistência ao usuário. Destarte, a EIP e a PIC preenchem uma lacuna significativa com experiências bem-sucedidas nos países que as adotaram e se apresentam como ferramentas importantes na consolidação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (OMS, 2010) e na melhoria na qualidade do cuidado (CARTER, BOSWORTH, GREEN, 2012) e do ensino em saúde.

Apesar de se reconhecer a importância da EIP e da prática colaborativa, o que ainda predomina é a formação de profissionais focados em seus cursos, sem oportunidade, na graduação, de se aproximar das demais profissões da área da saúde. A Educação Interprofissional (EIP) propõe uma formação compartilhada entre as profissões, contribuindo com a formação de profissionais de diferentes áreas da saúde, estimulados a aprender juntos, com e sobre as outras profissões da saúde. Os princípios da EIP se aplicam tanto para graduação, quanto para educação permanente de profissionais (DUARTE et al., 2012).

A EIP e a prática colaborativa (PIC) são temáticas importantes no cenário de formação em saúde quando se tem como direcionadores o preparo de profissionais para atender aos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS). Na perspectiva da EIP, as profissões aprendem conjuntamente sobre o trabalho coletivo e sobre as especificidades de cada área profissional, orientadas para o trabalho colaborativo em equipe interprofissional (OMS, 2010).

A EIP tem como objetivo proporcionar uma melhor qualidade na saúde ao favorecer e desenvolver competências para prática de tarefas coletivas (REEVES, 2016). Assim, profissionais de diferentes formações em saúde articulam seu saber entre si, na organização do trabalho, compartilhando ações e delegando atividades a outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa, quer dizer transitam entre os núcleos das profissões que são saberes e práticas profissionais e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscaria em outro apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000).

A história da EIP mostra seu surgimento como uma estratégia capaz de melhorar a qualidade da atenção em saúde, mediante o trabalho em equipe e a prática colaborativa, estabelecendo vínculos profissionais e subsídios para a ampliação da saúde (COSTA, 2016).

A integração em equipes apresenta-se neste cenário como elemento que direciona a colaboração e não somente a junção de diferentes profissionais. A implementação dessas diretrizes, nos cursos da área da saúde, variou em decorrência das diferentes visões de mundo e das bases ideológicas que fundamentaram a formulação das DCN, porém, estas diretrizes se configuram como uma ferramenta importante na superação de um dos problemas para a consolidação do SUS que é a formação de seus profissionais (ROSSONI & LAMPERT, 2004; PEREIRA & LAGES, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que muitos sistemas de saúde no mundo estão fragmentados e têm dificuldades em atender às necessidades de saúde não atendidas, como é o Brasil. A força de trabalho atual e futura da saúde enfrenta o desafio de questões de saúde cada vez mais complexas. Evidências mostram que a oportunidade desses profissionais de saúde poderem percorrer um sistema com oportunidades para adquirirem experiência interprofissional os ajuda a conquistar habilidades necessárias para serem parte da força de trabalho de saúde colaborativa preparada para tal prática (OMS, 2010).

Nesta perspectiva, questionamos: Qual a visão dos preceptores que atuam em no internato nas unidades básicas de saúde de Porto Velho-RO sobre as práticas colaborativas.

1.2 OBJETIVOS

Objetivo geral

Analisar a disponibilidade para aprendizagem interprofissional entre os preceptores que atuam na atenção primária à saúde a partir da escala RIPLS.

Objetivo específico

Caracterizar o perfil dos preceptores incluindo a formação técnica e capacitação pedagógica para docência e preceptoria do município de Porto Velho;

Avaliar o nível de Colaboração Interprofissional dos preceptores do internato de Medicina na Atenção Primária em Porto Velho;

Avaliar os processos interativos no desenvolvimento da Colaboração Interprofissional, dos preceptores do internato e suas equipes, a partir de uma intervenção educativa.

1.3 JUSTIFICATIVA

A EIP e PC em uma unidade de saúde da família podem ser primordiais na resolução de problemas, por auxiliarem na assistência e nos resultados de saúde para os usuários, serem decorrentes de interações entre membros de equipes ou alunos de duas ou mais profissões e ajudar no desenvolvimento de relacionamentos, comunicação assertiva, objetivos comuns (BARR et al, 2005; CARNEY et al., 2020) visando alcançar a integralidade do cuidado.

A atuação como preceptor do internato médico de saúde da família do Centro Universitário São Lucas – UniSL e como docente do departamento de Educação e Medicina Social da Universidade Federal de Rondônia – UNIR, permite reflexões, principalmente quando se fala da equipe multiprofissional, pois ainda é comum, nas unidades de Porto Velho, professores e preceptores utilizarem o modelo biomédico para “resolver o problema” do usuário.

Um exemplo prático. Uma mãe que foi ao consultório médico com queixa de “dificuldade na amamentação”, em seguida é encaminhada para a fonoaudióloga da unidade que discute e resolve o “problema” da usuária com seus internos. Ao receber “alta da fonoaudiologia” é encaminhada à nutrição para iniciar a suplementação alimentar. Assim, a usuária caminha pela unidade, de consultório em consultório, com vários profissionais que não se comunicam e nem debatem o caso dela.

Observa-se que as condutas não se complementam, apesar de “algo em comum”. Isso, conseqüentemente, traz uma sobrecarga de idas do usuário a unidade, de marcações de

consultas que pode ser um fardo significativo em termos de tempo de viagem, custo e distância da unidade, constituindo-se em barreira de acesso. Essa atmosfera cria um ambiente que impede a discussão e a comunicação necessárias para o aprendizado colaborativo e busca coletiva para a solução adequada que o caso requer

Essas reflexões tornaram-se inquietações quando foi iniciado a discussão com a orientadora acerca do tema no Mestrado Profissional em Saúde da Família. Como pode ocorrer, no âmbito acadêmico e ainda mais na prática da saúde coletiva, tais acontecimentos?

Esse fato interfere na formação dos alunos que estão nos estágios, que só enxergam a doença ou o problema da pessoa que precisa ser tratada. Os profissionais atuam e ensinam predominantemente no modelo biomédico, quer dizer, com consultas individuais e isoladas, em um estágio rico de informações, que não são compartilhadas. Com isso, ainda estão formando profissionais vendo a doença do usuário e o colega de trabalho como um auxiliar para tratamento, dificultando as possibilidades de para a EIP/PIC.

Apesar de o discurso atual remeter à reestruturação de um modelo com vistas à integralidade, o modelo biomédico ainda está fortemente arraigado às estruturas nos diversos níveis de atenção e dita posturas, relações e condutas vinculam o processo de formação à ação tradicional, puramente técnica e curativa.

A transformação de uma prática secular de dominação do conhecimento e de relação de poder inquestionável no processo ensino-aprendizagem, para um formato de educação interprofissional e de práticas colaborativas trás uma perspectiva de construir o conhecimento de forma criativa e reflexiva, o que vem se ocorrendo, tímida e paulatinamente e, neste contexto, as residências multiprofissional em saúde da família e medicina de família e comunidade se colocam como um ambiente extremamente propício à mudança dessa realidade.

Este estudo se justifica por possibilitar um diagnóstico das práticas dos preceptores no cotidiano das UBS e, conseqüentemente, um aprofundamento no processo de formação em serviço dos futuros profissionais de saúde, o que trás benefícios ao ensino e ao serviço, a partir do momento em que se discute questões que podem subsidiar a reorientação dos processos de formação das diversas profissões de saúde nas redes de atenção à saúde, especialmente na Estratégia de Saúde da Família, bem como o processo de trabalho mediante a *práxis* de trabalhadores que atuem neste cenário em particular. Por isso é necessário o entendimento, tanto dos profissionais de saúde quanto dos docentes sobre a interprofissionalidade e a prática colaborativa na Estratégia Saúde da Família.

A relevância deste estudo fundamenta-se na exploração de temas pouco pesquisados em nosso país no âmbito da saúde da família. E, por ter escolas de saúde com poucos anos de existência em Rondônia, torna-se assim um grande laboratório sobre essa temática para a academia e para o serviço.

Espera-se que com esse projeto, inicialmente em duas profissões de equipe de saúde da família que atuam no internato, possa se expandir e servir de base para outras escolas em ciências da saúde e claro outras equipes do município, garantindo assim uma assistência de qualidade aos usuários valorizando o trabalho em equipe e colaborativo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA

A Constituição brasileira de 1988 reconheceu a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado. Também estabeleceu a base para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se fundamenta nos princípios da universalidade, integralidade e participação social. Esse reconhecimento constitucional do direito à saúde só foi possível após longa luta política e graças à atuação do Movimento pela Reforma Sanitária (PAIM et al., 2011).

As Leis 8.080 e 8142/90 definiram como diretrizes do SUS a universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e a participação da comunidade. Apesar destes princípios ainda não terem sido atingidos em sua plenitude, é impossível negar os avanços obtidos na última década no processo de consolidação do SUS (BRASIL, 1990).

O desenvolvimento da atenção primária – ou atenção básica, como é chamada no Brasil – tem recebido muito destaque no SUS. Impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada por programas inovadores, a atenção básica tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, bem como implementar ações interssetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças (PAIM et al., 2011, p.21).

É importante destacar que a AB é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017)

O SUS representa a concretização de um novo conceito sobre saúde, composto por princípios que apontam para a democratização das ações e serviços de saúde. Para fortalecer a fusão, no campo da metodologia e do ensino, mudanças na educação em saúde foram colocadas na agenda da política nacional, que apresenta propostas para reformar a estrutura curricular e estreitar os vínculos com os serviços de saúde (ABRAHÃO; MERHY, 2014).

Criado inicialmente como um programa vertical que oferecia especialmente serviços de saúde materno-infantis a populações mais carentes ou de alto risco, o Programa de Saúde da Família (PSF) tem sido a principal estratégia de estruturação da atenção básica dos sistemas locais de saúde, desde 1998. Uma característica inovadora do PSF é sua ênfase na reorganização de unidades básicas de saúde para que se concentrem nas famílias e

comunidades e integrem a assistência médica com a promoção de saúde e as ações preventivas (PAIM et al., 2011).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2017, p. 12) a unidade básica de saúde é a porta de entrada preferencial no SUS, com equipe de saúde da família (eSF) composta no mínimo por médico, enfermeiro, pessoal de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Além desses componentes das eSF básicas, podem participar, ainda, o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, e auxiliar ou técnico em saúde bucal,

As atividades da equipe seriam: conhecer a realidade das famílias; identificar os problemas de saúde e situação de risco; realizar o planejamento e programação local com a participação comunitária; estabelecer vínculo de confiança com os usuários através de uma conduta ética; resolver os problemas de saúde em nível de atenção básica; garantir o acesso à comunidade dentro de um tratamento de referência e contrarreferência; prestar atendimento integral à demanda adscrita, respondendo à demanda de forma contínua e racionalizada; coordenar e/ou participar de grupos de educação em saúde; promover ações interssetoriais e outras parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados; fomentar a participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direito à saúde e suas bases legais; incentivar a participação ativa da comunidade nos conselhos locais de saúde, no conselho municipal de saúde e auxiliar na implantação do cartão nacional de saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007, p.458).

Verifica-se, assim, que os modelos conceituais de atenção primária são construídos a partir do trabalho seminal de Barbara Starfield (2004), que afirma quatro atributos essenciais da atenção primária: primeiro contato (ou acessibilidade), longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, além dos atributos derivados centralidade na família, orientação comunitária e competência cultural.

Esses atributos da APS, juntamente com a abordagem centrada na pessoa (ACP), que deve incluir todos os profissionais e, fundamentalmente, o usuário e sua família, possibilitam a organização dos processos de trabalho e qualificam as pactuações realizadas nos planos de cuidado.

A atenção primária, tem como elementos centrais o trabalho com adstrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada para as Unidades de Saúde da Família, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e o trabalho em equipe (BRASIL, 2017) os quais aliados aos atributos da APS e a ACP (PHILLIPS et al., 2014) são indispensáveis para a realização das práticas colaborativas interprofissionais.

2.2 INTERPROFISSIONALIDADE, INTERDISCIPLINARIDADE, MULTIPROFISSIONALIDADE E DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

Em 2001 foram fixadas diretrizes curriculares nacionais para os cursos de medicina, enfermagem e nutrição e, até 2004, para as outras áreas da saúde. Alguns princípios dessas diretrizes são a consolidação da prática com a teoria, valorizar a pesquisa, estágios e atividades de extensão (LIMA; ROZENDO, 2015).

Nas instituições de ensino devido à institucionalização das diretrizes curriculares nacionais e, em virtude de políticas indutoras pelo Ministério da Saúde para mudanças na formação em Saúde, como por exemplo o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), foram possíveis transformações no ensino (LIMA; ROZENDO, 2015), visando consolidar o modelo da integralidade do cuidado.

Neste contexto a importância da integração ensino-serviço é crucial e permeada por processos de aprendizagem com intuito de formar profissionais com autonomia e capazes de proporcionar atendimento integral e de qualidade à população (BREHMER; RAMOS, 2014).

É importante destacar que as DCN incentivam novas formas de organização curricular, articulação entre ensino e serviços, e indicam a necessidade de repensar o processo educativo e práticas de saúde até então vivenciadas pelos profissionais (BAGNATO et al., 2007), visto que o desenvolvimento da capacidade para o trabalho em equipe ainda é um dos aspectos nevrálgicos no processo de formação em saúde, porque as universidades ainda organizam em núcleos o processo de formação de profissionais que necessitam trabalhar em equipe (SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011).

Para discutir a interprofissionalidade, faz-se necessário problematizar em torno da interdisciplinaridade, multiprofissionalidade e interprofissionalidade, uma vez que esses termos não são sinônimos.

A interdisciplinaridade, se refere aos conhecimentos, ao modo de pensar (MORIN, 2005), ou seja, na interação de duas ou mais disciplinas em relação às suas ideias, tarefas, campos conceituais (ANASTASIOU, 2005). A multiprofissionalidade se refere a campos, áreas de conhecimento; práticas ou núcleos profissionais (D'AMOUR, 2005; COSTA, 2017; CECCIM, 2018).

A multiprofissionalidade, apesar de se referir à prática profissional, ocorre “quando duas ou mais profissões aprendem lado a lado por qualquer motivo” (BARR, 2005, p. 6), sem necessariamente, haver interação ou um propósito claro, o que indica ação fragmentada, na

medida em que trata de profissionais que caminham em paralelo, com pouca ou inexistente interação entre eles.

Em contrapartida, a educação interprofissional são “ocasiões em que duas ou mais profissões aprendem uns com os outros para melhorar a colaboração e qualidade dos cuidados” (BARR, 2005, p. 6), quer dizer, a interprofissionalidade implica na interação entre as profissões com vistas à colaboração em torno de um objetivo comum (OMS, 2010), o que expressa forte interação e articulação entre as áreas de conhecimento e profissionais.

Aguiar (2018) destaca que a interdisciplinaridade não está sustentada na mera troca de informações entre as áreas, ou incorporação de conceitos e teorias entre si, mas sim na real comunicação entre elas, firmada no diálogo.

A interdisciplinaridade não necessariamente estimula a colaboração entre diferentes profissões, mas sim entre áreas do conhecimento que podem ser até mesmo de uma mesma categoria profissional (THIESEN, 2008). A interdisciplinaridade pode ser um instrumento para a educação interprofissional, mas não sinônimo (BARR; LOW, 2013).

A educação interprofissional em saúde ocorre quando os membros de mais de uma profissão da saúde aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional ou a saúde/bem-estar dos usuários (REEVES et al., 2013).

A profissionalidade ou lógica profissional é marcado pela delimitação estrita de territórios de cada grupo profissional. Os saberes específicos apreendidos nos bancos universitários e posteriormente por meio da vinculação a associações, conselhos de classe e código de ética, um indivíduo passará a compor um grupo exclusivo de profissionais, podendo aplicar os conhecimentos específicos aprendidos por meio de sua formação, a casos sempre particulares com os quais irá se defrontar no cotidiano dos serviços de saúde (MACHADO, 1995). Posteriormente o indivíduo terá uma identidade profissional.

Como diz Almeida Filho (1997) para que ocorra relações interprofissionais nas equipes e entre equipes dos serviços de saúde é imprescindível que as diferentes profissões exercitem no cotidiano das práticas as diferentes possibilidades de interações e colaboração.

Uma das competências da prática colaborativa é a clarificação de papéis dos membros da equipe, pois os profissionais de saúde tendem a ter uma visão muito limitada e até mesmo estereotipada das demais áreas profissionais e os estereótipos são calcados em uma visão preconceituosa e desqualificadora do outro (COSTA, 2017). Outra competência importante é a resolução de conflitos interprofissionais que faz parte das práticas e é importante reconhecê-

lo e aprender a lidar com ele de forma compartilhada com os demais profissionais da equipe, do serviço e da rede de atenção à saúde (PEDUZZI, 2017).

A colaboração interprofissional não é fácil, pois exige o trabalho em equipe, quer dizer, todos os profissionais de saúde almejando os mesmos objetivos (FURTADO, 2009), na produção do cuidado ao usuário, família e coletividade.

O compartilhamento dos saberes uns dos outros propicia o trabalho em equipe, ampliando-se o arsenal de competências e a capacidade de resposta. Quanto mais se trabalha isoladamente, mais se precisa saber individualmente dos saberes dos outros e maior o risco de erro ou prática insegura (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

A interprofissionalidade consiste na interação entre diferentes núcleos profissionais no atendimento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde (FREIRE FILHO; SILVA, 2017), com vistas a alcançar o preceito da integralidade que está intimamente associado à interdisciplinaridade.

Trabalhar e estudar de maneira interprofissional é o mínimo de coerência em nome da segurança do paciente, da qualificação da atenção, da resolutividade das práticas e do respeito à multiprofissionalidade e interdisciplinaridade (CECCIM, 2018).

No trabalho em equipe, a integração do trabalho dos diferentes profissionais da saúde, depende em parte da identificação dos nexos presentes entre as ações. “A Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente e integral é reconhecida como melhor estratégia para organização dos sistemas de saúde e tem sido o *locus* no qual mais avançaram as propostas de organização dos serviços de saúde com base no trabalho em equipe e prática colaborativa” (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

2.3 PRECEPTORIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Para implementar novas políticas de educação em saúde, é necessária a integração estreita entre os serviços de saúde e a academia, considerando, inclusive, que o Artigo nº 200, inciso III, da Constituição Federal de 1988 estabelece que a formação de recursos humanos para a saúde é atribuição do Sistema Único de Saúde (SUS).

Rodrigues (2012) descreve os Preceptores são profissionais vinculados aos serviços do SUS que recebem os estudantes de graduação. A Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2014) destaca que os profissionais preceptores profissionais são responsáveis por acompanhar a orientação desses estudantes no seu período de estágio. Tal processo técnico/pedagógico é desenvolvido na perspectiva da interação permanente entre as realidades

vivenciadas e a sua problematização, tendo como meta a conquista de competências profissionais para atuar em equipe, principalmente a APS.

Com o SUS, a prática da integralidade no trabalho em saúde é o que se almeja atualmente, e o preceptor deve ser partícipe funcional, permitindo o acesso do estagiário nos espaços de prática exigidos pelas DCN, desde a construção do projeto ou proposta de curso, compreendendo cada etapa do que se quer e do que está sendo realizado. Neste sentido, o comportamento do preceptor pode afetar diretamente a atuação do discente no processo de aprendizagem, nas práticas de trabalho, na interação com a equipe. Deve estimulá-lo a articular os conhecimentos teóricos apreendidos com a prática vivenciada no serviço. Entretanto, pode dificultar a vida do estudante em sua prática profissional, a depender de suas representações acerca do papel do preceptor e de suas competências pedagógicas (SILVA et al., 2013; HENDERSON; EATON, 2013).

De acordo com Silva; Casotti; Chaves (2013), o processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) deve se caracterizar, pelo desenvolvimento de ações multidisciplinares, planejadas a partir das necessidades locais, por meio do diagnóstico de saúde do território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, com fins de garantir a efetividade da Atenção Primária. Para isso, faz-se necessário a capacitação de profissionais que ensinem a educação interprofissional na área de saúde da família.

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua produção ou sua construção (FREIRE, 2011) e com a nova configuração do mundo do trabalho, em especial no campo da saúde, isso vem exigindo um novo perfil profissional mais sintonizado com competências que ultrapassam a excelência técnica (sem dúvida fundamental) e incluem as dimensões socioeconômicas e culturais para enfrentar os problemas de saúde da população, nas esferas individual e coletiva, e não apenas na hospitalar (BRANT, 2005). O mesmo autor conta que o grande desafio deste início de século está na perspectiva de se desenvolver a autonomia individual em íntima coalizão com o coletivo. A educação deve ser capaz de desencadear uma visão do todo — de interdependência e de transdisciplinaridade —, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva.

A formação de profissionais de saúde, principalmente por meio de modelos baseados na formação em serviço, é questão chave para a qualificação e consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) (KNUPP, 2018) e podemos explicar a urgência de formação de médicos na área de Medicina de Família e Comunidade.

Em relação às atividades de preceptoria nos cenários vivos da prática, Ribeiro (2011) ratifica a exigência do “acréscimo de uma formação/aculturação pedagógica para além das funções técnicas que lhe são atribuídas”. Ao considerar que os serviços SUS são compreendidos como campos de prática para o ensino e a pesquisa em saúde, faz-se necessária e importante a instrumentalização do trabalhador da saúde para um olhar com foco nas ações de ensino na saúde, para além de funções técnicas/assistenciais que lhes são de competência.

Quanto às concepções do vocábulo preceptoria, refere-se que esse é, pela primeira vez, utilizado na publicação das novas DCN para o curso da medicina, no ano de 2014. E com referência aos estágios, essa diretriz descreve que “a preceptoria exercida por profissionais do serviço de saúde terá supervisão de docentes próprios da Instituição de Educação Superior (IES)” (BRASIL, 2014, p.11). Entende-se por função da supervisão (IES) verificar/acompanhar como os processos de ensino-aprendizagem se efetivam nos contextos reais de modo a fomentar a integração ensino-serviço e qualificar as atividades formativas.

Muitas das formações universitárias independentemente (pré e/ou pós a instituição das DCN) preparam o estudante/acadêmico para a atividade profissional pretendida sem detalhar sobre questões pedagógicas, de ensino. Para tanto, o que se encontra são profissionais de saúde atuantes como preceptores nos serviços SUS, sem formação pedagógica para tal (OLIVEIRA, DAHER, 2016).

Rocha (2012) infere que deve ser um compromisso das instituições de ensino, assumir a responsabilidade da capacitação. Acredita-se que esse compromisso com a formação se estende a todos os preceptores de nível superior que acompanham os alunos em cenários de prática SUS.

No contexto da inserção da academia nos cenários de prática, enfatiza-se que a presença das escolas formadoras nesses campos, por vezes, propicia dinamismo, movimentos, processos de mudança nas próprias equipes de saúde. Nessa perspectiva, ações de educação permanente em saúde podem ser fortalecidas, de modo a gerar reflexões sobre o processo de trabalho e no objetivo da construção conjunta de melhores soluções para as fragilidades encontradas nesse meio. Entende-se que nesse processo as Instituições de Ensino Superior (IES) podem ser coparticipantes, colaborativas e propiciar o trabalho em equipe e a prática do cuidado interprofissional.

3 MÉTODO

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa que realizou um estudo transversal de caráter exploratório, descritivo e que utilizou como procedimento para coleta de dados um questionário com questões fechadas.

3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

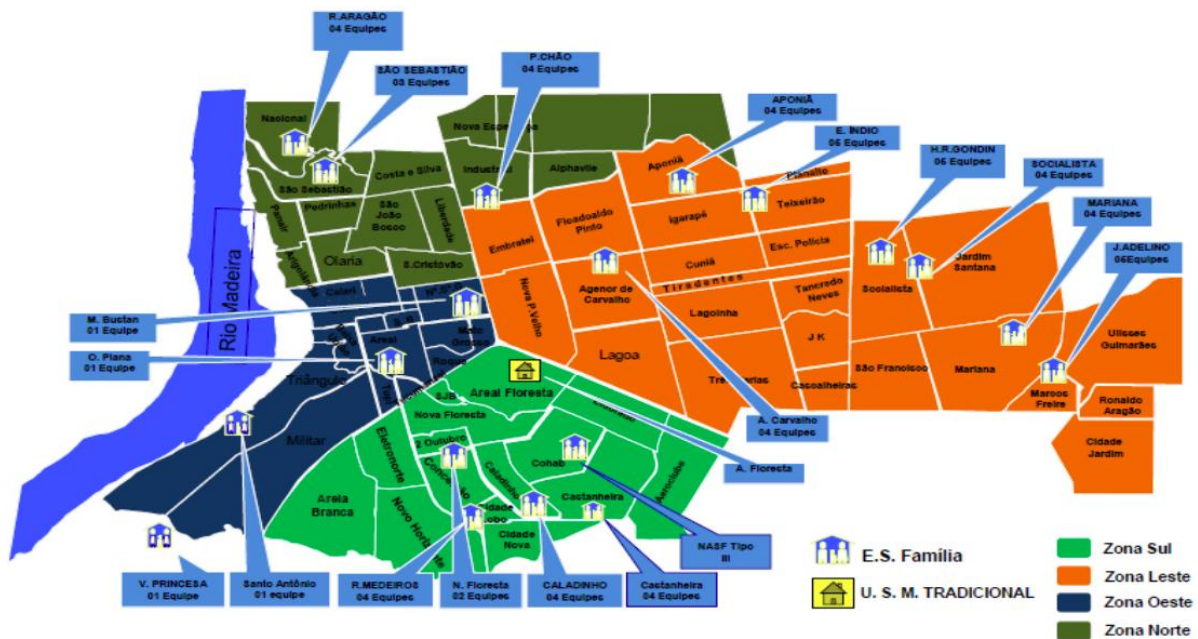
O projeto foi realizado no Município de Porto Velho, Capital do Estado de Rondônia, criado em 02 de outubro de 1914, possui IDH 0,736 (alto) com população de 494.013, 11 distritos, entre eles fluviais e terrestres e 88 bairros no distrito-sede. A Estratégia de Saúde da Família iniciou na cidade em 2006 nas UBS Ernandes Índio e UBS José Adelino e atualmente o município possui 80 equipes de saúde da família, 1 NASF e 1 equipe de Consultório na Rua (IBGE, 2017).

A Atenção Básica de Saúde/Unidade Básica de Porto Velho, conta atualmente com 38 Unidades de Saúde, sendo deste 19 na zona Urbana e 19 na zona Rural, distribuídas nas seguintes zonas Geográficas Sanitárias: Zona Central, Zona Sul, Zona Leste e Zona Norte Zona Rural (Fluvial e Terrestre). Além desta estrutura temos 01 Unidade Móvel Fluvial (Unidade de Saúde Dr. Floriano Riva Filho) para dar apoio as ações de promoção e prevenção à saúde na área ribeirinha (SEMUSA, 2017) conforme figura 1.

Segundo Conselho Regional de Medicina de Rondônia (2020) em Porto Velho estão ativas 3 escolas médicas, sendo 1 universidade pública e 2 privadas, todas realizam estágio nas unidades básicas de saúde do município.

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho (SEMUSA, 2017), no plano municipal de saúde para 2018-2021 relata que a estratégia prioritária é o fortalecimento da atenção básica como estratégia prioritária.

Figura 1 - Distribuição das unidades básicas de saúde e das Equipes de Saúde da Família da área urbana de Porto Velho, 2016



Fonte: DAB – SEMUSA – PVH, 2017.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A composição da amostra foi baseada na escolha das Unidades Básicas de Saúde e profissionais de saúde que atuam como preceptores do internato médico dos cursos de graduação de Medicina ocorrendo de forma não probabilística por conveniência. Um problema que tivemos ao querer saber o total de preceptores do internato de medicina, por categoria profissional, nas Instituições de Ensino Superior (IES), foi a falta de informação sobre essa questão pelos respectivos coordenadores. Tentamos via Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho (SEMUSA), buscar essa informação junto ao Núcleo de Educação Permanente (NUGEP), também sem sucesso.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

1) Unidades Básicas de Saúde com a ESF como única estratégia de atuação vigente há pelo menos dois anos.

2) Médicos e enfermeiros que atuem na ESF em equipes completas de acordo com o preconizado pelo PNAB/MS (BRASIL, 2017), isto é, composta por: médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde e/ou agente de endemias.

Equipes completas, porém, sem equipe de saúde bucal também integram o critério de inclusão.

3) Enfermeiros e Médicos que atuam nas equipes pelo menos há seis meses.

Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que estavam de licença prêmio, atestado médico e os que não completaram a entrevista ou que se recusaram a responder alguma das questões propostas.

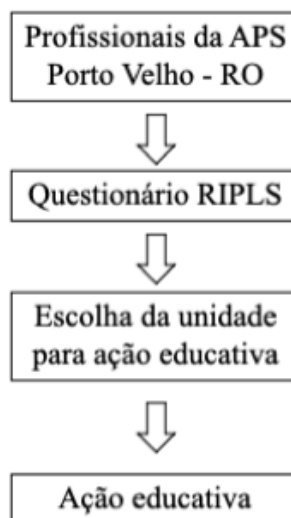
As informações foram cedidas por meio de contato telefônico e e-mails com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho-RO e/ou com os gerentes de unidades que informem quais profissionais atuam como preceptores nas respectivas UBS.

É um estudo do tipo não probabilístico, que depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador em campo (VERGARA, 2002), sendo definido por acessibilidade dos sujeitos, em que todos os indivíduos devem aceitar participar da pesquisa, preencher os critérios de inclusão e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1).

3.4 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para caracterização dos profissionais de saúde foram coletadas em formulário estruturado, as seguintes informações de caracterização: idade, sexo, formação, curso de especialização ou aprimoramento em atenção primária, tempo na equipe (Apêndice 1). Também foram realizadas perguntas sobre a preceptoria na APS (figura 2.)

Figura 2 - Fluxograma da metodologia e procedimento de coleta de dados



Fonte: Arquivo Pessoal, 2021.

Os preceptores também responderam a um questionário de avaliação da disponibilidade para a educação interdisciplinar e prática colaborativa, cujo questionário escolhido foi o “*Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)*” ou Escala de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional (Anexo 1), uma vez que este é um questionário já traduzido e validado na língua portuguesa (PEDUZZI et al., 2015), e já aplicado no contexto da APS. Ressalta-se que sua abordagem inicial havia sido desenvolvido somente para alunos de graduação (PARSELL, BLIGH, 1999).

A primeira versão do RIPLS continha 19 itens, distribuídos em três fatores: Trabalho em equipe e colaboração; Identidade profissional; e papéis e responsabilidades. Entretanto, posteriormente, os autores do instrumento introduziram mais 10 itens, o qual resultou numa estrutura subjacente de 29 itens e quatro fatores (Trabalho em equipe e colaboração; Identidade profissional; papéis e responsabilidades; e Atenção à saúde centrada no paciente) (REID et al., 2006; PEDUZZI et al., 2015).

Após a validação do RIPLS para contexto brasileiro, a escala contou com 27 itens, distribuídos em três fatores, com opção de resposta tipo Likert de cinco pontos: 1. Discordo totalmente; 2. Discordo; 3. Nem concordo e nem discordo; 4. Concordo; 5. Concordo totalmente.

O Trabalho em equipe e colaboração (fator 1) reúne quatorze itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15 e 16). Nele, explora-se as atitudes positivas e disponibilidade para aprendizado compartilhado, trabalho em equipe, colaboração, confiança e respeito entre pares.

O segundo fator, Identidade profissional (fator 2), agrupa oito itens (10, 11, 17, 19, 21, 22, 23 e 24). Entre eles, cinco itens (10, 11, 17, 19 e 21) remetem a atitudes negativas para aprendizagem interprofissional e os outros três itens (22, 23 e 24) referem-se à autonomia profissional e objetivos clínicos de cada profissão. Este fator expressa atitudes em relação à identidade profissional, embora com componente competitivo. Por sua vez, a Atenção centrada no paciente (fator 3), possui cinco itens (25, 26, 27, 28 e 29), e remete à atitude positiva e disponibilidade para entender as necessidades da perspectiva do paciente com base em relações de confiança, compaixão e cooperação (PEDUZZI et al., 2015). As dimensões estudadas nesse questionário são compostas por assertivas em escala Likert.

A escala *Likert* é um tipo de escala de resposta psicométrica usada habitualmente em questionários, e é a escala mais usada em pesquisas de opinião. Ao responderem a um questionário baseado nesta escala, os perguntados especificam seu nível de concordância com

uma afirmação. Esta escala tem seu nome devido à publicação de um relatório explicando seu uso por Rensis Likert (1932).

A versão adaptada e validada ao português da RIPLS constitui-se em uma boa ferramenta tanto para a avaliação de experiências de EIP como para o desenvolvimento de estudos comparativos entre o cenário nacional e internacional. Tais investigações contribuirão para o adensamento da EIP e do trabalho em equipe, reconhecidos no cenário global como componentes da qualidade da formação profissional e da atenção à saúde. Para interpretação dos resultados do questionário RIPLS, as médias das pontuações obtidas para cada item serão interpretadas conforme o que foi descrito previamente na literatura (RODRIGUES, 2018).

Os resultados dos fatores “Trabalho em equipe e colaboração” e “Atenção centrada no paciente”, com exceção da pergunta 11 do fator 1 (Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes de meu próprio curso), serão interpretados da seguinte forma: Zona de conforto (escores médios das respostas dos itens de 3,67 até 5,00), Zona de alerta (2,34 até 3,66), Zona de perigo (1,00 até 2,33). Por outro lado, os resultados do fator “Identidade profissional” e a pergunta 11 do fator 1 serão interpretados de maneira invertida: Zona de conforto (1,00 até 2,33), Zona de alerta (2,34 até 3,66), Zona de perigo (3,67 até 5,00) (RODRIGUES, 2018).

Os itens classificados como zona de perigo requerem mudanças urgentes, enquanto a zona de perigo representa uma situação que necessita de aprimoramento e a zona de conforto implica em manutenção das atitudes conforme quadro 1.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados nos questionários foram organizados e tabulados em planilhas eletrônicas Excel versão 2007, e submetidos a tratamento com estatística descritiva e com correlações estatísticas através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 e interpretados conforme quadro 1.

Quadro 1 - Classificação para a interpretação dos intervalos lineares das médias das pontuações da escala de LIKERT do questionário RIPLS, segundo Rodrigues (2018).

Fatores do questionário RIPLS	Intervalo Linear Das médias	Atitudes frente As Assertivas	Classificação
Fator 1 com exceção da pergunta 11 e fator 3	1,00 a 2,33	Negativa	Zona de Perigo (para parar/ corrigir urgente)
	2,34 a 3,66	Preocupante	Zona de alerta (para ter precaução/ requer aprimoramento)
	3,67 a 5,00	Positiva	Zona de conforto (para seguir/ manutenção das atitudes)
Fator 2 e pergunta número 11	1,00 a 2,33	Positiva	Zona de conforto (para seguir/ manutenção das atitudes)
	2,34 a 3,66	Preocupante	Zona de alerta (para ter precaução/ requer aprimoramento)
	3,67 a 5,00	Negativa	Zona de Perigo (para parar/ corrigir urgente)

Fonte: RODRIGUES, 2018. Elaborado pelo autor, 2021.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente plano de trabalho está vinculado ao subprojeto “Educação interprofissional e prática colaborativa entre profissionais da Atenção Primária à Saúde em Rondônia.” aprovado pelo CEP/UNIR sob o parecer n. 3.605.943. O Projeto matriz foi aprovado e financiado na CHAMADA 001/2018 - PPSUS - 2015/Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde.

3.7 RISCOS

Considerando que a pesquisa poderia gerar dúvidas e desconfortos mínimos, o pesquisador ficou à disposição para ouvir e esclarecer as dúvidas, conversar sobre os possíveis incômodos e explicou a importância da participação nas etapas da intervenção, e garantiu o tratamento sigiloso dos dados da pesquisa ou qualquer outra dificuldade.

3.8 BENEFÍCIOS

O estudo poderá contribuir para o direcionamento do trabalho em equipe e interdisciplinar, acolhendo os usuários em suas necessidades e com resolutividade, obtendo melhorias a curto, médio e longo prazos em relação formação do profissional de saúde e melhoria na comunicação dos profissionais que estão inseridos na unidade.

4 RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS PRECEPTORES

Foram incluídos na presente pesquisa 30 preceptores do Internato Médico que atuam na atenção básica de Porto Velho com idade média de $34,7 \pm 10,612$, sendo a idade mínima 23 anos e a máxima de 67 anos. Desses profissionais, 23,3% são do sexo masculino e 76,7% do sexo feminino.

Quando falamos de tempo de formação dos entrevistados observamos que 16,7% formaram no ano de 2018 (5 profissionais) seguido de 2009 com 10% e 2010 com 10% (3 profissionais em cada ano). Podemos observar outras características na tabela 1.

Tabela 1 - Perfil dos preceptores entrevistados (medicina e enfermagem) em Porto Velho, Rondônia, 2020

	N	%
Formação		
Publica	3	10,0
Privada	27	90,0
Total	30	100,0
Tempo de serviço		
< 1 ano	11	36,7
Entre 1 – 4 anos	8	26,7
Entre 5 – 9 anos	5	16,7
Entre 10 – 15 anos	4	13,3
> 16 anos	2	6,6
Total	30	100,0
Quanto tempo é preceptor		
< 1 ano	20	66,7
Entre 1 – 4 anos	6	20,0
Entre 5 – 9 anos	3	10,0
> 10 anos	1	3,30
Total	30	100,0
Curso de capacitação para preceptoria		
Sim	10	33,3
Não	20	66,7
Total	30	100,0
Sente necessidade de curso para preceptoria		
Sim	29	96,7
Não	1	3,3
Total	30	100,0
Caso lhe fosse ofertado um curso para preceptores, qual seria a modalidade mais adequada à sua rotina		
Presencial	3	10,0
EAD	7	23,3
presencial + EAD	20	66,7
Total	30	100,0

Legenda: EAD = Educação a distância;

Fonte: Os Autores, 2020.

Além das características da Tabela 1, os preceptores desse estudo informam que 50% das atividades de preceptoria está incluída na carga horária semanal de trabalho e outros 50% afirmam receber gratificação ou bolsa incentivo para realizar o trabalho. Do total de preceptores, 90% dizem estar satisfeitos com o desempenho da Preceptoria junto aos internos, 56,7% afirmam que em sua graduação foram trabalhadas questões pedagógicas como modelos educacionais, metodologias ativas, métodos avaliativos e 60% relatam estar suficientemente preparados (com conhecimentos pertinentes a sua área de atuação na APS) para fins de desempenhar suas atribuições.

Quando perguntados se eles têm conhecimentos sobre processos de avaliação da aprendizagem (ex: avaliação por competência), 76,7% disseram sim e 80% dos preceptores referem ter conhecimentos sobre técnicas de ensino no contexto da prática.

Além disto, 83,3% alegam que conseguem realizar juntos ao interno a problematização dos conhecimentos científicos na prática. Ressalta-se, ainda, que 56,7% dos entrevistados relatam conhecer o projeto Pedagógico do curso, no qual o acadêmico está vinculado.

Dos participantes, 100% comentam que tem uma boa relação com os acadêmicos de graduação, 93,3% relatam que tem conhecimento sobre metodologia da pesquisa e 73,3% informam se sentir seguros para desempenhar suas atribuições de preceptoria. Por fim, 90% dos entrevistados destacam que conhecem as responsabilidades/atribuições que tem como preceptor.

4. 2 DISPONIBILIDADE PARA APRENDIZAGEM INTERPROFISSIONAL

As respostas, expostas na tabela 2, foram em duas categorias: Medicina e enfermagem cujos resultados, após análise estatística, estão dispostos abaixo contendo média e desvio padrão.

Ao se analisar o componente da Escala RIPLS, referente ao trabalho em equipe, para os preceptores médicos e enfermeiros entrevistados, a resposta “A aprendizagem junto com outros profissionais da área da saúde durante a graduação melhora os relacionamentos após a graduação” teve um escore médio de $4,7143 \pm 0,46291$ para medicina e $4,3333 \pm 1,32288$ para enfermagem, respectivamente.

A afirmativa “Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os profissionais precisam confiar e respeitar uns aos outros” obteve um escore médio entre médicos de $4,9048 \pm 0,30079$ e entre enfermeiros de $4,8889 \pm 0,33333$

Tabela 2. Escore médio e desvio padrão por fatores de risco divididos em medicina e enfermagem dos entrevistados em Porto Velho, Rondônia, 2020 (parte 1)

	Fator 1	MEDICINA		ENFERMAGEM	
		M	DP	M	DP
1	A aprendizagem junto com outros profissionais ajudou a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde.	4,8095	0,67964	4,2222	1,64148
2	Em última análise os pacientes seriam beneficiados se profissionais da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes.	4,7619	0,70034	4,8889	0,33333
3	Aprendizagem compartilhada com outros profissionais da área da saúde aumentou minha capacidade de compreender problemas clínicos.	4,6190	0,74001	4,7778	0,44096
4	A aprendizagem junto com outros profissionais da área da saúde durante a graduação melhora os relacionamentos após a graduação.	4,7143	0,46291	4,3333	1,32288
5	Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros profissionais da área da saúde.	4,6190	0,58959	4,4444	0,52705
6	A aprendizagem compartilhada me ajudou a pensar positivamente sobre outros profissionais.	4,5714	0,50709	4,5556	0,72648
7	Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os profissionais precisam confiar e respeitar uns aos outros.	4,9048	0,30079	4,8889	0,33333
8	Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os profissionais da área da saúde.	4,5714	0,81064	4,6667	0,50000
9	A aprendizagem compartilhada me ajudou a compreender minhas próprias limitações.	4,5238	0,81358	4,4444	0,72648
11*	Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com profissionais do meu próprio curso.	4,0952	0,99523	4,2222	0,97183
12	A aprendizagem compartilhada com profissionais de outras profissões da saúde ajudou a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais.	4,2857*	0,78376	4,5556*	0,72648
13	Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com profissionais de outras profissões da saúde.	4,3333	0,65828	4,2222	0,66667
14	A aprendizagem compartilhada ajudou a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.	4,2857	0,78376	4,4444	0,52705
15	A aprendizagem compartilhada durante a graduação contribuiu para tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe.	4,3810	0,86465	4,2222	1,30171
	Média geral	4,5340	0,69216	4,4921	0,76755

Continua

Continuação					
Fator 2					
10*	Considerando minha graduação, não desperdiçaria meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.	4,4286*	0,59761	4,6667	0,50000
16*	A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos.	4,2857*	0,64365	3,7778	1,39443
17*	Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que profissionais de outras profissões da saúde.	3,7143*	0,95618	3,5556*	1,13039
18*	Eu me sentiria desconfortável se outros profissionais da área da saúde soubessem mais sobre um tópico do que eu.	3,6667*	1,19722	4,0000	0,86603
19*	Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional.	3,0000*	1,22474	2,8889	1,16667
20*	Chegar a um diagnóstico é a principal função do meu papel profissional.	3,7143	0,95618	3,4444	1,13039
21*	Minha principal responsabilidade como profissional é tratar meu paciente.	3,4286	1,20712	2,7778	1,48137
	Média	3,7483	0,96896	3,5873	1,09561
Fator 3					
22	Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente.	4,5238	0,51177	4,5556	0,52705
23	Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim.	4,7619	0,43644	5,0000	0,00000
24	Procuro transmitir compaixão aos meus pacientes.	4,5714	0,59761	4,5556	0,72648
25	Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto.	4,8095	0,40237	4,8889	0,33333
26	Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes.	4,7143	0,46291	4,7778	0,44096
	Média	4,6762	0,48222	4,7556	0,40556

* O Fator 1 com exceção da pergunta 11 e fator 2 foram interpretados da seguinte forma: Zona de alerta (2,34 até 3,66), Zona de perigo (1,00 até 2,33). A pergunta 11 do fator 1 e as perguntas do fator 2 foram interpretados de maneira invertida: Zona de conforto (1,00 até 2,33), Zona de alerta (2,34 até 3,66), Zona de perigo (3,67 até 5,00) (RODRIGUES, 2018)

Legenda: M = Média das respostas; DP: Desvio Padrão.

Fonte: Os autores, 2020.

A assertiva 12 do fator 1 “A aprendizagem compartilhada com profissionais de outras profissões da saúde ajudou a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais” tive o escore médio $4,2222 \pm 0,97183$ para medicina e $4,5556 \pm 0,72648$ para enfermagem, estando na Zona de conforto. Nesse mesmo fator, a assertiva 13 “Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com profissionais de outras profissões da saúde” teve um escore médio de $4,3333 \pm 0,65828$ para medicina e de $4,2222 \pm 0,66667$ para enfermagem, mantendo a zona de conforto.

Em relação ao fator 2, que se refere à identidade profissional, observamos que médicos e enfermeiros estão na zona de alerta e zona de perigo. Foi evidenciado na afirmativa 10 “Considerando minha graduação, não desperdiçaria meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde” dispôs de escore médio de $4,4286 \pm 0,59761$ para medicina e $4,6667 \pm 0,50000$ para enfermagem, podendo ser passível de intervenção ou ação educativa na amostra em questão. A resposta da assertiva 17 “Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que profissionais de outras profissões da saúde” contou com escore médio de $3,7143 \pm 1,20712$ para medicina e $3,5556 \pm 1,48137$ enfermagem estando na zona de perigo e alarme, respectivamente.

A afirmativa 20 do fator 2 “Chegar a um diagnóstico é a principal função do meu papel profissional” obteve escore médio de $3,7143 \pm 0,95618$ para medicina e de $3,4444 \pm 1,13039$ evidenciando um pensamento biomédico ainda muito forte na amostra estudada observada também na resposta “Minha principal responsabilidade como profissional é tratar meu paciente” desfrutou de um escore médio de $3,4286 \pm 0,95618$ medicina e $2,7778 \pm 1,48137$ enfermagem, ambos na zona de alerta.

Quando se analisa o fator 3, quer dizer, Atenção Centrada na Pessoa, a assertiva 22 “Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente” teve escore médio de $4,5238 \pm 0,51177$ para medicina e de $4,5556 \pm 0,52705$ para enfermagem, mantendo-se assim na zona de conforto.

Outro destaque que está na zona de conforto é quando analisamos a afirmativa 26 “Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes” gozou de um escore médio de $4,7143 \pm 0,46291$ para medicina e $4,7778 \pm 0,44096$ para enfermagem.

5 DISCUSSÃO

A Idade média dos participantes desta pesquisa foi de 34,7 anos (variando entre 23-67 anos), o que difere em 10 anos quando comparado a Aguiar (2018) que tem a média de idade de 43,71 na pesquisa realizada em uma residência multiprofissional.

No que se refere ao gênero na presente pesquisa há predominância de mulheres, o que vem ao encontro dos achados de Amado (2016), em que foi constatado que 67,4% eram do sexo feminino na pesquisa realizada em terapia intensiva e Aguiar (2018) que tinha um público feminino de 94,1% em seu trabalho.

Em relação ao tempo de atuação na preceptoria, quando comparado a Aguiar (2018) não há discrepância entre os trabalhos. Na presente pesquisa 64,4% dos entrevistados atuam no local por quatro anos e em Aguiar a média do tempo médio foi de $3,06 \pm 0,92$ anos, não havendo nenhum profissional com mais de cinco anos de experiência. Demonstrando, que os participantes deste estudo não possuem muito tempo de experiência na preceptoria.

A preceptoria é uma atividade docente, que acontece em cenário de prática e exige capacitação relativa aos princípios que norteiam o processo ensino aprendizagem. Um bom desempenho profissional por parte do preceptor não garante um bom desempenho docente, ou seja, o fato de ter habilidades práticas, não garante que um profissional tenha a habilidade necessária para ensinar outros profissionais sobre como desempenhar a mesma prática. Saber ensinar exige que se saiba o que, como e a quem ensinar (TEMPSKI; MARTINS, 2017).

Arruda et al (2019) descreve que os preceptores da sua pesquisa assumiam a liderança da equipe e dos residentes em determinados momentos, mas, via de regra, eles assumiram mais uma postura de supervisão normativa. O mesmo autor destaca que se faz necessário aperfeiçoar o papel de liderança do preceptor, podendo este ser um objetivo de educação permanente.

Para Peduzzi et al., (2020) o trabalho em equipe é necessário e constitui um dos componentes estratégicos de enfrentamento da crescente complexidade, tanto das necessidades de saúde que requerem uma abordagem ampliada e contextualizada como da organização dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde em rede e voltado nesta fala, ao analisarmos o eixo "Trabalho em Equipe" na escala respondida pelos preceptores em Porto Velho observa-se que, a média dos domínios dos médicos e enfermeiros encontra-se na zona de conforto podendo então aprimorar cada vez mais as atitudes desse eixo.

Segundo Oliveira, Guizard e Dutra (2020) a identidade profissional é a base de atuação do futuro profissional, dificultando bastante a colaboração no trabalho em saúde. Baseado nessa premissa e pensando na manutenção do eixo Trabalho em Equipe, destaca-se a importância de formação continuada com foco na interprofissionalidade e práticas colaborativas do profissional e discente inserido na APS.

Sendo assim, o relatório da OMS aponta os níveis de incentivo para promover o trabalho interprofissional nos contextos locais em duas dimensões: a primeira, na Educação Interprofissional, com os mecanismos do educador e curriculares; e a segunda, na Prática Colaborativa, a partir de mecanismos de apoio institucional, de cultura de trabalho e ambientais (OMS, 2010).

O sistema educacional apresenta um papel fundamental à prática cotidiana do trabalho em equipe, mas que sozinho não garante a colaboração. A chamada Educação Interprofissional reconhece que o processo formativo deve acontecer de maneira a estimular a interação profissional, com diálogo e cooperação entre as áreas de conhecimento (PEDUZZI et al, 2016).

Já o domínio atenção centrada na pessoa, os preceptores entrevistados se encontram na zona de conforto. Peduzzi et al., (2020) ao enfatizar a atenção centrada no usuário, reiteram e destacam a necessidade de mediações reflexivas e dialógicas dos profissionais das equipes com usuários, famílias e comunidade, na construção de espaços de entendimento que precisam ser fortalecidos e ampliados – do âmbito da definição de planos de cuidados à esfera pública pautados no reconhecimento da saúde como valor e direito.

Nesta lógica, Agrelli, Peduzzi e Silva (2016) destacam que à medida que os profissionais centram atenção no usuário e suas necessidades de saúde em todo processo de trabalho, construindo a ACP na prática de cuidado, operam, simultaneamente, um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e além de sua própria atuação profissional, que se restringe ao âmbito da profissão e da especialidade. Este deslocamento dirige-se à prática compartilhada com profissionais de outras áreas.

Costa et al., (2018) destacam que no cenário atual convivemos com a mudança do perfil epidemiológico e demográfico da população, o retorno de doenças antes controladas e uma conjuntura social e econômica com grandes implicações no aumento das desigualdades sociais, além da crescente complexidade das necessidades e dos problemas de saúde das pessoas. Nesse sentido, as mudanças das demandas do sistema de saúde implicam em transformações necessárias na formação de trabalhadores para o SUS. Portanto, deve-se

aprimorar essas atitudes dos profissionais, por meio de educação permanente para permanecerem na zona de conforto e aprimorar as práticas colaborativas frente ao usuário.

Já no domínio de identidade profissional ambos os profissionais avaliados estão na zona de alerta e zona de perigo o que difere do trabalho de Aguiar (2018) em que os profissionais estão na zona de conforto neste domínio.

Para Peduzzi et al, (2016) a Educação Interprofissional reconhece que o processo formativo deve acontecer de maneira a estimular a interação profissional, com diálogo e cooperação entre as áreas de conhecimento.

Neste sentido, os preceptores desse estudo necessitam de reflexões e aprimoramento neste domínio. Para Gondin et al (2010) a identidade profissional é reorganizada a cada momento de trabalho como consequência da existência de duas dimensões: uma sendo referente a graduação e outra constituída no contexto de trabalho, reforçando assim a necessidade uma ação educativa dos preceptores em questão, por meio de mecanismos incentivem a prática colaborativa voltada ao trabalho na APS.

A partir do supracitado em conjunto com a análise das assertivas 16 e 17 do fator 2 do questionário RIPLS, o mestrando observa que se faz necessário ação educativa desses preceptores que atuam no ensino dos novos médicos de Porto Velho podendo esta ação educativa ocorrer com um estudo de caso ou problematização pois, segundo Lima et al (2018) o processamento de problemas da prática profissional, simulados ou reais, através de metodologias ativas e por grupos multiprofissionais, tendem a favorecer as abordagens interdisciplinares e interprofissionais por meio da interação entre coletivos de pensamentos e do diálogo entre distintas racionalidades, oportunizando a construção de um estilo de pensamento.

Rodrigues (2018), em um Hospital de Trauma, também detectou que no fator 2 (identidade profissional) todas as profissões encontram-se na zona de alerta para atitudes negativas ao aprendizado interprofissional, o que vai ao encontro dos resultados alcançados nesta pesquisa.

Com relação a identidade profissional, sua construção passa necessariamente pelos mecanismos de socialização das profissões, uma vez que é forte a competição, o conjunto dos valores e cultura das categorias profissionais. Nossos resultados demonstraram que as maiores fragilidades estão localizadas nas categorias de médicos. A partir da postura majoritariamente discordante dos sujeitos, diante das assertivas que abordam a dimensão IP, depreende-se que os preceptores do internato na APS desconhecem a importância da EIP/PIC na formação do

grupo para o trabalho em equipe. Isto significa que os profissionais apresentam atitudes preocupantes e de perigo quanto às afirmações desta dimensão e necessitam de reflexões e aprimoramento da equipe através de ações gerenciais e proposta de intervenção mais efetiva que abordem a importância do trabalho interprofissional e colaborativo com vista à atenção integral ao usuário.

À medida que aumenta o grau de colaboração profissional, decresce a autonomia individual, uma vez que a condução de planos terapêuticos passa a ser negociada entre os seus integrantes, o que pode ser particularmente difícil para alguns sujeitos. Por outro lado, esse aumento de colaboração profissional expande a troca na tomada de decisões clínicas e a integralidade dos cuidados, permitindo o aumento de autonomia da equipe como um todo frente aos problemas por ela enfrentados. A colaboração interprofissional é, essencialmente, colaboração, ou seja, é trabalho com e entre muitos, portanto ação em equipe – o que não é algo simples. Para o funcionamento efetivo em equipe, baseado em profunda colaboração interprofissional, a deliberada vontade e orientação de seus integrantes é necessária, mas não suficiente. É fundamental a instauração de ambiente democrático e de estruturas e mecanismos institucionais que garantam o surgimento, desenvolvimento e manutenção de espaços intra equipes que permitam o florescimento de práticas fundadas na cooperação entre saberes e ações (FURTADO, 2009).

Neste sentido, a dimensão atenção centrada na pessoa (ACP) foi a que apresentou melhores escores para a enfermagem e medicina em que ambas as profissões se encontram na zona de conforto. Nesta perspectiva, a equipe tende a trabalhar com foco nas necessidades do usuário, favorecendo o trabalho em equipe, o que é muito positivo

Um dos domínios essenciais para a prática colaborativa interprofissional é a ACP, com vasta produção científica demonstrando que esta dimensão é um elemento primordial do trabalho em equipe e da Prática interprofissional colaborativa (PIC). As assertivas dessa dimensão relacionam-se com o protagonismo do usuário no processo saúde-doença-cuidado. Quer dizer, o foco da equipe não é a doença e sim suas necessidades e compreensão no processo do adoecimento.

Agreli, Peduzzi e Silva (2016) em seu trabalho apontam forte relação entre colaboração e atenção centrada no usuário, as quais, juntas, constituem movimento das equipes em incluir os usuários, suas famílias e comunidade como protagonistas e partícipes do ‘fazer junto’ na equipe interprofissional.

A relação do usuário – profissional de saúde é horizontal e com vínculo, pois sabe-se que na atualidade a maioria das pessoas que vão às UBS são portadoras de condições crônicas cuja terapêutica é a longo prazo. Uma abordagem centrada na doença, o usuário recebe várias orientações, solicitações de exames, encaminhamentos e prescrições de medicamentos e, muitas vezes, não entende os procedimentos e as prescrições a serem seguidos. Muito pouco contribuí para sua autonomia e capacidade para cuidar de si. Destaca-se ainda que o principal conhecimento envolvido neste processo é o da clínica, no sentido mais restrito, como conhecimento técnico-científico.

6 INTERVENÇÃO

Após os resultados e análise da pesquisa foi realizada uma intervenção educativa, desenvolvida por meio de um estudo quase-experimental, não randomizado, com delineamento tempo-série, baseado no antes e depois da intervenção.

Agrelli et al (2019) relatam que os estudos quase-experimentais e de intervenções, quando focados em compreender o impacto da EIP na prática profissional, acarretam em uma melhoria do trabalho interprofissional e da qualidade na atenção à saúde na população estudada.

A intervenção do tipo quase-experimental com um único grupo é caracterizada como um delineamento tempo-série, em que todos os participantes recebem o mesmo tratamento e sua condição é verificada pré e pós-intervenção, sendo a amostragem não probabilística caracterizada por conveniência. Portanto, não existe um grupo de controle e nem de distribuição aleatória e a comparação dos dados é realizada em um contraste anterior-posterior (pré e pós teste) na medida em que cada sujeito é seu próprio controle em cada uma das operações (POLIT; BECK, 2019).

Salienta-se que a intervenção foi aplicada em uma eSF de forma complementar, de modo a se constituir em mais uma fonte de evidência, para avaliar a implementação de práticas colaborativas na APS.

A decisão pelo desenho da intervenção de natureza quase-experimental em um único grupo prende-se a avaliar os processos interativos que influenciam no desenvolvimento da Colaboração Interprofissional, a partir de uma intervenção educativa, com um caso complexo.

McNair (2005) destaca que o aprender junto, sobre o trabalho em saúde, implica num fazer junto. Ao adotar uma postura de cooperação/colaboração em detrimento à competição e concorrência, os profissionais se tornam aliados e desenvolvem entre si uma relação de respeito mútuo.

Baseado nessa premissa e nos resultados obtidos na presente dissertação, optou-se por realizar uma intervenção em saúde, com os critérios de elegibilidade da equipe: 1) Equipes lotadas em Unidades Básicas de Saúde com a ESF como única estratégia de atuação vigente há pelo menos dois anos; 2) Equipe que atuem na ESF de acordo com o preconizado pelo PNAB/MS (BRASIL, 2017); 3) Médico e enfermeiro atuem como preceptores e que tenham respondido o questionário RIPLS e 4) Residentes inseridos na equipe de eSF

A Unidade Básica de Saúde José Adelino da Silva, localizada na zona leste no município de Porto Velho-RO, foi a eleita para realização da intervenção. Tal unidade é localizada na Zona Leste do município, sendo considerada zona periférica e composta por cinco equipes de eSF, sendo três equipes pelo período matutino e duas no período vespertino. Ao todo, com cobertura da eSF, a unidade tem 25 micro áreas. Ademais, a Unidade básica José Adelino tem 17 áreas sem cobertura por uma eSF.

A equipe participante é composta por oito integrantes, das seguintes categorias profissionais (ACS, Enfermeiro, Médico e Odontólogo), que atuam em conjunto por cinco anos, sendo a ESF a organização do serviço do qual participaram quatro integrantes da equipe (um enfermeiro, dois ACS e um técnico de enfermagem). Junto a equipe participaram ativamente da intervenção dois Residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Rondônia sendo um residente de psicologia e um de enfermagem. Para o planejamento estratégico da intervenção foram desenvolvidos os seguintes passos:

- 1) Aproximação do campo para o primeiro contato com a equipe e imersão;
- 2) A capacitação;
- 3) Busca ativa de caso um complexo;
- 4) Monitoramento;
- 5) Avaliação da intervenção;
- 6) Análise dos dados

Primeiro passo: se deu em dois momentos: aproximação do campo e imersão. O momento da aproximação objetivou a aproximação do pesquisador com o campo em que foram expostos os resultados da pesquisa aos trabalhadores da UBS e a gerência, com a proposição de uma reflexão sobre a interprofissionalidade. Após a sensibilização dos profissionais de saúde que trabalham na unidade foi apresentada a ficha que seria aplicada e realizada uma discussão sobre a atuação da equipe diante de casos complexos e todos os membros puderam expressar seu ponto de vista.

Durante a imersão, momento importante do processo de coleta de dados, o pesquisador (mestrando) acompanhou as atividades desenvolvidas pela eSF estudada na UBS José Adelino por um período total de 2 dias. Nos momentos em que o pesquisador esteve presente na UBS utilizou a observação das atividades realizadas pelos membros da eSF o que foi muito importante na construção do conhecimento empírico. Foi utilizado o diário de campo para registrar pontos importantes no processo de observação sobre o objeto do estudo.

Neste período de imersão houve reflexões importantes sobre a função dos profissionais das eSF à luz da PNAB 2017 na perspectiva de ações para efetivação de práticas colaborativas diante de casos complexos. Neste ínterim, foi discutido com os atores sobre dias e momentos da capacitação em serviço junto aos a eSF.

Todos os dados desta etapa foram realizados através de uma constante análise do ir e vir acompanhando o movimento da investigação, fundamentado na perspectiva problematizadora, essencial em estudos do tipo intervenção. Buscou-se sempre o conhecimento da realidade vivenciada pelos participantes com o objetivo de refletir e tecer questionamentos, no sentido de avaliar as práticas no campo da APS com vistas a possíveis mudanças. Antes da capacitação foi aplicada a ficha apresentada no primeiro contato com os sujeitos que participaram da intervenção.

As observações foram discutidas pensando nas dimensões e indicadores de D'Amour (2008) com foco valores e objetivos da equipe, orientações centradas no paciente, convivência mútua, confiança, ferramentas de formalização, troca de informações, centralidade/direcionamento claro, liderança, suporte para a inovação e conectividade entre os envolvidos.

Nessa perspectiva, ao serem indagados sobre quem atuava na liderança da equipe, 100% dos entrevistados relatam que é o profissional enfermeiro e 100% dizem que existe hierarquia entre os membros da equipe. Strapasson e Medeiros (2009) descrevem que uma das principais competências a ser dominada pelos profissionais de enfermagem é a liderança, devido que esses profissionais devem estar capacitados a assumir posições de liderança no trabalho em equipe.

É importante destacar que a equipe tem uma visão de liderança não colaborativa, pensando em um chefe comum que organiza o processo de trabalho. Para fortalecer a EIP e prática colaborativa na equipe podemos refletir à luz de Peduzzi (2016) em que destaca que é preciso estar atento às resistências, entre elas ao risco de reiterar conceitos e modelos tradicionais de auto-regulação e abordagem biomédica estritos, bem como de atuação profissional isolada e independente em um campo da saúde cada vez mais complexo, interprofissional e interdisciplinar.

Pensando ainda sobre a hierarquia no processo de trabalho, Peduzzi et al (2020) descrevem que a divisão social do trabalho transmuta diferenças técnicas em desigual valor social dos agentes, está presente em um critério que permite diferenciar as equipes integração

e agrupamento como por exemplo: especificidades dos trabalhos especializados *versus* flexibilidade da divisão do trabalho.

Muitas vezes, a falta de reconhecimento do potencial colaborativo e a não identificação com o modelo de cuidado que prioriza a escuta, o acolhimento e o vínculo dificultam o processo de comunicação no trabalho. Isto acaba mantendo as relações de poder entre os próprios profissionais de saúde, com o estabelecimento de hierarquias entre as categorias e também dos profissionais para com os usuários e os familiares, que são vistos como meramente recebedores da assistência (OLIVEIRA, GUIZARDI E DUTRA, 2020).

Quanto ao trabalho em equipe, 50% referem que os objetivos de trabalho são discutidos e avaliados pela equipe e 66,7% percebem entusiasmo, energia e compromisso no trabalho. Uma grande maioria (83,3%) concorda que fazem parte da equipe (veste a camisa da equipe) e 66,7% relatam que há confiança e cooperação entre os profissionais da equipe. Desse modo, o trabalho em equipe se dá pela confiança, comunicação, *feedbacks*, ética e respeito na relação entre os membros, como também, a participação de todos envolvidos e valorização dos diferentes pontos de vista de cada integrante da equipe (ÁVILA et al., 2013). D'Amour (2008) destaca essa dimensão de colaboração interprofissional, como Internalização no indicador Confiança, sendo então destaque na equipe em questão. É importante destacar que para a realização da Educação Interprofissional, os envolvidos precisam acreditar nesse formato de ensino, compartilhando a visão de que o processo de aprendizado é sobre os outros, com os outros e entre si (OLIVEIRA, GUIZARDI E DUTRA, 2020), tendo então este profissional ou estudante que se sentir inserido na equipe para participar ativamente das atividades do grupo em prol do usuário.

No questionário RIPLS, em específico na assertiva de número 18 - *eu me sentiria desconfortável se outros profissionais da área soubessem mais sobre outro tópico que eu* – os preceptores médico e enfermeiros se encontram na zona de perigo em que observamos no grupo da intervenção situações parecidas como por exemplo: 50% dos entrevistados destacam que as tarefas são bem divididas entre os membros da equipe, cada um realizando a parte que lhe foi designado, de forma fragmentada e 66,7% descrevem que compartilham informações, que os objetivos da equipe são em consenso e que há compartilhamento de responsabilidades na equipe.

Este eixo de Formalização, segundo D'Amour (2008), converge para o indicador de Ferramentas de formalização, quer dizer, sistemas de informação que esclarecem e formalizam responsabilidades de membros da equipe, cabendo aqui uma reflexão pensando

no processo de intervenção realizado na equipe pois, segundo Peduzzi et al (2020), o trabalho em equipe interprofissional é uma forma de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e as interações dos múltiplos agentes envolvidos, visto que requer, de um lado, a articulação das ações das diversas áreas profissionais, a partir do reconhecimento da sua interdependência, e de outro a complementaridade entre agir instrumental e agir comunicativo.

Peduzzi et al., (2020) descrevem que as reuniões de equipe e outros espaços de troca formais ou informais também podem ser considerados no âmbito da esfera pública, já que visam à construção de acordos interprofissionais que representam a cogestão dos compromissos políticos sociais assumidos no âmbito do processo de trabalho dos serviços de saúde. Baseado nisso, dos sujeitos entrevistados, 83,3% dizem que na equipe existem reuniões técnicas para discussão de casos complexos, 66,7% referem não conhecer os casos complexos por micro área. Nas reuniões técnicas, 66,7% afirmam que os conflitos são gerenciados adequadamente quando surgem e 83,3% expõem que as reuniões são um espaço social democrático e agradável.

Observa-se que a afirmativa supracitada vai ao encontro da resposta do questionário RIPLS em que a parte majoritária dos preceptores entrevistados referem, na questão 13, que ‘Gostariam de ter oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com profissionais de outras profissões de saúde’, reforçando assim a importância das práticas colaborativas no âmbito da APS, principalmente nas reuniões de equipe e na elaboração de planos de cuidado de casos complexos, quando existem.

Nesta perspectiva, Peduzzi et al., (2020) demonstram a importância do debate em torno da ampliação do escopo de prática das profissões da saúde, de modo que os profissionais de cada área façam tudo que foram formados para fazer e atuem com o conjunto de suas competências.

As equipes que organizam seu processo de trabalho e o cuidado assistencial com base na gestão democrática e no compartilhamento dos saberes entre os diferentes profissionais, população, serviços e setores, conseguem avançar e desenvolver os critérios nas demais dimensões avaliativas de maneira mais fluida (DOLNY et al., 2020).

Cerca de 83,3% descrevem que existe vínculo entre usuário e equipe e 50% relatam que o usuário exerce sua autonomia. Além disto, 66,7% declaram que o interesse e necessidades do usuário são respeitados durante o processo de cuidado. Observa-se que as afirmativas do grupo amostral da intervenção vai ao encontro com o resultado do primeiro

momento da pesquisa em que, no questionário RIPLS nas questões 22 e 23 o profissional gosta de entender o problema na perspectiva do paciente e de estabelecer uma relação de confiança com os pacientes, respectivamente.

Nesta perspectiva, Agreli, Peduzzi e Silva (2016) relatam que na medida que os profissionais centram atenção no usuário e suas necessidades de saúde em todo processo de trabalho, operam, simultaneamente, um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e além de sua própria atuação profissional, que se restringe ao âmbito da profissão e da especialidade. Este deslocamento dirige-se à prática compartilhada com profissionais de outras áreas, podendo ocorrer a prática colaborativa.

A etapa da capacitação foi realizada em um dia e por 5 horas, pelo pesquisador, utilizando o tempo da reunião de equipe que, segundo observado por Dolny et al., (2020), foi o momento mais viável para ocorrer as atividades de qualificação de uma equipe, pois em sua amostra já existia o momento de reunião de equipe destinado para esta finalidade, como ocorreu também na presente pesquisa.

Nesta fase foram abordadas definições como: Caso complexo atribuídos a APS; Genograma; Ecomapa; Diagnóstico ciclo vital e Projeto Terapêutico singular. Neste momento a participação dos residentes de psicologia e enfermagem junto a equipe foi de suma importância pois acrescentaram definições e vivências ocorridas da residência dando mais dinamismo a capacitação.

Posteriormente, foi passado um vídeo da UNA-SUS UFCSPA (2013) – Caso Complexo, Amélia que aborda saúde mental no âmbito da APS. O caso Amélia foi usado como caso disparador para problematização acerca da resolubilidade e governabilidade da APS frente a um caso complexo.

A luz da reflexão acerca do caso apresentado junto com as definições de Casos complexos e ferramentas de saúde da família ocorreram reflexões quanto ao processo de trabalho da equipe.

Uma das reflexões da equipe foi descrita na fala: *“No momento, as reuniões de equipe estão mais espaçadas e alguns combinados estão se perdendo”* e com isso observa-se a importância de a ação educativa ser voltada para as práticas colaborativas, com foco na educação permanente. Sugere-se, que o processo de educação permanente desta equipe abranja também as nuances interativas e interpessoais que influenciam no trabalho interprofissional.

Após a capacitação, quando perguntado sobre como se dá a conduta de casos complexos, 16,7% respondem que o *‘médico e enfermeiro fazem o seguimento’*, 33,3% afirmam não ter discussão, voltados ainda a um pensamento biomédico e não ao usuário, assim como observamos na assertiva 21 *‘Minha principal responsabilidade é tratar meu paciente’* do RIPLS, estando em zona de alerta os preceptores médicos e enfermeiros deste estudo.

Neste momento, os residentes adentraram nas definições do processo saúde e doença e o modelo biomédico de atenção a saúde, para que ocorresse debate sobre a atenção centrada na doença e não no usuário. Lima et al., (2018) destaca que a criação de um estilo de pensamento interprofissional requer, necessariamente, a ampliação da racionalidade biomédica o qual está sendo inserida na equipe, através dos residentes.

Esse entusiasmo dos residentes, ao descrever o modelo biomédico e biopsicossocial vai ao encontro da fala de Peduzzi (2016) que ressalta que construir um grupo de trabalho com entusiasmo pelo desafio de superação do modelo tradicional de educação - uniprofissional e estritamente biomédica, é fundamental, sendo esses um dos destaques da capacitação que demonstra interesse no aprendizado de práticas colaborativas.

Em seguida, foi iniciada a discussão sobre os possíveis casos complexos da área de abrangência e da governabilidade quanto a resolução dos casos. Ainda neste momento a equipe pensa em caso complexo como um usuário um número significativo de comorbidades ou em hipermedicalização.

Uma reflexão da equipe foi quanto ao número de casos complexos existentes na área de abrangência, porém quando indagados ao número total dos casos, residentes e profissionais da equipe não souberam quantificar. Neste momento ocorreu uma retomada das discussões e definições de Caso Complexo e governabilidade da APS frente a esses casos e sobre o modelo biomédico coordenado pelos residentes. Ao fim de 10 minutos de discussão, iniciou-se a Etapa 3 – Busca ativa de um caso complexo.

Foi escolhido um caso complexo da área de comum acordo, ocorrendo em equipe o planejamento da abordagem a família escolhida. A equipe solicitou 15 dias ao mestrando para realizarem o planejamento da abordagem do caso escolhido e neste momento sanaram as dúvidas de alguns conceitos descritos na capacitação.

A equipe planejou uma visita domiciliar multiprofissional para avaliação dos familiares. Após a visita domiciliar realizada pela equipe e residentes de saúde da família adentramos na etapa de Monitoramento (etapa 4), em que foi apresentado o genograma e

ecomapa da família, e diagnóstico de ciclo vital, destacando-se neste momento que 100% da equipe refere que as ferramentas foram de suma importância para entender a complexidade do caso.

Nesta etapa ocorreu um encontro do pesquisador com a equipe para a apresentação do genograma e ecomapa da família e diagnóstico de ciclo vital. Nesta, o mestrando observou um melhor entendimento da equipe quanto as definições de caso complexos, sobre a governabilidade da eSF na APS e a importância da atuação da equipe nestes casos.

O Caso exposto pela equipe teve 5 usuários aqui ditos como (Usuário 1; Usuário 2; Usuário 3; Usuário 4 e Usuário 5).

Durante a discussão do caso, todos os participantes opinaram ativamente (equipe e residentes) acarretando em decisões compartilhadas com destaque as ferramentas de Formalização que neste momento estão mais claras na troca de informações entre os profissionais de equipe e na formalização dos papéis dos profissionais frente ao caso.

Peduzzi et al (2020) descrevem que a ‘colaboração’ caracteriza-se como forma mais flexível de trabalho interprofissional, com níveis menores de compartilhamento, clareza de papéis e interdependência das ações, e a necessidade de lidar com situações de atendimento um pouco menos imprevisíveis e com menor urgência e complexidade. Na equipe em que ocorre a intervenção essa colaboração passa a ter maior compartilhamento com objetivos claros e centrado no usuário.

Na reunião a equipe optou-se por iniciar a abordagem por um dos elementos da família, a Usuário A. Esta, foi incluída nos atendimentos de enfermagem para início do pré-natal com a enfermeiro residente. Essa opção de atendimento clínico-ambulatorial foi considerada pela equipe a mais efetiva devido ao atual momento de isolamento restritivo em que o estado passa, decorrente da COVID 19 (RONDÔNIA, 2020) em que não é possível a realização de grupos operativos na unidade. Também foi discutido vistas domiciliares dos ACS à residência para avaliação do cartão vacinal dos Usuários D e C, o qual no prontuário de família não constavam atendimento destes.

O usuário E seria incluído no programa de tabagismo, se assim aceitasse, por meio de convite e intervenções da residente de psicologia junto a equipe e após avaliação e busca ativa o início do Plano Terapêutico Singular (PTS) de cada membro da família.

Quanto a Etapa 5 - Avaliação da intervenção, observou-se que o conhecimento das ferramentas da abordagem familiar ampliaram a compreensão da equipe e auxiliaram na elaboração de intervenções familiares e planejamento da equipe, acerca dos casos complexos

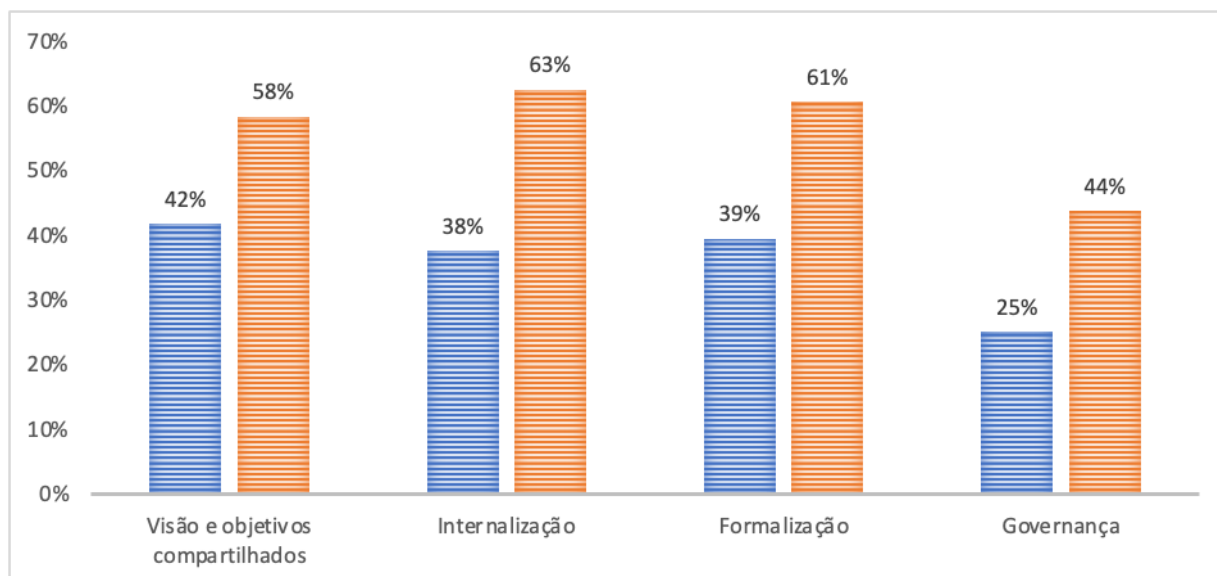
da sua unidade. Percebeu-se também uma maior participação de todos os membros da equipe no processo e, pensando nas dimensões e indicadores da colaboração interprofissional de D'Amour (2008), verificou-se a Dimensão de Formalização nos indicadores Ferramentas de Formalização em que os acordos e regras agora são bem expostos além de oficializar responsabilidades dos membros da equipe. Também foi observado na mesma dimensão, o indicador “Troca de Informação”, quer dizer, a reunião da equipe é uma boa ferramenta que permite coleta e troca de informações entre os profissionais da equipe.

Para avaliação e análise dos dados (etapa 6), as 26 perguntas do pré e pós testes foram divididas dentro das dimensões e indicadores da colaboração interprofissional de D'Amour (2008) em: 4 perguntas envolvendo a dimensão ‘Visão e Objetivos compartilhados’; 4 ‘Internalização’; 12 ‘Formalização’ e 6 ‘Governança’. Após, foram calculados o número de respostas negativas e positivas dos participantes para cada eixo e por fim expostos no gráfico 1.

Vale salientar que o pós-teste foi realizado via GoogleForms decorrente a reorganização da AB frente a pandemia Covid 19 (RONDONIA, 2020) em que as unidades de saúde iniciaram atendimento para sintomáticos respiratórios agendados pelo Call Center do município de Porto Velho. Diante deste fato, não há mais reuniões de equipe para planejamento e discussões de caso, pelo menos momentaneamente.

No gráfico 1 observa-se um número majoritário quanto as respostas positivas em todos as dimensões de colaboração interprofissional de D'Amour (2008) com destaque as dimensões de internalização com 63% de respostas positivas dando destaque ao indicador de Colaboração e confiança mútua entre os membros da equipe e da formalização, com 61% de afirmativas positivas, dando destaque Troca de informações mais efetiva quando ao caso complexo e Ferramentas de formalização mais claras utilizadas durante a reunião de equipe.

Gráfico 1- Número de respostas positivas (laranja) e negativa (azul) dos entrevistados com dentro das dimensões e indicadores da colaboração interprofissional de D'Amour (2008) na ação educativa realizada em Porto Velho, Rondônia, 2021



Fonte: Os autores, 2020.

A implementação da intervenção proporcionou uma reflexão da equipe no controle dos casos complexos que estão em suas áreas de abrangência. Ao estimular a autonomia e discussão da equipe, observou-se que a intervenção contribuiu de forma significativa para reflexão do processo de trabalho envolvendo todos os profissionais, em uma perspectiva de possibilidades de se instituir práticas colaborativas no trabalho da equipe de saúde da família.

Uma das limitações foi a participação de todos os membros da equipe e dos residentes inseridos na eSF, como médicos, odontólogos e residentes de farmácia e educação física. Ouve dificuldade em conseguir que todos da equipe participassem uma vez que os profissionais que não participariam da intervenção não demonstraram interesse em preencher o questionário nas etapas pré e pós-teste.

Embora apresente limitações, este trabalho é relevante para compreensão de quais características da PIC são capazes de produzir efeito positivo quando a equipe esta envolvida na resolução de um caso complexo na APS e por consequência na melhoria do trabalho em equipe.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permite observar, através das respostas e análises das assertivas do RIPLIS, que a amostra estudada reflete o que literatura descreve quanto a educação interprofissional e práticas colaborativas, permanecendo uma postura de competição e concorrência mais frequentes do que atributos de cooperação/colaboração, relações de confiança, respeito e comunicação eficaz.

Destaca-se no estudo a necessidade de reflexões e intervenções voltadas para toda a equipe, com destaque na governança e visão e objetivos compartilhados para que ocorra uma diminuição nos obstáculos que dificultam a relação interpessoal e por consequência as práticas colaborativas.

Considerando esse contexto, a estratégia educacional utilizando a discussão de Casos Complexos como alternativas para favorecer as práticas colaborativas, mostrou-se eficaz na amostra da intervenção, potencializando assim o trabalho colaborativo e por consequência as dimensões e indicadores da colaboração interprofissional.

Sugere-se, ainda, que sejam pensados e estruturados protocolos para discussão de casos complexos, de forma a garantir a sistematização e a formalização das ações compartilhadas de cuidado e planejamento nas eSF da cidade de Porto Velho pois a partir da amostra estudada observamos que a sistematização e uso de ferramentas como genograma, ecomapa e diagnóstico de ciclo vital foram eficazes em momentos que envolvam de torcas de informação e ferramentas de formalização, potencializando assim a PIC na equipe.

Embasado nessa premissa, faz-se necessário ações de educação permanente que demonstrem a importância do trabalho em equipe e apresente ao grupo estudado, ferramentas que estimulem um trabalho em equipe fazendo com que os profissionais reflitam e iniciam um novo modo de pensar na abordagem do usuário voltadas às necessidades de saúde para a consolidação dos atributos da APS e dos princípios do SUS

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface** (Botucatu), v. 18, n. 49, p.313-324, 2014.

AGRELI, H.F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M.C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface, Com. Saúde, Educação**, Botucatu, v.20, n.59, p.905-16, 2016.

AGUIAR, R.B.P.M. **Interdisciplinaridade e prática Colaborativa na percepção de preceptores de um programa de residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia**. 2018. 102 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde, Centro Universitário Christus, Fortaleza, 2012

ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2, n. 1,2, p. 5-20, 1997.

AMADO, E. **Educação interprofissional e prática colaborativa em terapia intensiva: perspectiva dos profissionais da saúde**. 73 fls, 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde. Maceió, 2016.

ANASTASIOU, L. G. C. **Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. 5. ed. Joinville: Univille, 2005.

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M.. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Natal, v. 12, n. 2, p.455-465, 2007.

ARRUDA GMMS, BARRETO ICHC, RIBEIRO KG, FROTA AC. The development of interprofessional collaboration in different contexts of multidisciplinary residency in Family Health. **Interface** (Botucatu). 2018; 22(Supl.1):1309-23.

AGRELI, Heloíse Fernandes et al . Effect of interprofessional education on teamwork and on knowledge of chronic conditions management. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 27, e3203, 2019 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100384&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Jan. 2021. Epub Oct 28, 2019. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3095.3203>.

AGRELI HF, PEDUZZI M, SILVA MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. **Interface** (Botucatu). 2016; 20(59):905-16.

ARRUDA GMMS, BARRETO ICHC, RIBEIRO KG, FROTA AC. The development of interprofessional collaboration in different contexts of multidisciplinary residency in Family Health. **Interface** (Botucatu). 2018; 22(Supl.1):1309-23.

BAGNATO, M.H.S.; RODRIGUES, R.M.. Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 5, p.507-512, 2007.

BARR, H. Interprofessional education today, yesterday and tomorrow: a review. London, UK: Higher education academy, health sciences and practice network, 2005. 47p. Disponível em: http://www.unmc.edu/bhecn/_documents/ipe-today-yesterday-tmmw-barr.pdf Acesso em: 27 maç. 2020.

BARR, H.; LOW, W. **Introducing interprofessional education**. United Kington: Center for the advancement of interprofessional education (CAIPE), England, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3 de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Medicina e dá outras providências. Publicação no **Diário Oficial da União** nº117, de 23/06/14. Seção 01, pág. 08/11.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990

BREHMER, L.C. de F.; RAMOS, F.R.S. Integração ensino-serviço: implicações e papéis em vivências de Cursos de Graduação em Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 48, p. 119-126, 2014.

BROADBENT, M.; MOXHAM, L.; SANDER, T.; WALKER, S.; DWYER, T. Supporting bachelor of nursing students within the clinical environment: Perspectives of preceptors. *Nurse Educ Pract* [Internet]. Elsevier Ltd, v.14, n.4, p.403–9, 2014.

BRUNO, L.F.C. **Gestão da Qualidade**. Apostilas do curso de Engenharia de Produção da Faculdade de Tecnologia da Universidade Federal do Amazonas, Manaus-AM, 2001.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.219-230, 2000.

CARTER, B.L.; BOSWORTH, H.B.; GREEN, B.B. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse, and teamwork in hypertension therapy. **The Journal of Clinical Hypertension**. v.14, n.1, p.51-65, Nov, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3257828/> Acesso em 18 de Março de 2019.

CECCIM, R.B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação, **Interface, Com. Saúde, Educação**. Botucatu, v.22, n. Supl. 2, p.739-49, 2018.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE RONDÔNIA. **Escolas Médicas**. 2020. Disponível em: http://www.cremero.org.br/index.php?escolas_medicasNome=&escolas_medicasTipo=&escolas_medicasUF=RO&buscaEfetuada=true&option=com_escolas_medicas&Itemid=49. Acesso em: 30 mar. 2020.

COSTA, M. V. da. **A Educação Interprofissional como abordagem para a Reorientação da Formação Profissional em Saúde**. 150 fls, 2014. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Natal – RN, 2014.

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

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

D'AMOUR, D. **Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec**. 434 fls, 1997. Tese (Doutorado). Université de Montreal, Canadá, Montreal, 1997.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 19, supl. 1, p. 8-20, 2005.

D'AMOUR D, GOULET L, LABADIE JF, MARTIN-RODRIGUEZ LS, PINEAULT R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC Health Serv Res** [Internet]. 2008 [citado 30 Out 2014]; 8:188. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/188>

DONLY, L.L. et al Educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de saúde da família (ESF) Braz. J. Hea. Rev., Curitiba, v. 3, n. 1, p.15-38 jan./feb. 2020. ISSN 2595-6825

FREIRE FILHO, J.R.; SILVA, C.B.G. Educação e prática interprofissional no sus: o que se tem e o que está previsto na política nacional de saúde. In: TOASSI, R.F.C (Org). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** [recurso eletrônico], Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia** - saberes necessários a prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FURTADO, J.P. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. **Cad Bras Saude Mental**, Florianópolis, v.1, n.1, p.1-11, 2009.

HENDERSON, A.; EATON, E. Assisting nurses to facilitate student and new graduate learning in practice settings: What 'support' do nurses at the bedside need? **Nurse Education In Practice**, [s.l.], v. 13, n. 3, p.197-201, maio 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2012.09.005>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Canais: Cidades:** Porto Velho. População. 2017 Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/ro/porto-velho/panorama>.

Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in the postgraduate context: are health care

KNUPP, D. Residência de Medicina de Família e Comunidade. In: GUSSO, G.; LOPES, J.M.C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade:** princípios, formação e prática. 2. Ed. Porto Alegre: ArtMed, 2018.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Arch Psychol.** n.140, p. 1-55, 1932.

LIMA, P.A. de B.L.; ROZENDO, C.A. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. **Interface** (Botucatu), v. 19, supl 1, p. 779-791, 2015.

MACHADO, M. H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: MACHADO, M. H. (org.) **Profissões de saúde:** uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

MORIN, E. **Educação e complexidade:** os sete saberes e outros ensaios. São Paulo: Cortez, 2005.

OLIVEIRA, A.T.P.; GUIZARDI, F.L.; DUTRA, E.B. DESAFIOS DA COLABORAÇÃO NO TRABALHO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE (in)., Guizardi, Francini Lube (org.). Em Mar Aberto: Colaboração e Mediações Tecnológicas na Educação Permanente em Saúde / Organizadores: Francini Lube Guizardi, Evelyn de Britto Dutra e Maria Fabiana Damásio Passos. – 1. ed. -- Porto Alegre : Rede Unida, 2020.

OLIVEIRA, B.M.F.; DAHER, D.V. A prática educativa do enfermeiro preceptor no processo de formação: o ensinar e o cuidar como participantes do mesmo processo. **Rev. Docência Ens. Sup/UFMG**, Belo Horizonte-MG, v.6, n.1, p.113-138, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: WHO, 2010. Disponível em: http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf. Acesso em: 17 abr 2019.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. The Lancet, London, maio 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>> Acesso em 30 de Março de 2020

PARSELL G, BLIGH J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). **Medical education**, v. 33, n. 2, p. 95-100, 1999.

PEDUZZI M, NORMAN I, COSTER S, MEIRELES E. Cross-cultural adaptation of the Readiness for Interprofessional Learning Scale in Brazil. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. SPE2, p. 7-15, 2015.

PEDUZZI, M. Educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: TOASSI, R.F.C (Org). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** [recurso eletrônico], Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

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

PEDUZZI, Marina et al . TRABALHO EM EQUIPE: UMA REVISITA AO CONCEITO E A SEUS DESDOBRAMENTOS NO TRABALHO INTERPROFISSIONAL. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 18, supl. 1, e0024678, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000400401&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Jan. 2021. Epub Mar 16, 2020. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.

Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface* (Botucatu). 2016; 20(59):905-16.

PEREIRA, I.D.F; LAGES I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis?. Curriculum guidelines for training healthcare professionals: skills or praxis? *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v v. 11 n. 2, p. 319-338, maio/ago. 2013.
professionals ready for IPL? *Med. Educ.* v.40, n.5, p.415–22, 2006.

REEVES, S. et al. **Interprofessional education**: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane database of systematic reviews*. Issue 3, 2013.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface** (Botucatu), v.20, n.56, p.185-96, 2016.

REID, R; BRUCE, D.; ALLSTAFF, K.; MCLERNON, D. Validating the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in the postgraduate context: are health care professionals ready for IPL?. *Med. Edu.* V.40, n5, p. 412-422, 2006.

RIBEIRO, V.M.B. O porquê e o para quê de um seminário sobre formação pedagógica de preceptores. (Org.). **Formação pedagógica para preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: UFJF; 2011.

ROCHA, H.C. **Avaliação da prática de preceptoria após formação pedagógica**. 2012. 104f. Dissertação (mestrado) – UFRJ / Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Saúde, Rio de Janeiro, 2012.

RODRIGUES, C. D. **Competências para a preceptoria**: construção no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, 2012. 2012. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.

RODRIGUES, J. R. S. **Educação interprofissional em um hospital de trauma**: perspectivas dos profissionais do NEP em saúde e seus colaboradores. 2018. 72f. Dissertação (mestrado profissional em ensino na Saúde – Faculdade de Medicina, Programa de pós-graduação em ensino na Saúde, Universidade federal de Alagoas, Maceió, 2018

ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v. 18, n. 1, p 87-98, 2004.

PORTO VELHO. Secretaria Municipal de Saúde – SEMUSA. Plano Municipal de saúde de Porto Velho 2018-2021. Porto Velho - RO. 2017. 115p

SILVA, L. A.; CASOTTI, C. A.; CHAVES, S. C. L. A produção científica brasileira sobre a Estratégia Saúde da Família e a mudança no modelo de atenção. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, P. 221- 32, jan. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/23.pdf> Acesso em: 24 jun 2017.

SILVA, R.; SCAPIN, L.; BATISTA, N. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação: revista de avaliação da educação superior**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 165-184, mar. 2011.

SOUZA, A. **Formação Profissional em Saúde na Perspectiva do Trabalho em Equipe e da Integralidade no Cuidado: Percepção do Estudante**, São Paulo, 2014. 97f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde). Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014

TEMPSKI, P.Z.; MARTINS, M. de A. Modelos teóricos do processo ensinoaprendizagem aplicados às estratégias educacionais de simulação. In: SCALABRINI NETO, A.; FONSECA, A.; BRANDÃO, C.F. S (Org). **Simulação realística e habilidades na saúde**. São Paulo: Atheneu, 2017. p.1-10.

THIESEN, J. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista brasileira de educação**, Belo Horizonte, v. 13, n. 39, p. 545-554, dez. 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Odontologia. **Plano de Ensino do Estágio Curricular Supervisionado I da Odontologia**. Porto Alegre, 2014.

VERGARA, S. C. **Projetos e Relatório de Pesquisa em Administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Pós-Informação

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME DO PARTICIPANTE: _____

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: _____ SEXO: (M)(F)

DATA NASCIMENTO: ____/____/____

ENDEREÇO: _____ Nº: _____ COMPLEMENTO: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____

CEP: _____ TELEFONE: _____ DDD (____)

II - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “INTERPROFISSIONALIDADE E PRÁTICA COLABORATIVA NA PERCEPÇÃO DOS PRECEPTORES MÉDICOS E ENFERMEIROS DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO-RO”

Eu discuti com o a doutora Katia Fernanda Alves Moreira, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo como: Analisar a percepção dos preceptores e alunos sobre a EIP em PIC. Autorizo a publicação científica dos dados coletados. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Porto Velho, ____ de _____ de 2019.

Assinatura por extenso do sujeito da pesquisa
ou responsável legal

Assinatura e carimbo do pesquisador

I - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICA COLABORATIVA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE PORTO VELHO, RONDÔNIA

2. PESQUISADOR: Katia Fernanda Alves Moreira

CARGO/FUNÇÃO: Docente e Pesquisador.

UNIDADE: Universidade Federal de Rondônia

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO (X)

RISCO MÉDIO

RISCO MAIOR

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 12 MESES.

IV - REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL SOBRE A PESQUISA, CONSIGNANDO:**1. Objetivos da pesquisa.**

Analisar a percepção dos docentes/preceptores e alunos sobre a EIP em um estágio na Unidade de Saúde da família Osvaldo Piana, como estratégia para o desenvolvimento de práticas (competências) colaborativas na área da saúde. **2. Procedimentos que serão utilizados e propósitos, incluindo a identificação dos procedimentos que são experimentais.**

Será um estudo descritivo o qual utilizara o preenchimento de um questionário previamente validado no Brasil.

3. Desconfortos e riscos esperados.

Mínimo. Os participantes podem se sentir contrangidos e se negarem a preencher o questionário.

4. Benefícios que poderão ser obtidos.

Tem-se a necessidade do fortalecimento de pesquisas que demonstrem a importância do trabalho em equipe na educação interprofissional para a formação dos profissionais em saúde. Ressaltamos que o debate sobre EIP é recente na realidade brasileira, desta forma, este estudo se torna oportuno e valioso, para enfrentar o desafio de formar sujeitos envolvidos com complexas e dinâmicas necessidades sociais e de saúde em um contexto da produção do cuidado, que exige o desenvolvimento de práticas e competências para o trabalho colaborativo. Bem como, inserir a discussão desta temática, para aperfeiçoar os esforços atuais, em torno da reorientação da formação profissional em saúde (CAMARA, 2015).

5. Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo. (preencher se houver)

Não se aplica.

V - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência.

3. salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.
4. disponibilidade de assistência , por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa.
5. viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

VI - INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA, PARA CONTATO EM CASO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E REAÇÕES ADVERSAS.

Katia Fernanda Alves Moreira - Av. Amazonas, 6030, casa 191 – Tiradentes CEP: 76.824-536.
Telefone: (69) 8421-4440. Email.: katiaunir@gmail.com

Arlindo Gonzaga Branco Júnior – Rua Antonio Fraga Moreira, 3674, Bairro Tancredo Neves,
Porto Velho-RO - Telefone: (69) 9 8150-6623. E-mail: gonzaga.arlindo@gmail.com

VII - OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

Em caso de dúvida a esse documento, entrar em contato com o Comitê de Ética da Universidade Federal de Rondônia.

APÊNDICE B - Questionário utilizado na pesquisa
Identificação e Dados Gerais

1 Idade: _____

2 Sexo

Masculino Feminino

3 Ano de Conclusão da Graduação: _____

4 Tipo de Instituição onde formou

Pública

Privada ou Filantrópica

Tem ?

PósGraduação

Especialização Lato Sensu

Residência em Saúde

Mestrado

Doutorado

Pós-Doutorado

6 Ano de Conclusão (da titulação mais recente): _____

7 Se residência, Qual?

8 Nome da Unidade que trabalha: _____

9 Quanto tempo atua neste serviço?

1 < 1 ano

2 Entre 1 – 4 anos

3 Entre 5 – 9 anos

4 Entre 10 – 15 anos

5 > 16 anos

10 Você tem alguma carga horária específica para as atividades de preceptoría dentro da carga horária semanal de trabalho?

Sim Não

11 Em caso de resposta afirmativa, quantas horas semanais? (se não, colocar 00)

12 Você recebe alguma bolsa incentivo ou função gratificada devido à função de preceptor?

Sim Não

13 Em caso de resposta afirmativa, qual? (se não, colocar 00)

14 Esta foi sua primeira experiência como preceptor no internato?

Sim Não

14 Se não, marcar em que tipo de ensino exerceu a preceptoría na APS

Sim Não

15 Por quanto tempo você foi ou é preceptor na APS

1 < 1 ano

2 Entre 1 – 4 anos

3 Entre 5 – 9 anos

4 > 10 anos

16 Você já realizou cursos/capacitações que tiveram como tema a área de ensino (formação pedagógica)?

Sim Não

17 Em caso afirmativo, cite os cursos de capacitações já realizados (se não colocar 00)

18 Você sente necessidade de realizar cursos de formação ou de atualização para preceptores?

Sim Não

19 Caso lhe fosse ofertado um curso para preceptores, qual seria a modalidade mais adequada à sua rotina?

Presencial EaD Presencial + EaD

20 Você está satisfeito em desempenhar as atividades de Preceptoría junto aos internos?

Sim Não Parcialmente satisfeito

21 Durante sua graduação foram trabalhadas questões pedagógicas como modelos educacionais, metodologias ativas, métodos avaliativos?

Sim Não

22 Você se sente suficientemente preparado (com conhecimentos pertinentes a sua área de atuação na APS) para fins de desempenhar suas atribuições?

Sim Parcialmente preparado Não

23 Você tem conhecimentos sobre processos de avaliação da aprendizagem (ex: avaliação por competência)?

Sim Não

24 Você tem conhecimentos sobre técnicas de ensino no contexto da prática?

Sim Não

25 Você consegue realizar juntos ao interno, a problematização dos conhecimentos científicos na prática?

Sim Não

26 Você considera importante para sua atuação, realizar um curso sobre a fundamentação pedagógica voltada para a prática da preceptoría?

Sim Não

27 A concomitância das atividades de assistência e de ensino é um fator de dificuldade para você?

Sim Não

28 Você conhece o PPC do curso no qual o acadêmico ou residente está vinculado?

Sim Não

29 É possível conciliar suas atividades assistências com a preceptoría?

Sim Não

30 Você tem uma boa relação com os acadêmicos de graduação e/ou residentes?

Sim Não

31 Você tem conhecimento sobre metodologia da pesquisa?

Sim Não

32 Você se sente seguro para desempenhar suas atribuições de preceptoría

Sim Parcialmente seguro Não

33 Você conhece as responsabilidades/atribuições que tem como preceptor?

Sim

ANEXO A – Questionário RIPLS
DIMENSÃO 1. TRABALHO EM EQUIPE E COLABORAÇÃO

Nº	Afirmações	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
1	A aprendizagem junto com outros profissionais ajudou a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde.	5	4	3	2	1
2	Em última análise os pacientes seriam beneficiados se profissionais da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes.	5	4	3	2	1
3	Aprendizagem compartilhada com outros profissionais da área da saúde aumentou minha capacidade de compreender problemas clínicos.	5	4	3	2	1
4	A aprendizagem junto com outros profissionais da área da saúde durante a graduação melhora os relacionamentos após a graduação.	5	4	3	2	1
5	Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros profissionais da área da saúde.	5	4	3	2	1
6	A aprendizagem compartilhada me ajudou a pensar positivamente sobre outros profissionais.	5	4	3	2	1
7	Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os profissionais precisam confiar e respeitar uns aos outros.	5	4	3	2	1
8	Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os profissionais da área da saúde.	5	4	3	2	1
9	A aprendizagem compartilhada me ajudou a compreender minhas próprias limitações.	5	4	3	2	1
10	Considerando minha graduação, não desperdiçaria meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.	1	2	3	4	5
11	Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com profissionais do meu próprio curso.	1	2	3	4	5
12	A aprendizagem compartilhada com profissionais de outras profissões da saúde ajudou a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais.	5	4	3	2	1
13	Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com profissionais de outras profissões da saúde.	5	4	3	2	1
14	A aprendizagem compartilhada ajudou a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.	5	4	3	2	1
15	A aprendizagem compartilhada durante a graduação contribuiu para tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe.	5	4	3	2	1

DIMENSÃO 2. IDENTIDADE PROFISSIONAL

Afirmações	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos.	1	2	3	4	5
Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que profissionais de outras profissões da saúde.	1	2	3	4	5
Eu me sentiria desconfortável se outros profissionais da área da saúde soubessem mais sobre um tópico do que eu.	1	2	3	4	5
Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional.	1	2	3	4	5
Chegar a um diagnóstico é a principal função do meu papel profissional.	1	2	3	4	5
Minha principal responsabilidade como profissional é tratar meu paciente.	1	2	3	4	5

DIMENSÃO 3. ATENÇÃO CENTRADA NO PACIENTE

Nº	Afirmações	Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
22	Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente.	5	4	3	2	1
23	Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim.	5	4	3	2	1
24	Procuro transmitir compaixão aos meus pacientes.	5	4	3	2	1
25	Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto.	5	4	3	2	1
26	Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes.	5	4	3	2	1

QUESTÕES – INTERVENÇÃO

1. Caracterização da Equipe e do Serviço

- N° de componentes da equipe: _____
- N° de categorias profissionais: _____
- Tempo de atuação conjunta: _____
- Tipo de alunos (internato/residente): _____
- Organização dos serviços onde os alunos estão inseridos (n° de equipes, composição das equipes, divisão de responsabilidade sanitária): _____
-

2. Colaboração Interprofissional – antes da interação

Os objetivos de trabalho são discutidos e avaliados pela equipe?

() Sim () Não

Percebe entusiasmo, energia e compromisso no trabalho em equipe?

() Sim () Não

Sente-se parte desta equipe (veste a camisa da equipe)?

() Sim () Não

Há confiança e cooperação entre os profissionais?

() Sim () Não

Há abertura para se repensar processos de trabalho e inovar?

() Sim () Não

As tarefas estão bem divididas e organizadas entre os membros da equipe?

() Sim () Não

Os membros da equipe compartilham informação e conhecimento?

() Sim () Não

Os objetivos da equipe são comuns?

() Sim () Não

Na equipe existe compartilhamento de práticas e conhecimentos?

() Sim () Não

Na equipe há compartilhamento de responsabilidades?

() Sim () Não

Existem reuniões técnicas para discussão de casos complexos?

() Sim () Não

Conhecem os casos complexos por microárea?

() Sim () Não

Existem reuniões técnicas para programação das atividades semanal?

() Sim () Não

Nas reuniões, são gerenciados conflitos quando surgem?

() Sim () Não

As reuniões são um espaço social democrático e agradável?

() Sim () Não

Sua motivação e de seus colegas para o trabalho na equipe são satisfatórios?

() Sim () Não

As normas e protocolos são seguidos por todos?

() Sim () Não

Há discussão de casos clínicos, educação permanente?

() Sim () Não

O sistema de informação atende a necessidade da equipa de forma eficaz?

Sim Não

A estrutura, recursos e insumos para o trabalho estão adequados?

Sim Não

Existe vínculo da equipe com os usuários do território?

Sim Não

Os usuários exercem sua autonomia, ou seja, tomam decisão quanto ao tratamento proposto?

Sim Não

Seus interesses e necessidades são respeitados no processo de cuidado?

Sim Não

A liderança da equipe é geralmente de qual profissional?

Sim Não

Existe hierarquia entre os membros das equipes e/ou da UBS?

Sim Não

As relações com os profissionais da UBS são satisfatórias?

Sim Não

A comunicação é eficaz na equipe?

Sim Não

Discursivas

O processo de trabalho da equipe facilita ou dificulta o a integração dos profissionais?

Como se dá a conduta dos casos complexos da sua equipe?

Como você acha que pode melhorar o trabalho da equipa de saúde?

ANEXO B - Aprovação comitê de Ética - UNIR

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação interprofissional e prática colaborativa entre profissionais da Atenção Primária à Saúde em Rondônia.

Pesquisador: Kátia Fernanda Alves Moreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20677519.4.0000.5300

Instituição Proponente: Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO RONDONIA DE AMPARO AO DESENVOLVIMENTO DAS ACOES CIENTIFICAS E TECNOLOGICAS E A PESQUISA DO ESTADO DE RONDONIA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.605.943

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa financiado pela Fundação Rondônia de Amparo ao Desenvolvimento das Ações Científicas e Tecnológicas e à Pesquisa do Estado de Rondônia - FAPEROR, da Profª Drª Kátia Fernanda Alves Moreira do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia - UNIR - Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva - CEPESCO, intitulado Educação interprofissional e prática colaborativa entre profissionais da Atenção Primária à Saúde em Rondônia. A proposta do presente projeto é investigar o uso da educação Interprofissional e a prática colaborativa em equipe de saúde da família. A pesquisa será desenvolvida com profissionais de saúde que participarão do programa de Planificação desenvolvido pela SESAU em Ji-Paraná, Cacoal e Vilhena. Já em Porto Velho participarão os profissionais das unidades em que a UNIR faz seus estágios. Conforme emenda de justificativa a coleta esta prevista para iniciar em outubro de 2020.

Objetivo da Pesquisa:

Investigar o uso da educação Interprofissional e da prática colaborativa entre os profissionais das unidades básicas de saúde em Porto Velho, Ji-Paraná, Cacoal e Vilhena.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Coloca que os riscos são mínimos, talvez ocorra desconforto em alguns entrevistados ao

Endereço: Campus José Ribeiro Filho - BR 364, Km 9,5, sentido Acre, Bloco de departamentos, sala 216-2C
Bairro: Zona Rural **CEP:** 76.801-059
UF: RO **Município:** PORTO VELHO
Telefone: (69)2182-2116 **Fax:** (69)2182-2110 **E-mail:** cep@unir.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



Continuação do Parecer: 3.605.943

responderem os questionários.

Benefícios:

Os resultados do estudo contribuirão de forma inédita na produção de conhecimento na área temática Ensino e formação em Saúde nesta região, particularmente em Porto Velho. Também se pretende criar um Banco de Dados no Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva – CEPESCO –do Departamento de Enfermagem/UNIR as necessidades de formação/qualificação dos profissionais nos municípios. Com isto, pretende-se

contribuir para a formação e capacitação de recursos humanos que trabalham nas IES, na APS, na Gestão dos serviços e sistemas, principalmente no que se refere à capacitação teórico-metodológica do ensino e da formação em saúde. Os alunos de Iniciação Científica (IC/UNIR), de Especialização e Mestrado se integrarão às pesquisas durante a investigação. Objetiva-se, assim, por um lado, despertar o interesse nesta área dos alunos-pesquisadores. Outro resultado almejado é a formação de recursos humanos que possam entender e identificar de forma clara e precisa os

principais fatores e processos envolvidos na EIP e utilização de estratégia da Educação Permanente em Saúde (EPS) no sentido de consolidar os pontos fortes e desenvolver os pontos frágeis apontados. Espera-se que esse projeto produza resultados efetivos que corroborem para o crescimento científico dos alunos da graduação (bolsista de iniciação científica), da pós-graduação (mestrado) e do CEPESCO. Que os resultados encontrados venham oferecer respostas as necessidades mais preeminentes para a formação em saúde e o EIP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Permite análise adequada das questões éticas, e está devidamente instruído.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos devidamente instruídos de acordo com as resoluções vigentes 466/12 e 510/16 CNS.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Recomendo a Aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

PROTOCOLO APROVADO

1.De acordo com o item X.1.3.b, da Resolução CNS n. 466/12, o pesquisador deverá apresentar

Endereço: Campus José Ribeiro Filho - BR 364, Km 9,5, sentido Acre, Bloco de departamentos, sala 216-2C
Bairro: Zona Rural **CEP:** 76.801-059
UF: RO **Município:** PORTO VELHO
Telefone: (69)2182-2116 **Fax:** (69)2182-2110 **E-mail:** cep@unir.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



Continuação do Parecer: 3.605.943

relatórios semestrais - a contar da data de aprovação do protocolo - que permitam ao CEP acompanhar o desenvolvimento do projeto. Esses relatórios devem conter as informações detalhadas - naqueles itens aplicáveis - nos moldes do relatório final contido no Ofício Circular n. 062/2011: conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.htm, bem como deve haver menção ao período a que se referem. Para cada relatório, deve haver uma notificação separada. As informações contidas no relatório devem ater-se ao período correspondente e não a todo o período da pesquisa até aquele momento.

2. Eventuais emendas (modificações) ao protocolo devem ser apresentadas de forma clara e sucinta, identificando-se, por cor, negrito ou sublinhado, a parte do documento a ser modificada, isto é, além de apresentar o resumo das alterações, juntamente com a justificativa, é necessário destacá-las no decorrer do texto (item 2.2.H.1, da Norma Operacional CNS nº 001 de 2013).

Todos os projetos submetidos ao CEP/NUSAU/UNIR são avaliados com base na Resolução 466/12, Resolução 510/16 (quando pertinente) e nas Normas Operacionais emanadas da CONEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1431542.pdf	13/09/2019 00:21:27		Aceito
Outros	Questionariointerprofissional.pdf	13/09/2019 00:19:29	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito
Outros	Justificativadeementaalteracaoetapa.pdf	13/09/2019 00:00:22	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1431542.pdf	11/09/2019 23:28:05		Aceito
Declaração do Patrocinador	ParecerInterprofissional.pdf	11/09/2019 23:26:17	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoInterprof.pdf	11/09/2019 23:25:42	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito
Outros	PropostaTrabalhoInterprofissional.pdf	08/09/2019 21:35:09	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaTermoAutorizacaoEducacaoInterprofissional.pdf	08/09/2019 21:33:46	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEINTERPROFISSIONALIDADE.pdf	08/09/2019 21:32:52	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto.pdf	08/09/2019 21:32:25	Kátia Fernanda Alves Moreira	Aceito

Endereço: Campus José Ribeiro Filho - BR 364, Km 9,5, sentido Acre, Bloco de departamentos, sala 216-2C

Bairro: Zona Rural **CEP:** 76.801-059

UF: RO **Município:** PORTO VELHO

Telefone: (69)2182-2116 **Fax:** (69)2182-2110 **E-mail:** cep@unir.br