



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA

NÚCLEO DE SAÚDE - NUSAU

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Camila Pardo Dala Riva

Educação interprofissional:

Práticas Colaborativas e Interprofissionais dos preceptores de enfermagem, odontologia e medicina em um município no Norte do Brasil

Porto Velho

2021

Camila Pardo Dala Riva

Educação Interprofissional:

Práticas Colaborativas e Interprofissionais dos preceptores de enfermagem,
odontologia e medicina em um município no Norte do Brasil

Dissertação apresentada à Fundação
Universidade Federal de Rondônia – UNIR,
em cumprimento dos requisitos necessários
para defesa e obtenção do título de Mestre em
Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Katia Fernanda Alves
Moreira

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Educação e Saúde.

Porto Velho
2021

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

R616p Riva, Camila Dala.

Práticas Colaborativas e Interprofissionais dos preceptores de enfermagem, odontologia e medicina em um município no Norte do Brasil / Camila Dala Riva. -- Porto Velho, RO, 2021.

75 f. : il.

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

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

1. Interprofissionalidade. 2. Formação em Saúde. 3. Preceptoria. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Moreira, Kátia Fernanda Alves. II. Título.

CDU 614.252:378

Bibliotecário(a) Luã Silva Mendonça

CRB 11/905

Camila Pardo Dala Riva

Educação interprofissional: práticas colaborativas e interprofissionais dos preceptores de enfermagem, odontologia e medicina em um município no Norte do Brasil

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado à Fundação Universidade Federal de Rondônia – UNIR, em cumprimento aos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Katia Fernanda Alves Moreira

Prof. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino

Avaliadora Externa

Prof. Dra. Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes

Avaliadora Interna

Prof. Dra. Jeanne Lucia Gadelha de Freitas

Suplente

Camila Pardo Dala Riva

Porto Velho

2021

É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. E esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperançar é ir atrás, esperançar é construir, esperançar é não desistir. Esperançar é levar adiante, esperançar é juntar-se com outros para fazer de outro modo.

(Paulo Freire, apud Cortela, 2015. p.22)

RESUMO

RIVA, Camila Pardo Dala. **Educação interprofissional: Práticas Colaborativas e Interprofissionais dos preceptores de enfermagem, odontologia e medicina em um município no Norte do Brasil.** Dissertação em Saúde da Família da Universidade Federal de Rondônia.

Objetivo: Avaliar as percepções e a disponibilidade para aprendizagem interprofissional dos preceptores em Saúde em um município do Cone Sul do Estado de Rondônia por meio do trabalho em equipe, colaboração, identidade profissional e atenção centrada na pessoa na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Trata-se de um estudo misto com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado por meio de questionário socioprofissional, perguntas do tipo Likert validado para o Brasil em 2015, e aplicação de questionário via *Google forms* com três perguntas abertas. A amostra ocorreu de forma intencional com 13 preceptores em saúde, havendo aprovação pelo CEP/UNIR sob o parecer n. 3.605.943. As médias de interpretação da tendência atitudinal foram estabelecidas a partir dos intervalos: (IM): de 1,00 a 2,33, de 2,34 a 3,67 e de 3,68 a 5,00. Os dados qualitativos foram submetidos à Análise Temática de Conteúdo, segundo Bardin (2011), sendo utilizado o software MaxQda 20.3. **Resultados:** A idade média dos preceptores entrevistados foi de 43,71 anos, sendo enfermeiros sete, odontólogos dois e médicos quatro. Em análise as dimensões aplicadas pela escala Likert, preceptores enfermeiros e odontólogos apresentaram atitudes para a prontidão à educação interprofissional em zona de alerta no que tange a dimensão Identidade Profissional, requerendo o aprimoramento das percepções e práticas. Preceptores médicos apresentaram maior prontidão ao trabalho em equipe e colaboração (TEC), tendo como resultado $4,90 \pm 0,30$, enquanto enfermeiros $4,65 \pm 0,53$, e odontólogos $4,53 \pm 0,50$. Na dimensão pertinente a identidade profissional (IP), a média apresentada para médicos foi de $4,29 \pm 1,16$, para enfermeiros $4,14 \pm 1,02$, e odontólogos $3,25 \pm 0,86$. Na dimensão pertinente a atenção centrada ao paciente (ACP), os resultados foram para médicos $4,95 \pm 0,22$, para enfermeiros $4,60 \pm 0,60$, e odontólogos $4,60 \pm 0,69$. No que tange a análise qualitativa emergiram-se cinco categorias: a essência do preceptor, a motivação produzida na preceptoria, competências para o exercício da preceptoria, articulação da teoria com a prática e intervenientes para a atuação da preceptoria. **Conclusão:** A partir dos dados analisados, foi possível concluir que os preceptores apresentaram prontidão ao aprimoramento das práticas colaborativas e da

educação interprofissional, embora evidenciem-se alguns intervenientes vinculados a formação uni profissional desses profissionais e ao exercício da preceptoria nos cenários de práticas, impactando significativamente a construção das competências colaborativas destes profissionais. Desta forma, os resultados fomentam para a crível necessidade da implementação da educação interprofissional na formação em saúde e da educação permanente nestes espaços de ensino e aprendizagem, a fim de promover a continuidade e assegurar a mobilização destes preceptores no envolvimento de forma competente em sistemas de saúde centrados na pessoa e na comunidade.

Palavras-chave: Interprofissionalidade. Formação em Saúde. Preceptoria. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

RIVA, Camila Pardo Dala. **Interprofessional education: Collaborative and Interprofessional Practices of preceptors of nursing, dentistry and medicine in a municipality in northern Brazil.** Dissertation on Family Health at the Federal University of Rondônia.

Objective: To evaluate perceptions and availability for interprofessional learning by health preceptors in a municipality in the Southern Cone of the State of Rondônia through teamwork, collaboration, professional identity, and person-centered attention in Primary Health Care. **Method:** This is a mixed study with a quantitative and qualitative approach, carried out through a socio-professional questionnaire, Likert type questions validated for Brazil in 2015, and a questionnaire application via Google forms with three open questions. The sample occurred intentionally with 13 health preceptors, with approval by CEP / UNIR under opinion no. 3,605,943. The means of interpreting the attitudinal tendency were established from the intervals: (IM): from 1.00 to 2.33, from 2.34 to 3.67 and from 3.68 to 5.00. Qualitative data were submitted to Thematic Content Analysis, according to Bardin (2011), using the MaxQda 20.3 software. **Results:** The average age of the preceptors interviewed was 43.71 years, with nurses seven, dentists two and doctors four. In analyzing the dimensions applied by the Likert scale, nurses and dentists preceptors showed attitudes towards readiness to interprofessional education in an alert zone regarding the Professional Identity dimension, requiring the improvement of perceptions and practices. Medical preceptors showed greater readiness for teamwork and collaboration (TEC), resulting in 4.90 ± 0.30 , while nurses 4.65 ± 0.53 , and dentists 4.53 ± 0.50 . In the pertinent dimension, identity professional (PI), the average presented for doctors was 4.29 ± 1.16 , for nurses 4.14 ± 1.02 , and dentist 3.25 ± 0.86 . In the pertinent dimension of patient-centered care (PCA), the results were for doctors 4.95 ± 0.22 , for nurses 4.60 ± 0.60 , and dentists 4.60 ± 0.69 . Regarding the qualitative analysis, five categories emerged: the essence of the preceptor, the motivation produced in the preceptorship, skills for the exercise of preceptorship, articulation of theory with practice and actors for the performance of preceptorship. **Conclusion:** From the analyzed data, it was possible to conclude that the preceptors were ready to improve collaborative practices and interprofessional education, although some actors linked to the uni professional training of these professionals and the exercise of preceptorship in practice

scenarios are evidenced, significantly impacting the construction of the collaborative competences of these professionals. In this way, the results foster for the credible need for the implementation of interprofessional education in health training and permanent education in these teaching and learning spaces, in order to promote continuity and ensure the mobilization of these preceptors in competently engaging in education systems. centered on people and the community.

Keywords: Interprofessionalism; Health Training; 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 | 34 |
| Tabela 1 | Perfil dos entrevistados (medicina e enfermagem) em Vilhena, Rondônia, 2020 | 37 |
| Tabela 2 | Resultado da escala de medidas de escore médio e desvio padrão separados por profissões dos entrevistados em Vilhena, Rondônia, 2020 (parte 1) | 39 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|---|
| ACP | Atenção Centrada na Pessoa |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CEREM | Comissão Estadual de Residência Médica |
| CNRM | Comissão Nacional de Residência Médica |
| COREME | Comissão de Residência Médica |
| DCN | Diretrizes Curriculares Nacionais |
| DP | Desvio padrão |
| EIP | Educação Interprofissional |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IES | Instituição de Ensino Superior |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| M | Média |
| PET-Saúde | Programa de Educação Pelo Trabalho para Saúde |
| PC | Práticas Colaborativas |
| PIC | Prática Interprofissional e Colaborativa |
| PPC | Projeto Pedagógico do Curso |
| PPSUS | Projeto Pedagógico do Sus |
| PRMMFC | Programa de Residência Médica Medicina da Família e Comunidade |
| Pró-Saúde | Programa Nacional de Reorientação de Formação Profissional em Saúde |
| PSF | Programa Saúde da família |
| RIPLS | Readiness for Interprofessional Learning Scale |
| RMFC | Residência de Medicina Família e Comunidade |
| RMS | Residência Multiprofissional em Saúde |
| RO | Rondônia |
| SEMUS | Secretaria Municipal de Saúde |
| SINAES | Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS Unidade Básica de Saúde
UNESC Faculdade de Educação e Cultura de Vilhena

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.2 OBJETIVOS | 15 |
| 1.2.1 Objetivo geral | 15 |
| 1.2.2 Objetivos específicos | 15 |
| 1.3 JUSTIFICATIVA | 15 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 18 |
| 2.1 RESIDÊNCIAS EM SAÚDE | 18 |
| 2.2 PRECEPTORIA EM SAÚDE | 21 |
| 2.3 EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICAS COLABORATIVAS | 23 |
| 3 MÉTODO | 26 |
| 3.1 ABORDAGEM E DELINEAMENTO | 26 |
| 3.1.1 O Estudo Misto | 26 |
| 3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA | 30 |
| 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO..... | 30 |
| 3.4 COLETA DE DADOS | 30 |
| 3.4.1 Fase quantitativa | 30 |
| 3.4.2 Fase qualitativa | 31 |
| 3.5 ANÁLISE DOS DADOS | 33 |
| 3.5.1 Fase quantitativa | 33 |
| 3.5.2 Fase qualitativa | 34 |
| 3.5.3 Aspectos Éticos | 35 |
| 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 37 |
| 4.1 DADOS QUANTITATIVOS | 37 |
| 4.1.1 Perfil Socioprofissional | 37 |
| 4.1.2 Escala de medida da disponibilidade para aprendizagem interprofissional (RIPLS) | 38 |
| 4.2 DADOS QUALITATIVOS | 45 |
| 4.2.1 A essência do preceptor | 46 |
| 4.2.2 A motivação para a preceptoria | 47 |
| 4.2.3 Competências para o Exercício da Preceptoria | 48 |
| 4.2.4 Articulação da teoria com a prática | 50 |

| | |
|---|-----------|
| 4.3 PESQUISA EM SAÚDE..... | 52 |
| 4.4 ORGANIZAÇÃO DAS AÇÕES NO TERRITÓRIO | 52 |
| 4.5 INTERVENIENTES PARA A ATUAÇÃO DA PRECEPTORIA..... | 52 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 54 |
| REFERÊNCIAS..... | 55 |
| APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO..... | 63 |
| APÊNDICE 2 – IDENTIFICAÇÃO E DADOS GERAIS | 67 |
| ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO RIPLIS..... | 71 |
| ANEXO 2 - APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA – UNIR | 73 |

1 INTRODUÇÃO

À medida que construímos novos significados de maneira compartilhada e não fragmentada, desenvolvemos habilidades com ênfase em um espaço dialógico e solidário, em que ampliamos saberes e valores em prol de um aprendizado significativo e com poder transformador, norteando padrões e ações educativas de maneira contextualizada e horizontalizada (FREIRE, 2013).

Com intuito de um padrão assistencial integral, humanizado e compromissado com o atendimento de necessidades e garantia do direito à saúde da população, as práticas colaborativas estão conectadas com ações dialógicas em conformidade com o princípio da integralidade, em que a abordagem do profissional de saúde não deve se restringir à assistência curativa. Com intuito de articular as dimensões do cuidado centrado na pessoa, o trabalho em equipe torna-se uma ferramenta potente frente às necessidades de saúde complexas e dinâmicas (OMS, 2010).

A ideia interdisciplinar agrupada pela equipe multiprofissional admite a prestação do cuidado integral, tornando as práticas do acolhimento significativas nas relações afetivas entre os atores (usuários e profissionais) e o fortalecimento do vínculo, por meio de tecnologia de elevada complexidade compartilhada entre os diferentes saberes (AGRELLI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

A ampliação da concepção do cuidado resulta em um crescente e necessário aprimoramento na formação no âmbito interprofissional. A educação interprofissional advém quando duas ou mais profissões aprendem entre si, com e sobre as outras, para aperfeiçoar a qualidade dos cuidados e a colaboração (CAIPE, 2002).

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

Destarte, as residências em saúde podem ser espaços profícuos para o desenvolvimento da educação interprofissional (EIP) por trabalharem em uma perspectiva que busca promover a integração entre os diferentes profissionais (MIRANDA NETO; LEONELLO; OLIVEIRA, 2015).

A EIP oferece oportunidades para aprendizado em conjunto com outros profissionais da saúde, desenvolvendo atributos e habilidades indispensáveis em um trabalho grupal

(REEVES, 2016), que preconiza que profissionais de diferentes áreas desenvolvam suas atividades e aprendam conjuntamente, de modo interativo, melhorando a colaboração e qualidade da atenção à saúde (OMS, 2010). Assim, a EIP complementa e reforça as ideologias do SUS, subsidiando a construção de um projeto de sociedade que apresente a percepção ampliada de saúde (COSTA et al., 2015).

Nesse contexto, apresenta-se o preceptor, que destaca-se nas instituições assistenciais por proporcionar situações de aprendizagem aos residentes, exercitando intervenções e condutas refletidas, transformadas e apreendidas de modo positivo durante o processo de formação, tornando a preceptoria uma prática educativa (RIBEIRO; PRADO, 2013).

As estratégias governamentais direcionadas para a formação em saúde aproximam as instituições de ensino e os serviços de saúde; sendo o preceptor o ator principal no processo formativo. Considera-se que o preceptor, para promover uma educação embasada em uma visão integral, deveria abarcar em sua prática profissional atividades de orientação e supervisão de alunos, o que implicaria conhecimentos distintos daqueles técnicos obtidos na graduação – “algo que desafia o plantel de especialistas a respeito da melhor maneira de educar os profissionais de saúde” (AUTONOMO et al., 2015).

No intuito de educação permanente e reordenação do sistema de saúde, a ESF demonstra ao cenário educativo em saúde um novo grupo de preceptores, que colaboraram para a construção de conhecimentos socialmente acentuados, mediante uma perspectiva crítica e democrática dos processos educativos no sistema público de saúde (AUTONOMO et al., 2015).

O preceptor é um ator no processo pedagógico da formação em saúde e, para alcançar o sucesso de uma prática de cuidado ou prática terapêutica, precisa lançar mão de “competências interprofissionais”, ou seja, os fazeres organizados em aptidões profissionais. “Quanto mais se trabalha em equipe, mais se pode compartilhar dos saberes uns dos outros ampliando-se o arsenal de competências e a capacidade de resposta” (CECCIM, 2018, p. 1741).

A pesquisa em deslinde propôs verificar como os preceptores atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), frente à educação interprofissional e práticas interprofissionais colaborativas (PICs) que, a partir de novas perspectivas norteadas por mudanças na formação em saúde, com currículos por áreas de competências, sugerem eficaz atendimento às necessidades e aprimoramento da qualidade dos serviços.

Mergulhada nesses pensamentos, surgiu o seguinte questionamento que norteou este estudo: como os preceptores das residências em saúde no município de Vilhena entendem a

educação interprofissional e prática colaborativa (PIC) e as utiliza no cotidiano da atenção primária à saúde? Qual o conhecimento das concepções dos preceptores sobre EIP e suas relações com a prática interprofissional no contexto da APS?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Avaliar a percepção e a disponibilidade para aprendizagem interprofissional dos preceptores das residências em Saúde em um município do Cone Sul do Estado de Rondônia por meio do trabalho em equipe, colaboração, identidade profissional e atenção centrada na pessoa na Atenção Primária à Saúde.

1.2.2 Objetivos específicos

- Conhecer o perfil socioprofissional dos preceptores da Atenção Primária à Saúde, incluindo formação técnica e capacitação pedagógica para preceptoria;
- Identificar a atitude e a prontidão para a EIP e PIC entre os profissionais de saúde que desenvolvem a preceptoria em Unidades Básicas de Saúde de um município do Cone Sul do Estado de Rondônia;
- Avaliar a disponibilidade para a aprendizagem interprofissional entre os preceptores.

1.3 JUSTIFICATIVA

O SUS coloca a saúde pública no centro do debate da política e da sociedade, sendo destaque no cenário internacional e cujos avanços se relacionam aos cuidados voltados para a Atenção Primária à Saúde (APS), aos investimentos em recursos humanos, às ações com enfoque na ciência e tecnologia e à maior participação social com crescente consciência pública do direito à saúde.

A necessidade de modificar e transformar os contextos e práticas dentro da APS, em prol do fortalecimento do SUS e organização dos processos de trabalho, é contemplada pela oportunidade dos cenários no município de Vilhena – RO dentro das Unidades Básicas de Saúde por meio da Integração Ensino-Serviço. Em conformidade ao modelo assistencial, integral e humanizado, articulados com as novas tendências pedagógicas do processo ensino-aprendizagem, é crível o aprimoramento da percepção frente ao processo de interdisciplinaridade e práticas colaborativas: conectando e articulando os saberes, formando

profissionais aptos para o trabalho em equipe, efetivando a interprofissionalidade na rotina dos profissionais e promovendo a integralidade na melhoria do cuidado.

A centralidade do processo de produção dos serviços de saúde é o usuário e suas necessidades de saúde. Essa compreensão estabelece uma nova forma de trabalho em saúde mais integrada e caracterizada por uma eficaz comunicação (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Estudos indicam que a EIP permite alcançar uma prática colaborativa mais eficaz, otimizando os serviços de saúde e fortalecendo os sistemas de saúde na melhoria dos resultados. Usuário atendido por uma equipe interprofissional apresenta maior índice de satisfação, recebendo melhores cuidados e, conseqüentemente, melhores resultados (MALONE et al., 2007), aspectos que vêm ao encontro de estudar a preceptoria nas residências em saúde.

O contato com a docência é um processo de empenho e de dedicação. Estimulada pelo duplo desafio de cuidar e educar busco me aproximar do campo teórico da docência por meio do Mestrado Multiprofissional em Saúde da Família - ProfSaúde/UNIR. Ao mesmo tempo, outra demanda se soma a esse processo: dificuldade de formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, organizar o atendimento à demanda e fazer o atendimento pautado na abordagem centrada na pessoa.

Realizar um mestrado profissional em Saúde da Família permite conhecer as bases de uma docência moderna, voltada para um aprender compartilhado e horizontal e, por meio dele, pesquisar os meandros do desafio do trabalho em equipe em um ambiente de formação. Considero que as atividades práticas dos programas de graduação e pós-graduação em saúde nas unidades públicas da Secretaria Municipal de Saúde de Vilhena são momentos ou espaços estratégicos e fundamentais para o processo ensino-aprendizagem da interprofissionalidade em equipes na APS. Dessa forma, a preceptoria pode assumir o protagonismo de representar a implementação entre a educação interprofissional em saúde gradualmente nas rotinas de trabalho em equipe que conduzam a adoção sistemática de práticas colaborativas no serviço, além de fortalecer e ampliar os saberes nos processos educacionais.

Justifica-se a realização deste estudo diante da relevância da temática, amplamente discutida no mundo, porém, ainda pouco investigada na realidade brasileira, especialmente em cursos de pós-graduação e no contexto de Rondônia. A produção científica ainda restrita sobre o tema no país também evidencia a importância da realização de estudos que contribuam para sua discussão e aprofundamento, tendo como alvo as residências multiprofissionais e buscando refletir sobre esse modelo de formação profissional. Tal

justificativa é reforçada pelo contexto atual da pandemia da Covid-19, em que reitera-se a necessidade de aprimoramento das práticas colaborativas no que tange à qualificação do modelo assistencial proposto na perspectiva da adoção sistemática de competências que vislumbrem o trabalho colaborativo e em equipe.

Portanto, essa investigação poderá contribuir para o aperfeiçoamento das políticas de orientação da formação em saúde, oferecendo aos gestores aportes analíticos da implementação dos elementos da EIP para possíveis ajustes no que diz respeito à qualificação das ações de formação e sua implicação na atenção à saúde, tendo-se como foco central o usuário do SUS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo dos anos, vem estabelecendo uma série de políticas públicas voltadas para o fomento de programas e políticas inovadoras que viabilizem estratégias de formação e práticas profissionais para além do cuidado médico assistencial, que contemplem a efetivação das equipes de saúde responsáveis pelo cuidado, bem como estimulando a corresponsabilização do usuário com sua saúde. O SUS, de acordo com seu arcabouço jurídico-administrativo abrangido pela lei 8.080 e demais legislações, ratifica seu papel formador nos processos de integração ensino-serviço. Determinou ainda que os serviços públicos que integram o SUS, abarcam espaço destinado a práticas para ensino e pesquisa, acatando normas específicas, elaboradas em conjunto com o sistema educacional (BRASIL, 2015).

Introduz-se, assim, um conjunto de programas e ações de indução, dentre eles: as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes), o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (Promed), o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (Pet-Saúde) e intensifica a pós-graduação lato sensu por via das residências em saúde (MISSAKA; RIBEIRO, 2011).

As residências em saúde (uniprofissionais e multiprofissionais) insurgem como meio de problematização da realidade no dia a dia dos serviços de saúde e de articulação destes com as instituições de ensino, visando a integração de docentes, usuários, gestores, residentes, trabalhadores e profissionais de saúde (ARNEMANN et al., 2018).

Não há dúvidas de que existe consenso de que programas de residência, bem como programas de formação de preceptores possuem forte influência estratégica na formação de profissionais qualificados para atuação no Sistema Único de Saúde (MARINHO, 2018).

No Brasil, um decreto nacional definiu, em 1976, a criação da Residência Médica, modalidade de pós-graduação lato sensu, caracterizada pela formação em serviço. Assim, foram criadas as primeiras experiências relacionadas aos Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (BRASIL, 2015).

A especialidade do médico da família e comunidade compõe uma ampla base de clínica geral, comunitária e familiar para sustentar os sistemas de saúde. O médico da família amplia a atenção ao binômio saúde-doença por meio do agrupamento de fenômenos psicológicos, sociais e biológicos dos grupos populacionais. O médico da família é capaz de

resolver a maioria dos problemas de saúde, fortalecendo o vínculo com o paciente e a família e, nos casos críticos, é capaz de gerenciar a situação clínica ao longo da rede para acompanhar a condição geral de saúde, bem como o contexto do usuário (STORTI; OLIVEIRA; XAVIER, 2017).

A modalidade Residência é estimada o padrão-ouro para a formação do médico de família e comunidade. Segundo a Lei 6.932, de 1981, é considerada uma modalidade de ensino de pós-graduação, proposta a médicos, na modalidade de cursos de especialização, qualificada por treinamento em serviço, funcionando a cargo de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de presumida qualificação profissional e ética (BRASIL, 1981).

O médico de família e comunidade é aquele que provê cuidados médicos integrais, de forma continuada, contextualizando pessoas de distinta faixa etária e gênero (WONCA, 2002).

Em 15 de setembro de 2011, foi definida por meio do decreto nº 7.562 a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) com a função de regular, supervisionar e avaliar as instituições que fornecem programas de residência médica. Estão subordinadas a ela a Comissão Estadual de Residência Médica (CEREM) e a Comissão de Residência Médica (COREME) que é local, e que foram instituídas pela Resolução da CNRM nº2 de 03 de julho de 2013 (ZAMBON, 2015).

Diante da importância da APS na organização da atenção à saúde populacional, foi questionado se o profissional de fato teria perfil para atuar com qualidade nas unidades de saúde, já que a maioria dos cursos de graduação concentram os acadêmicos, principalmente os de Medicina, a ambientes hospitalares. Neste caso, o Ministério da Saúde propôs, por meio dos Polos de Educação Permanente, o incentivo à especialização em saúde da família, que anteriormente eram completamente teóricos, deixando os médicos longe da realidade, sem condições de obter melhora significativa nos modelos de assistência à saúde (BARRETO et al., 2011).

Assim, para a reversão do modelo assistencial que era basicamente focado na doença, e sem vínculos com a população assistida, foi proposto os programas de residências multiprofissionais em saúde da família e residência de medicina de família e comunidade para qualificar os profissionais que trabalham no PSF e realizar a mudança nas práticas médicas (CASTRO; NÓBREGA-THERRIEN, 2009).

A residência em medicina da família e comunidade (RMFC) no Brasil busca acompanhar a evolução da trajetória da APS no país. Dessa forma, avalia-se que essa

especialidade tem consonância com a política vigente e deve ser cada vez mais estimulada a preencher as necessidades de recursos médicos qualificados para as tarefas de assistência, ensino e pesquisa no país (CAMPOS; IZECKSOHN, 2010).

Nesse contexto, a CNRM, a Resolução nº 1 de 25 de maio de 2015 regulamentou os requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica em Medicina Geral de Família e Comunidade, a qual em seu artigo segundo confirma a equivalência das especialidades que utilizam os termos Medicina Geral de Família e Comunidade e a Medicina de Família e Comunidade, e expõe os objetivos gerais do programa; dentre tantos outros, o dever de atuar de forma qualificada, focada no cuidado integral de pessoas, famílias e coletividades em que estão inseridos, assim como competências com aspectos multiprofissionais e interdisciplinares, de forma a prepará-lo para assegurar atenção integral e de qualidade às pessoas (BRASIL, 2015).

Além da RMFC, existem as residências multiprofissionais em saúde (RMS) que visam permitir a permeabilidade das ações educativas no dia a dia das práticas de saúde, permeando o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde (EPS) aos profissionais que estão vinculados aos serviços de saúde (HAUBRICH et al., 2015).

As residências multiprofissionais em saúde foram criadas em 2005 por meio da Medida Provisória nº 238 e da Lei 11.129, de junho de 2005, como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu e formação em serviço. Destinam-se a todos os profissionais de saúde, exceto os médicos. Sua criação está relacionada à necessidade de atender as necessidades de formação qualificada de força trabalho para áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde, sendo orientada por seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2005a; 2005b).

O programa de RMS é orientado pelos princípios e diretrizes do SUS visando promover o desenvolvimento de profissionais das várias áreas da saúde para atuação no cuidado integral à saúde das pessoas, fortalecendo o desenvolvimento do trabalho em equipe, com a finalidade de melhorar a saúde e a qualidade de vida da população (FAJARDO; CECCIM, 2010). Nesta perspectiva, as residências em saúde contribuem para a formação de trabalhadores comprometidos com os princípios e diretrizes do SUS, norteados pelo desenvolvimento de competências e habilidades como negociação, mediação e tolerância, além da valorização entre os distintos sujeitos sociais e suas relações de saberes e poderes (LIMA JESUS; ARAUJO, 2011; LOBATO; MELCHIOR; BADUY, 2012).

Pesquisa realizada por Scherer, Pires e Jean (2013) para investigar a construção da interdisciplinaridade em um programa de residência em saúde da família verificou que o trabalho multiprofissional na perspectiva interdisciplinar está presente no plano intelectual,

porém o modelo biomédico ainda predomina no plano da prática profissional. As autoras ressaltaram que a possibilidade de interação interdisciplinar é determinada pelo modelo de gestão e das condições materiais e imateriais do processo de trabalho. Depende ainda da competência, do perfil e dos conhecimentos dos profissionais envolvidos em uma ação intersubjetiva.

Apesar dos intensos desafios que enfrentam para sua operacionalização e das profundas contradições vislumbradas no campo das políticas públicas e na articulação entre as áreas de saúde e educação, os princípios e os objetivos das residências multiprofissionais aproximam-nas da educação interprofissional, pois ambas têm por finalidade possibilitar a transformação da produção das práticas de saúde, aumentar a qualidade do cuidado e atender às necessidades de saúde da população (REEVES et al., 2008).

2.2 PRECEPTORIA EM SAÚDE

A preceptoria é o encontro real entre o ensino e o trabalho. Oportunidade em que o preceptor se aproxima da docência ao compartilhar com o discente sua vivência prática e atitudinal vislumbrada no trabalho (MISSAKA; RIBEIRO, 2011)

Para que haja mudanças na formação acadêmica dos futuros profissionais, é crível a existência de preceptores nos estágios. Conforme a Portaria n° 1111/MS/2005 (BRASIL, 2005c) “os preceptores são supervisores docentes assistenciais com a função de supervisão por área específica de atuação ou de especialidade profissional para a orientação técnica aos profissionais de saúde ou estudantes da área”.

Segundo Ribeiro e Prado (2013), o preceptor é o profissional que participa do processo de formação em saúde ao articular a prática com o conhecimento científico, transformando a vivência do campo profissional em experiências de aprendizagem. Nesse contexto, o exercício da preceptoria, deve estimular a reflexão dos profissionais sobre suas práticas nos espaços de formação e trabalho, pois a presença do ensino nos serviços de saúde gera um potencial questionador sobre as práticas instituídas (SOUZA, 2014).

A experiência do trabalho interdisciplinar em equipe multiprofissional de saúde, facilitada por um preceptor nos serviços de Atenção Primária à Saúde, favorece ao estudante a compreensão de intervir sobre a realidade encontrada (BULGARELLI et al., 2014). Nesse sentido, a relação entre o preceptor e o estudante deve ser horizontal, estimulando o ato de pensar e de construir hipóteses, permitindo que o aluno descubra, nesta relação, a importância do trabalho coletivo (BARRETO et al., 2011).

A preceptoria exige do preceptor um processo formativo que favorece a construção do conhecimento mais significativo para a formação humana e profissional. O exercício da preceptoria e de seu papel mediador no processo de formação em serviço deve incluir a qualificação pedagógica, requerendo competências e estratégias sob a ótica das relações interativas e transformadoras que envolvem a relação docência e saúde (LIMA; ROZENDO, 2015).

A formação de profissionais de saúde é um processo de essencial importância no desenvolvimento e na manutenção de um sistema público de saúde (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2012). Este serviço é formado por indivíduos que tem seu processo de formação inacabado, quando consideramos a infinidade de possibilidades e aprendizagens que acontecem nos espaços de trabalho.

Defende-se que o exercício da prática de preceptoria na área de saúde proporcione um processo de ensino-aprendizagem baseado numa perspectiva teórica e prática sobre o contexto e a realidade onde se realiza.

Em uma revisão de literatura de experiências brasileiras publicadas por Autonomo et al. (2015), foi revelado que a partir de documentos de leitura oficiais, são vastas as características e os requisitos que se esperam dos profissionais que pretendem exercer a preceptoria. Porém, embora exigido por lei o título de especialista ou experiência de três anos na área profissional de saúde que se almeja a preceptoria, não há requisitos no que concerne à formação pedagógica.

Não obstante a inexistência de formação pedagógica direcionada ao exercício da preceptoria, há vasta atuação de preceptores com currículos fragmentados, organizados por disciplina, inaptos para docência em serviço que busque a orientação de pesquisas. No exercício das funções, cumulada a posição de prestador de serviço em saúde, nota-se a tensão e insegurança que os preceptores apresentam (FAJARDO; CECCIM, 2010).

A inclusão dos alunos nos serviços não é suficiente, como única garantia de transformação dos processos formativos. É preciso que os trabalhadores estejam preparados para o exercício da preceptoria, consolidando as DCN e articulando entre o ensino e o serviço, sendo este a peça-chave para que haja esta interlocução (AUTONOMO et al., 2015).

O preceptor dispõe de espaço fértil para refletir acerca da sua prática e sobre o processo de trabalho da estratégia de saúde da família (ESF). Aponta as contradições existentes e vislumbra meio para autossuperação, permeando ao educando habilidades intrínsecas a um processo formativo crítico e reflexivo, apoiado no compromisso social e em uma educação que procura transformar esta realidade (FREIRE, 2011).

Além disso, ao processo de ensino e aprendizagem se faz importante um repertório de saberes que vão além do conhecimento acerca da matéria, pois formar é muito mais do que simplesmente treinar ao desempenho das destrezas (FREIRE, 2011).

Dessa forma, a instrução de preceptores é imprescindível para um ensino e avaliação eficaz, melhorando a comunicação entre os atores, ampliando recursos internos e sociais permitindo interações entre os atores que podem criar oportunidades pedagógicas permanentes de práticas colaborativas e interprofissionais (JESUS; RIBEIRO, 2012).

2.3 EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E PRÁTICAS COLABORATIVAS

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir da publicação do Marco para Ação em Educação Interprofissional (EIP) e Prática Interprofissional e Colaborativa (PIC), aponta que a qualificação dos serviços de saúde ofertados aos usuários é potencializada pela perspectiva interprofissional no cotidiano dos serviços e na graduação e pós-graduação dos trabalhadores da saúde. Logo, o fortalecimento do trabalho interprofissional favorece a implementação da prática colaborativa em saúde, que ao fomentar a comunicação para a tomada de decisões, estabelece a consolidação do cuidado integral (OMS, 2010).

A EIP em saúde é uma estratégia inovadora capaz de produzir impactos na crise mundial da força de trabalho em saúde, na medida em que os profissionais são preparados para trabalhar em equipes interprofissionais capazes de desenvolver práticas colaborativas que respondam às necessidades de saúde loco regionais, de usuários e coletividades, buscando a equidade. Para tanto, é fundamental a integração entre os sistemas de educação e saúde, além de reformas nos modelos educacionais, sendo uma estratégia expressamente recomendada para ser implantada nos cursos de graduação e pós-graduação (WHO, 2013).

A educação interprofissional em saúde (EIP) é tema prioritário em discussões no campo da saúde em todo o mundo, especialmente no Canadá, Europa, e Estados Unidos, onde vem sendo amplamente discutida como ferramenta para transformar e melhorar as práticas de saúde por meio do trabalho em equipe (BATISTA, 2012).

A EIP promove a colaboração no trabalho, com melhoria na qualidade do atendimento mediante práticas colaborativas. Essas ações, a partir de um atendimento em equipe, analisam as necessidades locais de forma organizada. Todavia, os profissionais atuantes nas práticas colaborativas carecem de modelos de governança concisos e objetivos, bem como de protocolos de atendimento que auxiliem a interação para alcançar seus objetivos (CAIPE, 2002).

Essa modalidade de educação tem como princípios o aprendizado voltado para as necessidades das pessoas e comunidades, oportunidade de atuação e aprendizado iguais entre as profissões, respeito e garantia da individualidade, expertise de cada profissão e a utilização de contribuições distintas para a aprendizagem e práticas compartilhadas (BARR; LOW, 2011). Desse modo, a EIP leva ao desenvolvimento de três competências: competências comuns a todas as profissões, competências específicas de cada área profissional e competências colaborativas (BATISTA, 2012).

A prática colaborativa, dessa forma, diminui a competição entre os profissionais substituindo relações de poder por relações de parceria e responsabilidade coletiva (KHALILI; HALL; DELUCA, 2014).

As competências necessárias para desenvolver a interprofissionalidade são a comunicação interprofissional, atenção centrada na pessoa, família e comunidade, dinâmica de funcionamento das equipes, clareza de papéis, liderança compartilhada e gestão de conflitos (CIHC, 2010). A prática colaborativa ocorre quando trabalhadores de diferentes profissões de saúde e com distintas experiências profissionais, que receberam treinamento em EIP, são capazes de atuar em equipes interprofissionais, pois compreendem como aperfeiçoar as habilidades dos integrantes, gerenciar casos e produzir práticas de saúde de melhor qualidade para indivíduos e coletividades (OMS, 2010).

Em publicação, Frenk (2015) advoga medidas necessárias para garantir a cobertura universal de saúde e promover melhorias nos sistemas de saúde em todo o mundo. Apresenta ações necessárias para que os países iniciem transformações em seus sistemas de saúde em direção à cobertura universal, dentre as quais ressalta a urgência de melhorar a formação, a distribuição e a disponibilidade de recursos humanos em saúde, uma das principais barreiras para que se possa avançar em relação à cobertura universal. Cassiani (2014) referenda a perspectiva de Frenk (2015), apresentando as ações implementadas pelas Redes Internacionais de Enfermagem da Organização Pan-Americana de Saúde, em relação à formação de recursos humanos, especificamente de enfermeiros, em sua constante busca por melhorias do contexto formativo.

Barr et al. (2005) apresentam diferenças entre EIP e educação multiprofissional. Na primeira, estudantes de duas ou mais profissões da saúde ou da área social aprendem de forma interativa e engajada com os membros do grupo sobre suas profissões, enquanto no segundo caso, aprendem lado a lado, em paralelo, sobre e com as demais profissões, sem que haja aprendizagem interativa.

Atualmente, a formação em saúde é uni profissional, pois as atividades educacionais ocorrem apenas entre estudantes de uma mesma profissão, havendo pouca ou nenhuma interação com os de outras profissões, o que contribui para a criação de estereótipos e preconceitos e para a falta de reconhecimento das competências e das responsabilidades próprias de cada profissão (REEVES et al., 2008).

A EIP tem como características essenciais o trabalho em equipe e o reconhecimento dos papéis profissionais para que se identifiquem as especificidades de cada profissão, mas também as competências compartilhadas, além do compromisso entre os sujeitos envolvidos em buscar a resolução de problemas e a negociação nas tomadas de decisão em uma perspectiva colaborativa (BATISTA, 2012). EIP requer ainda a adoção de estratégias pedagógicas como a andragogia, a aprendizagem baseada na prática e nas interações (BATISTA, 2012).

Seu foco principal é a preparação individual para a colaboração, que consiste em favorecer o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades dos estudantes para a prática colaborativa entre profissões, organizações e usuários dos serviços. O segundo foco consiste em estimular a colaboração entre o grupo, para que o estudante aprenda a colaborar e a trabalhar em equipe interprofissional, seja com os trabalhadores do serviço ou com estudantes de diferentes profissões. O terceiro reside na ação coletiva e intencional para melhorar os serviços e a qualidade do cuidado, momento em que a EIP se concretiza e o aprendizado constrói-se de forma interativa entre as diferentes profissões. Para que a EIP ocorra, é importante que os três focos se sobreponham (BARR et al., 2005).

Considerando que as residências em saúde na Atenção Primária são espaços profícuos para o desenvolvimento da EIP, adota-se como pressuposto deste estudo que essa modalidade de formação é uma ferramenta em potencial para a EIP.

3 MÉTODO

Neste capítulo, será descrito o método proposto que orientou a pesquisa. Constatam a abordagem e delineamento do estudo, o local, a população, os instrumentos para a obtenção dos dados, o tratamento e análise dos dados, bem como os procedimentos éticos. A metodologia de pesquisa, para Minayo e Deslandes (2002) é o caminho do pensamento a ser seguido e trata-se basicamente do conjunto de técnicas utilizado para construir uma realidade. A pesquisa é, assim, a atividade básica da ciência na sua construção da realidade.

3.1 ABORDAGEM E DELINEAMENTO

3.1.1 O Estudo Misto

Para responder ao problema de pesquisa estabelecido, tanto uma pesquisa com abordagem quantitativa, quanto com abordagem qualitativa, isoladamente não seria suficiente. Os dados quantitativos, que surgem do exame de um maior número de sujeitos, proporcionam um entendimento mais amplo sobre o assunto. Já os dados qualitativos, que geralmente são coletados a partir de um menor número de participantes, proporcionam uma compreensão mais aprofundada sobre o problema em pauta.

Dessa forma, optou-se pela utilização da pesquisa de métodos mistos, que combinam abordagens quantitativas e qualitativas em uma mesma pesquisa. Estas possuem perspectivas e limitações diferentes (CRESWELL; PLANO CLARK, 2013), o que possibilita uma análise mais completa e abrangente do objeto de investigação, a partir de resultados que se complementam mutuamente (SANTOS et al., 2017). A pesquisa de métodos mistos coleta e analisa dados quantitativos e qualitativos, integrando-os de forma sequencial, dando prioridade a uma ou ambas as formas de dados, com a intenção de ampliar e aprofundar o entendimento sobre o assunto tratado.

O método quantitativo avalia frequência, gravidade e tendência de agravos. Trata-se de probabilidades, associações estatisticamente significativas para se conhecer uma realidade (HULLEY et al., 2015). Já a abordagem qualitativa considera a existência de “uma relação dinâmica e inseparável entre o mundo real e a subjetividade dos participantes” (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2014, p.82). Além disso, os métodos mistos são ferramentas importantes para a investigação de processos e sistemas complexos na área da saúde (FETTERS; CURRY;

CRESWELL, 2013). Conforme Minayo (2014), a utilização de diferentes técnicas e métodos de pesquisa multiplica as tentativas de aproximação em relação ao objeto de estudo.

O delineamento de métodos mistos definido para este estudo foi o método misto sequencial explanatório, organizado em duas fases. Assim, inicia-se com a coleta e análise dos dados quantitativos (numéricos) e, em uma segunda fase, é realizada a coleta e a análise dos dados qualitativos, que é destinada a aprofundar questões, ajudando a explicar os resultados quantitativos iniciais (CRESWELL; PLANO CLARK, 2013).

Para complementar os dados quantitativos, optamos em realizar um estudo de caso que, segundo Yin (2005) se justifica quando o caso representa: (a) um teste crucial da teoria existente, (b) uma circunstância rara ou exclusiva, (c) um caso típico ou representativo, ou (d) o caso serve um propósito revelador ou (e) longitudinal.

No presente estudo, a estratégia de pesquisa, refere-se ao “estudo de caso”, de características descritivas (MARSHALL; ROSSMAN, 1995) e exploratórias (YIN, 2005). O estudo incidiu em acontecimentos contemporâneos, e a experiência desenvolveu-se em contexto real no qual os fenômenos observados dizem respeito ao dia a dia dos preceptores que atuam na APS no município de Vilhena, frente à educação interprofissional e práticas colaborativas. Um outro aspecto do carácter único, diz respeito ao fator inovador da experiência, uma vez que esta consistiu na aplicação de um estudo de caso em cenários da APS com os preceptores que acompanham os alunos de internato e de residências da principal escola formadora que tem cursos da área da saúde no município.

Apesar da crescente popularidade e precisão proposta pelo método misto, a execução desse método de pesquisa não é simples (IVANKOVA; CRESWELL; STICK, 2006), assim, como esse método não se destina a todas as perguntas de pesquisa, ao optar pelo desenho misto de pesquisa, o pesquisador deve considerar:

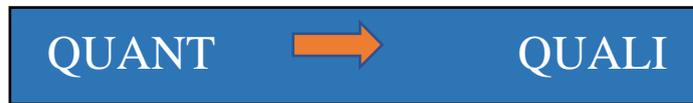
- Se possui instrumentos para medir;
- Se possui instrumentos para medir os constructos de interesse primário;
- Se tem tempo suficiente para conduzir um estudo em duas fases;
- Se terá acesso aos participantes para uma segunda etapa de coleta de dados, e se, com base nos dados qualitativos, é capaz de desenvolver novos questionamentos que não poderiam ser respondidos apenas com os dados quantitativos (CRESWELL; PLANO CLARK, 2007).

Com relação aos pressupostos filosóficos, o estudo tem início com a pesquisa quantitativa, de orientação pós-positivista, e na fase qualitativa faz-se necessária a reorientação da pesquisa sob o paradigma construtivista (CRESWELL; PLANO CLARK,

2007). Além disso, os métodos mistos são ferramentas importantes para a investigação de processos e sistemas complexos na área da saúde (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013). Conforme Minayo (2014), a utilização de diferentes técnicas e métodos de pesquisa multiplica as tentativas de aproximação em relação ao objeto de estudo.

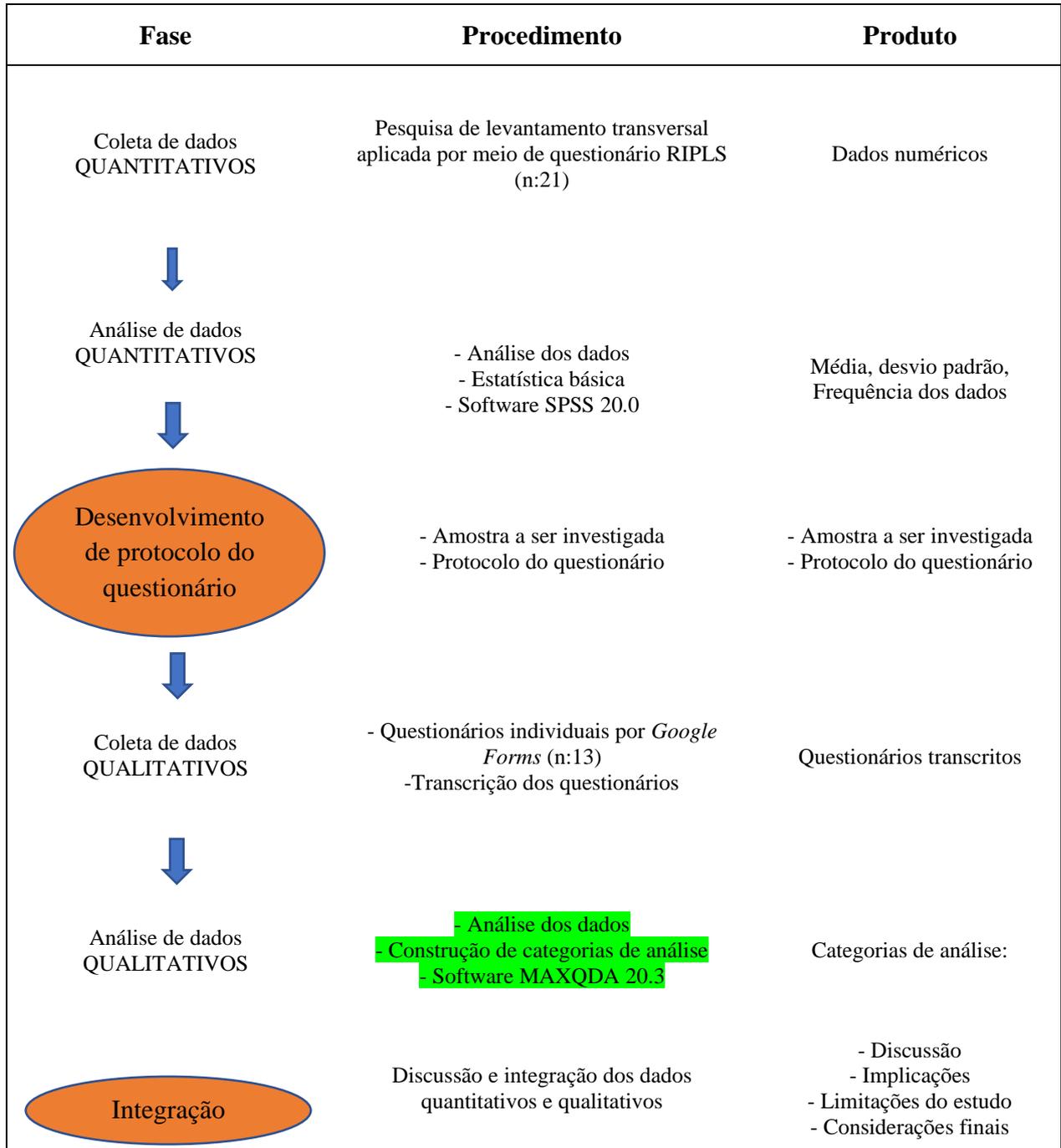
Nesse desenho, a interpretação dos resultados qualitativos auxilia na compreensão dos resultados quantitativos iniciais (FETTERS; CURRY; CRESWELL, 2013) (figura 1). Demonstra-se a partir do diagrama detalhado do delineamento misto sequencial explanatório (figura 2).

Figura 1 – Descrição do delineamento misto sequencial explanatório



Fonte: Próprio autor, baseado em Creswell e Plano Clark (2013).

Figura 2 - Diagrama detalhado do delineamento misto sequencial explanatório desenvolvido neste estudo



Fonte: Próprio autor, adaptado de Creswell e Plano Clark (2013).

Assim, este estudo apoia-se em Flick (2009) quando diz que a triangulação entre métodos resulta da combinação de métodos e/ou técnicas distintas para analisar uma realidade, visando superar as limitações do método individual, promovendo uma compreensão mais profunda do que está sendo investigado e fortalecendo as evidências obtidas. Nesse sentido, infere-se a contribuição e o uso específico de vários instrumentos, que se

complementam para melhor compreensão e explicação dos processos e fenômenos sociais. Entende-se que essas fontes, ao convergirem, possibilitaram integrar diferentes perspectivas, provocando a um olhar mais holístico e crítico à investigação, harmonizado pela produção de aproximações que “validam” o constructo, a partir dos conhecimentos alcançados.

Em relação à triangulação metodológica (YIN, 2005), que se dá quando são utilizados diferentes métodos de investigação empregados na busca/geração de informações e na análise do objeto em estudo, esta foi constituída no entrelaçamento das respostas dos questionários e das entrevistas.

3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Unidades Básicas de Saúde do município de Vilhena, Rondônia.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

A partir de uma amostragem não probabilística, a população do estudo consiste em 27 profissionais de saúde das seguintes áreas: enfermagem, medicina, odontologia, serviço social, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, farmácia e fonoaudiologia, que exercem a função de preceptores, devidamente registrados na função ativa de preceptoria perante a Secretaria Municipal de Saúde (Residência Profissional Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional Saúde da Família) e Instituição de Ensino Superior vinculados às Unidades Básicas de Saúde. Foram excluídos da pesquisa preceptores que não exerciam a função nos cenários de práticas nas Unidades Básicas de Saúde, afastados temporariamente do cargo de preceptoria e que recusaram-se a participar das duas fases da pesquisa.

A amostra estudada ocorreu de forma intencional, uma vez que houve cuidado por parte do pesquisador em não agir generalizando os resultados, fundamentando-se em critérios específicos sobre os participantes atendendo os propósitos do tema do estudo. A pesquisa apresentou uma amostra consolidando-se em 13 preceptores, sendo sete enfermeiros, dois odontólogos e quatro médicos.

3.4 COLETA DE DADOS

3.4.1 Fase quantitativa

No processo de produção de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: o Questionário tipo Likert, The Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) e uma

ficha de identificação geral do profissional (Apêndice “B”). “Desde a publicação de sua obra, a escala formulada por Likert tem se tornado popular. As razões para isto incluem o tipo de psicometria utilizada na investigação, a dificuldade de generalizações com o uso de grande número de opções de marcação, e a natureza complexa de escalas alternativas” (CUMMINS; GULLONE, 2000).

O RIPLS foi publicado por Parsell e Bligh (1999), e apresenta três dimensões que avaliam prontidão para a aprendizagem interprofissional e atributos necessários à colaboração em equipe. A versão utilizada foi validada por Peduzzi e Norman (2012) (Anexo “A”).

O questionário abrange 26 assertivas, sendo preenchido pelo participante da pesquisa nos cenários reais da prática da preceptoria de forma individual, divididas em três dimensões que visam avaliar: 1 - Trabalho em Equipe e Colaboração (TEC); 2 - Identidade Profissional (IP); 3 - Atenção Centrada no Paciente (ACP).

Para coleta de dados, foram delineados os critérios impostos pelo questionário RIPLS, havendo sua tabulação a partir do programa de planilhas eletrônicas do Excel, sendo calculados a partir da média (M) baseada nas pontuações presentes nos questionários respondidos, interpretando-se a partir do seguinte critério de intervalos lineares (IM): de 1,00 a 2,33, de 2,34 a 3,67, de 3,68 a 5,00. Quanto às assertivas, estas foram categorizadas como: discordo totalmente, discordo, nem concordo/nem discordo, concordo, concordo totalmente.

Para realização da aplicação dos questionários supracitados, a pesquisadora solicitou autorização do secretário municipal de saúde do município de Vilhena e, posteriormente, entrou em contato pessoalmente com os participantes, explicando os fundamentos da pesquisa em execução. Após a entrega dos questionários, foi delimitado um prazo de 15 dias para resposta, tendo sido todas coletadas de forma presencial pela pesquisadora. Dentre os participantes que responderam ao questionário, 21 preceptores responderam no prazo estabelecido.

3.4.2 Fase qualitativa

A técnica de coleta de dados utilizada foi questionário via *Google forms*, permitindo ao usuário recolher e organizar gratuitamente informações grandes e pequenas (GOOGLE, 2012).

As respostas de uma pesquisa são armazenadas em planilhas (*Google Sheets*) e podem ser visualizadas em gráficos ou mesmo de forma bruta na planilha. Existem diferentes estilos de perguntas e métodos de entrada para as respostas, e ainda quebras de seções,

possibilidade de envio de arquivos, exibição de imagens ou vídeos e outras características (GOOGLE, 2012). Heidemann, Oliveira e Veit (2010, p. 32) afirmam que “levantamentos de opiniões podem ser facilmente implementados no *Google Forms*” disponibilizado pelo modelo de pergunta baseada na resposta.

Na intenção de balizar um campo de conhecimento entre as percepções dos preceptores frente às práticas colaborativas, além de clarificar as competências destes profissionais, buscou-se conduzir esta fase da investigação com aplicação de três questões abertas por meio de um questionário virtual aos preceptores. As perguntas foram:

- 1- Pensando na sua atividade diária de prática, o que é ser preceptor para você?
- 2- Quais ações você considera importante para o desempenho da preceptoria junto aos alunos/residentes?
- 3- Quais os desafios e motivações você experencia na preceptoria para a potencialização do trabalho em equipe?

As perguntas foram primeiramente enviadas para a validação de três professores que atuam na Instituição de Ensino Superior em que a pesquisadora é docente e que se dispuseram a fazer testes para o aperfeiçoamento das perguntas abertas. Foram considerados aspectos como tempo de resposta e linguagem das perguntas, buscando torná-las mais compreensíveis para os preceptores. Não houve limitação de espaço para os que quisessem escrever suas respostas.

As questões foram inseridas no *Google Forms* via aplicativo *WhatsApp* aos 21 preceptores que responderam ao questionário da fase quantitativa, durante o período de julho a agosto de 2020. Estas questões foram elaboradas de acordo com as variáveis de interesse e segundo os objetivos da pesquisa.

A facilidade de manuseio foi um diferencial, desde a elaboração das perguntas até a escolha da navegação de um item para o outro. Pesou nesta escolha, ainda, a maneira organizada com que a ferramenta apresenta as respostas, com informações e gráficos de modo instantâneo.

Uma das vantagens do questionário on-line é a possibilidade de envolver um grande número de pessoas. E isso acontece por vários motivos, entre eles: a) pode ser repassado por e-mail, redes sociais ou por aplicativos de mensagens como o *WhatsApp*; b) tem baixo custo, já que foi aplicado de forma gratuita; c) garante o anonimato, pois ficava a critério dos

respondentes dar seus nomes ou contatos; d) permite o distanciamento com o pesquisador, desta forma, não influenciando de nenhuma maneira as respostas.

Observou-se que houve uma mobilização grande nesta etapa da pesquisa. Os convites para responder e ajudar a divulgar o questionário foram, surpreendentemente, bem recebidos pelos preceptores. Ressalta-se que primordialmente a pesquisa priorizava a entrevista face a face, no entanto, devido ao estado de calamidade pública causado pela infecção da Covid-19, fora impossibilitada a aproximação com os entrevistados, em virtude do distanciamento social necessário à prevenção e combate à proliferação da doença que se alastrou em escala mundial.

Foram excluídos da pesquisa preceptores que não responderam em tempo hábil ou se recusaram em participar da abordagem qualitativa. Como estratégia, foi enviado duas vezes na semana o questionário, a fim de sensibilizar os profissionais e evitar perdas. A amostra desta fase consolidou-se em 13 preceptores.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

3.5.1 Fase quantitativa

A análise estatística descritiva, como médias, desvio-padrão e frequências, referente à Escala de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional (RIPLS), foram calculadas com o auxílio do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, v.21). Os resultados foram interpretados conforme a classificação dos itens do questionário em zonas de conforto, alerta e perigo, previamente descritas.

Os dados quantitativos foram expressos em frequências absolutas e relativas e adotados os testes estatísticos necessários. Para a análise da tendência atitudinal dos preceptores foram utilizadas a análise dos intervalos lineares proposta por Peduzzi et al. (2013) (quadro 1).

Quadro 1 - Classificação para a interpretação dos intervalos lineares das médias das pontuações da escala de LIKERT do questionário RIPLS

| INTERVALO LINEAR DAS MÉDIAS | ATITUDES FRENTE AS ASSERTIVAS | CLASSIFICAÇÃO |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|
| 1,00 a 2,33 | Extremamente 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) |

Fonte: SOUZA (2014).

3.5.2 Fase qualitativa

Os dados dos questionários foram transcritos de forma literal. Em seguida à transcrição e à validação, deu-se início à etapa de análise dos dados. Essas estratégias de validade são recomendadas por Creswell (2010) para dar maior credibilidade ao estudo.

Segundo Creswell (2010) a análise de dados qualitativos ocorre juntamente com a coleta de dados, a realização de interpretações e a redação de relatórios. Foi realizada análise de conteúdo que, segundo Colauto e Beuren (2010) tem por objetivo estudar as comunicações entre homens, com maior ênfase no conteúdo da mensagem, caracterizando-se como um método de investigação do conteúdo simbólico da mensagem.

Para Bardin (2011, p. 37) “a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações”. É um instrumento marcado por um vasto número de formas e adaptável e possui um campo de aplicação extremamente vasto.

Os dados foram submetidos à Análise Temática de Conteúdo, segundo Bardin (2011), sendo utilizado o software MaxQda, versão 20.3. Os questionários foram importados para o software, organizados e criptografados (Preceptor 01 até Preceptor 13). A criptografia utilizada, foi identificada somente no dicionário da pesquisa, para maior segurança, mantendo o anonimato dos participantes.

Realizou-se então, a pré-análise – fase de organização propriamente dita, tendo por objetivo tornar operacionais e sistematizar ideias iniciais. Esse estágio possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação de objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final.

do Conselho Nacional de Saúde, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Não obstante a atenção dada ao participante de forma a respeitar sua individualidade seus questionários foram manipulados exclusivamente pelos pesquisadores, resguardando assim, o anonimato dos partícipes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 DADOS QUANTITATIVOS

4.1.1 Perfil Socioprofissional

Na pesquisa, foram questionados 13 participantes, dentre eles, enfermeiros, odontólogos e médicos, no qual, 11 eram do sexo feminino, e dois do sexo masculino, com predominância da faixa etária entre 30 e 40 anos (53,84%) e idade média de 43,71 anos. Dentre os preceptores, 53,84% eram enfermeiros 30,76% médicos e 15,38% odontólogos, sendo que 61,53% formados a menos de cinco anos e 38,46% com tempo de formação superior a cinco anos. Destes profissionais, quatro (30,76%) concluíram a graduação em instituições públicas e nove (69,23%) em instituições privadas (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil dos entrevistados (enfermagem, odontologia e medicina) em Vilhena, Rondônia, 2020

| | N | % |
|---|----|-------|
| Formação | | |
| Pública | 4 | 30,7 |
| Privada | 9 | 69,2 |
| Total | 13 | 100,0 |
| Tempo de formação | | |
| < 5 anos | 8 | 61,5 |
| > 5 anos | 5 | 38,4 |
| Total | 13 | 100,0 |
| Tempo de preceptoria | | |
| < 1 ano | 6 | 46,1 |
| Entre 1 – 4 anos | 6 | 46,1 |
| Entre 5 – 9 anos | 1 | 7,6 |
| Total | 13 | 100,0 |
| Possui curso de formação pedagógica? | | |
| Sim | 7 | 53,8 |
| Não | 6 | 46,1 |
| Total | 13 | 100,0 |
| Acha necessário realizar curso de capacitação em preceptoria? | | |
| Sim | 12 | 92,3 |
| Não | 1 | 7,6 |
| Total | 13 | 100,0 |
| Caso lhe fosse ofertado um curso para preceptores, qual seria a modalidade mais adequada à sua rotina? | | |
| Presencial | 2 | 15,3 |
| EAD | 4 | 30,7 |
| presencial + EAD | 7 | 53,8 |
| Total | 13 | 100,0 |

Legenda: EAD = Educação à distância

Fonte: Próprio autor

Quanto ao tempo de serviço na APS, seis dos participantes têm menos de um ano de trabalho, seis trabalham na faixa de 1 – 4 anos, e um de 5 – 9 anos. Destes 13 preceptores, sete se sentem satisfeitos em ser preceptores, seis parcialmente satisfeitos. Quanto ao Projeto Pedagógico de Curso (PPC) no qual o acadêmico ou residente está vinculado, 10 tem conhecimento, e três desconhecem o PPC.

Ao longo do curso de graduação, quatro responderam ter tido contato com questões pedagógicas como modelos educacionais, metodologias ativas e métodos avaliativos. Em relação a cursos cujo tema é a formação pedagógica, sete realizaram, enquanto seis não realizaram. Sentem necessidade de realizar curso de formação pedagógica: 12, e não sente necessidade: apenas um. Quanto ao desempenho das atividades de preceptoria junto aos internos, sete estão satisfeitos, e seis não estão satisfeitos, sendo que 11 conciliam suas atividades assistenciais com a preceptoria, e dois não conciliam.

4.1.2 Escala de medida da disponibilidade para aprendizagem interprofissional (RIPLS)

A escala para análise de dados, permeia a avaliação do grau de concordância e discordância, a partir de três dimensões, sendo elas:

- Trabalho em equipe e efetiva colaboração

Nesta dimensão foi obtida uma média geral dos participantes delineada na zona de conforto, tendo como resultado $4,71 \pm 0,48$, no qual sugere-se que há uma ligação respaldada pelo respeito entre as equipes, com prontidão para práticas colaborativas.

Em análise das respostas por categorias profissionais, ambas se encontram na zona de conforto, embora os médicos apresentem médias que demonstram maior prontidão ao trabalho em equipe e de forma colaborativa com $4,90 \pm 0,30$, enquanto os enfermeiros $4,65 \pm 0,53$ e odontólogos $4,53 \pm 0,50$.

- Identidade profissional

Quanto à identidade profissional dos participantes, estabelecidos pela dimensão 2, os resultados gerais estão dentro da zona de conforto $4,05 \pm 1,09$, tendo sido obtido variação quando analisado por categorias profissionais, com preceptores médicos $4,29 \pm 1,16$ e enfermeiros $4,14 \pm 1,02$, em zona de conforto, e odontólogos $3,25 \pm 0,86$ em zona de alerta. No entanto, enfermeiros e odontólogos apresentam atitudes preocupantes em zona de alerta em

alguns fatores, sinalizando a necessidade de aprimoramento frente às percepções acerca das competências colaborativas com vista à assistência integrada.

- Atenção centrada no paciente

Esta escala delimita a atenção do preceptor centrada à pessoa, estando o resultado dentro da zona de conforto, tendo como resultado compilado $4,71 \pm 0,55$, obtendo-se por categorias profissionais, escore médio e desvio padrão: $4,95 \pm 0,22$ para médicos, $4,60 \pm 0,60$ para enfermeiros, e $4,60 \pm 0,69$ para odontólogos (Tabela 2).

Tabela 2 - Resultado da escala de medidas de escore médio e desvio padrão separados por profissões dos entrevistados em Vilhena, Rondônia, 2020

(Continua)

| Dimensão 1 | MÉDICOS | | ENFERMEIROS | | ODONTÓLOGOS | |
|---|---------|-------|-------------|-------|-------------|-------|
| | M | DP | M | DP | M | DP |
| 1 A aprendizagem junto com outros profissionais ajudou a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde. | 5,000 | 0,000 | 4,710 | 0,488 | 5,000 | 0,000 |
| 2 Em última análise os pacientes seriam beneficiados se profissionais da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes. | 5,000 | 0,000 | 4,860 | 0,378 | 5,000 | 0,000 |
| 3 Aprendizagem compartilhada com outros profissionais da área da saúde aumentou minha capacidade de compreender problemas clínicos. | 5,000 | 0,000 | 5,000 | 0,000 | 5,000 | 0,000 |
| 4 A aprendizagem junto com outros profissionais da área da saúde durante a graduação melhora os relacionamentos após a graduação. | 5,000 | 0,000 | 4,570 | 0,535 | 4,500 | 0,707 |
| 5 Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros profissionais da área da saúde. | 4,750 | 0,500 | 4,710 | 0,488 | 4,500 | 0,707 |
| 6 A aprendizagem compartilhada me ajudou a pensar positivamente sobre outros profissionais. | 4,750 | 0,500 | 4,430 | 0,787 | 4,000 | 0,000 |

Tabela 2 - Resultado da escala de medidas de escore médio e desvio padrão separados por profissões dos entrevistados em Vilhena, Rondônia, 2020

(Continuação)

| | | | | | | | |
|----|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 7 | Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os profissionais precisam confiar e respeitar uns aos outros. | 5,000 | 0,000 | 4,570 | 0,787 | 5,000 | 0,000 |
| 8 | Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os profissionais da área da saúde. | 5,000 | 0,000 | 5,000 | 0,000 | 5,000 | 0,000 |
| 9 | A aprendizagem compartilhada me ajudou a compreender minhas próprias limitações. | 5,000 | 0,000 | 4,430 | 0,535 | 4,500 | 0,707 |
| 10 | Considerando minha graduação, não desperdiçaria meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde. | 4,750 | 0,500 | 4,570 | 0,535 | 4,500 | 0,707 |
| 11 | Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com profissionais do meu próprio curso. | 5,000 | 0,000 | 4,860 | 0,378 | 4,500 | 0,707 |
| 12 | A aprendizagem compartilhada com profissionais de outras profissões da saúde ajudou a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais. | 4,500 | 0,577 | 4,290 | 0,756 | 4,000 | 0,000 |
| 13 | Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com profissionais de outras profissões da saúde. | 4,750 | 0,500 | 4,570 | 0,535 | 4,000 | 0,000 |
| 14 | A aprendizagem compartilhada ajudou a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes. | 5,000 | 0,000 | 4,570 | 0,535 | 4,000 | 0,000 |
| 15 | A aprendizagem compartilhada durante a graduação contribuiu para tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe. | 5,000 | 0,000 | 4,570 | 0,535 | 4,500 | 0,707 |
| | Média geral | 4,900 | 0,303 | 4,650 | 0,537 | 4,530 | 0,507 |

Tabela 2 - Resultado da escala de medidas de escore médio e desvio padrão separados por profissões dos entrevistados em Vilhena, Rondônia, 2020

(Conclusão)

| Dimensão 2 | | | | | | | |
|-------------------|--|-------|-------|--------------|-------|--------------|-------|
| 16 | A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos. | 4,750 | 0,500 | 4,710 | 0,488 | 4,000 | 0,000 |
| 17 | Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que profissionais de outras profissões da saúde. | 4,250 | 1,500 | 4,430 | 0,787 | 4,000 | 0,000 |
| 18 | Eu me sentiria desconfortável se outros profissionais da área da saúde soubessem mais sobre um tópico do que eu. | 4,250 | 1,500 | 4,570 | 0,787 | 3,500 | 0,707 |
| 19 | Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional. | 4,750 | 0,500 | 3,290 | 1,380 | 2,500 | 0,707 |
| 20 | Chegar a um diagnóstico é a principal função do meu papel profissional. | 3,750 | 1,500 | 4,140 | 0,690 | 2,500 | 0,707 |
| 21 | Minha principal responsabilidade como profissional é tratar meu paciente. | 4,000 | 1,414 | 3,710 | 1,254 | 3,000 | 1,414 |
| | Média | 4,290 | 1,160 | 4,140 | 1,026 | 3,250 | 0,866 |
| Dimensão 3 | | | | | | | |
| 22 | Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente. | 4,750 | 0,500 | 4,570 | 0,787 | 4,500 | 0,707 |
| 23 | Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim. | 5,000 | 0,000 | 4,860 | 0,378 | 5,000 | 0,000 |
| 24 | Procuro transmitir compaixão aos meus pacientes. | 5,000 | 0,000 | 4,430 | 0,535 | 4,000 | 1,414 |
| 25 | Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto. | 5,000 | 0,000 | 4,430 | 0,787 | 4,500 | 0,707 |
| 26 | Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes. | 5,000 | 0,000 | 4,710 | 0,488 | 5,000 | 0,000 |
| | Média | 4,950 | 0,224 | 4,600 | 0,604 | 4,600 | 0,699 |

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

Fonte: Próprio autor, 2020.

Dos 13 preceptores entrevistados, a média de idade foi de 43,71 anos, apresentando tempo de preceptoría até quatro anos (92,30%), com predominância do sexo feminino (84,61%). Em pesquisa realizada em uma residência multiprofissional, Aguiar (2018), constatou idade média de 43,71 anos, predominância de mulheres (94,01%), e tempo de atuação na preceptoría de 3,06 anos.

Em pesquisa com profissionais de saúde, Freire Filho et al. (2018), obteve resultados como: idade média $38,6 \pm 9$ anos, tempo de formação $9,78 \pm 7,9$ anos, e atuação na Estratégia de Saúde da Família $5,36 \pm 4,2$ anos. A pesquisa em deslinde obteve um resultado de 61,5% de profissionais com tempo de formação menor do que cinco anos. Dentre os profissionais médicos, um (25%) possui residência em Medicina de Família e Comunidade, dois (50,00%) cursam especialização em Saúde da Família/PMMB, e um (25,00%) concluiu mestrado profissional em Saúde da Família/ProfSaúde em 2019. Nesta perspectiva, ao comparar com o estudo de Freire Filho et al., (2018), no qual enfermeiros estão mais inclinados para a colaboração interprofissional, o resultado diverge em relação a presente pesquisa, em que médicos apresentam maior prontidão frente as percepções e atitudes para colaboração interprofissional, sugerindo à ESF ser um fator contributivo para a EIP e PIC. Nessa perspectiva, Barrêto et al. (2019) relata o impacto das inovações e avanços na formação de generalistas e na integração ensino-serviço, com o conseqüente fortalecimento da Atenção Básica por meio da interiorização da residência médica, ressignificando o papel dos gestores do SUS e da IES e estabelecendo novos mecanismos de gestão e de diálogo entre todos os atores que participam da formação médica.

Em relação às atividades de preceptoria, 53,84% dos profissionais sentem-se parcialmente satisfeitos, enquanto 92,30% compartilham da necessidade de realizar cursos de capacitação pedagógica e 84,61% relatam conseguir conciliar suas atividades assistenciais com a preceptoria. Tal análise reflete ao desafio de conectar a assistência ao conhecimento pedagógico.

Conforme Souza et al. (2018), existe a necessidade de alinhamento e ampliação do repertório pedagógico a fim de fomentar a articulação da teoria com a prática; contribuindo assim para a construção de uma aprendizagem significativa e vinculada às novas tendências pedagógicas, mitigando os desafios a serem superados frente à prática interprofissional colaborativa na perspectiva de uma formação contínua.

A dimensão TEC encontrou-se na zona de conforto, sendo interpretada como uma atitude positiva a ser mantida por meio de atitudes e prontidão para práticas dialógicas e articuladas frente ao aprendizado compartilhado em equipe.

A prática interprofissional caminha ao encontro do trabalho compartilhado, integrativo e colaborativo; corrobora com a troca de experiências entre os envolvidos e com o desenvolvimento de competências, relacionadas à singularidade das profissões e as colaborativas (PEDUZZI et al., 2020). Sendo assim, a EIP reforça as atitudes colaborativas,

justificando-se a necessidade de continuidade e expansão do modelo educacional na vivência dos preceptores.

No que tange ao domínio de identidade profissional (IP), identificaram-se fragilidades e médias na zona de alerta, o que vem ao encontro dos resultados de Amado (2016), no qual evidenciou escore médio entre 2,34 e 3,67. A questão 19 (serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional) demonstra a concepção ainda fragmentada dos profissionais de enfermagem e odontologia, com médias de $3,29 \pm 1,38$ e $2,50 \pm 0,70$. No entanto, a questão 20 (chegar a um diagnóstico é a principal função do meu papel profissional), quando respondidas por profissionais odontólogos, com escore médio $2,50 \pm 0,70$ na zona de alerta, trouxe para a pesquisa a discussão acerca da necessidade de ampliar as percepções no que concerne a integralidade e longitudinalidade do cuidado, desconstruindo a atenção centrada no profissional. Tal resultado é corroborado por Aguiar (2018), em que sinaliza o fator identidade profissional na zona de alerta e articula ao fato de o serviço de residência multiprofissional de neurologia e neurocirurgia fazerem parte de um processo formativo ainda em consolidação.

Em relação à dimensão identidade profissional nos fatores 18, 19, 20 e 21 pelos preceptores odontólogos, pode-se aprofundar a análise transitando pela temática dos estereótipos das profissões e seu impacto na construção pedagógica uniprofissional e fragmentada nos cenários de formação. Percebe-se, neste contexto, que o preceptor possui um protagonismo frente à mediação do processo ensino aprendizagem no desenvolvimento da EIP. Os profissionais odontólogos externam a atual configuração pré-existente nesses cenários, em que os mesmos encontram-se aprisionados em suas profissões e saberes, sinalizando para a importância do avanço a abertura da aprendizagem compartilhada, com relações mais próximas entre os envolvidos; potencializando o desenvolvimento das competências profissionais com uma prática mais integral da atenção à saúde, respeitando e valorizando a diversidade dos saberes das diferentes áreas profissionais (SANTOS et al., 2018).

A fragilidade da identidade profissional está conexas desde a formação acadêmica até os critérios das perspectivas no ambiente de trabalho, ao qual demonstra grande relativização nos relacionamentos grupais, uma vez que suas referências deixam de se expandirem na saúde centrada na pessoa, limitando-se aos aspectos individuais de atuação profissional. A atuação individual dos profissionais os coloca na zona de alerta, uma vez que a equipe ao deixar de desenvolver trabalho em conjunto, suprime o atendimento em grupos na condução de suas atividades, aprisionando-se nas próprias profissões, sinalizando para um modelo que não

reconhece e valoriza as parcerias e complementariedade entre as profissões. Em contrapartida a esse modelo, Rossit et al (2018), demonstram o impacto do modelo profissional sensibilizado para além do conhecimento das habilidades específicas de cada área profissional e aponta para as potencialidades frente a atitudes e competências colaborativas a partir de um projeto pedagógico interdisciplinar e interprofissional, na percepção de egressos de seis profissões de saúde.

Para Batista (2012), a centralidade na formação da integralidade do cuidado, articulando-se currículo, avaliação, gestão e integração com os serviços, traduz a compreensão de que a prática em saúde vem demandando um trabalho que transcende os afazeres individualizados de cada profissão, assumindo a importância da equipe. Nessa perspectiva, Rossit et al. (2018) em seu estudo acerca da potencialidade de um projeto interprofissional na formação para a integralidade do cuidado, avaliam a relevância da efetividade de um currículo integrado a partir do referencial teórico da EIP e pautado nas políticas indutoras de saúde e educação no Brasil. Tal estudo demonstra resultados promissores frente à construção de diversas competências para o trabalho em equipe e para a integralidade do cuidado a partir da formação inicial na graduação dos cursos da área da saúde.

Na análise da fase quantitativa, podemos concluir que os preceptores odontólogos apresentam fragilidades frente a construção desta identidade profissional, merecendo ações e intervenções de aprimoramento que perpassem a ampliação das percepções que abarcam as áreas de atenção, gestão e educação à saúde e fomentem para a construção de competências que contemplem o déficit de formação em saúde encontrado; mitigando as concepções individualizadas e aprisionadas da identidade de cada um acerca do papel profissional a ser exercido.

Na esfera da atenção à saúde, nota-se a falta ou o pouco conhecimento que o profissional de saúde obtém acerca do papel desempenhado pelas outras profissões que atuam nos serviços de saúde, influenciado por estereótipos, por medo de perda da identidade profissional, a partir da necessidade de os profissionais protegerem seu núcleo de saber-poder, entre outros aspectos (REEVES, 2016), resultam na fragmentação da atenção oferecida, o que compromete sua qualidade e produz insatisfação em profissionais e usuários (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

A dimensão da atenção centrada na pessoa (ACP) apresentou escores na zona de conforto entre os preceptores enfermeiros, odontólogos e médicos, reiterando a necessidade da abordagem centrada na pessoa, alicerçando as necessidades e compreensão do processo do

adoecimento, fortalecendo assim o EIP e PIC. Para a consolidação da dimensão da atenção centrada na pessoa a equipe interprofissional deve trabalhar com foco nas necessidades do usuário, favorecendo a integração dos profissionais de saúde, com o intuito de satisfazer as necessidades globais da pessoa, visando o seu bem-estar (PEDUZZI, et al., 2020).

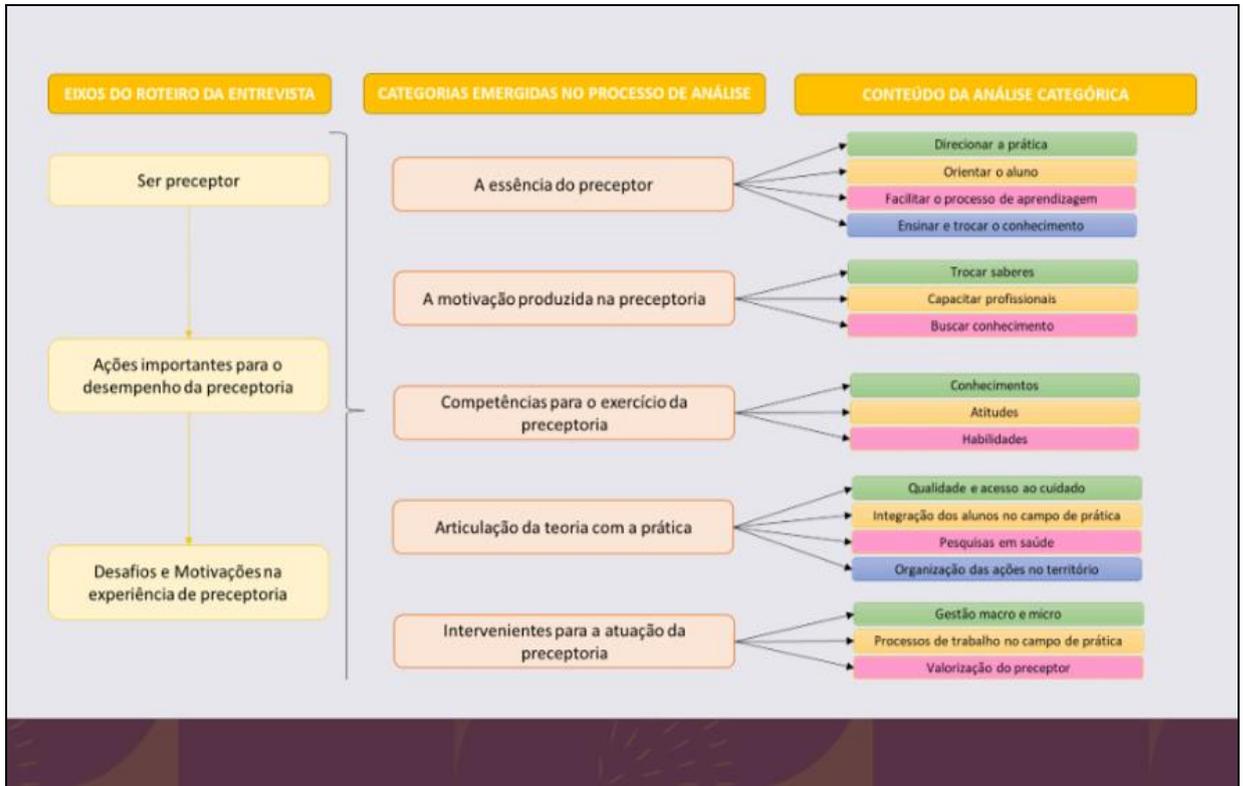
As teias formadas entre o interprofissionalismo e a prática colaborativa tendem a levar o indivíduo para o olhar ampliado e integrado, articulando ações, outrora já conhecidas, com a construção de novas práticas clínicas, fomentando respeito e a confiança entre os envolvidos (DE CARVALHO, 2017).

4.2 DADOS QUALITATIVOS

Os dados qualitativos apresentam os resultados/discussão acerca das questões abertas que foram realizadas mediante *Google Forms*, no qual foram questionados 13 preceptores. Foram respondidas três questões abertas utilizadas como eixo do roteiro do questionário, das quais a partir das respostas emergiram cinco categorias temáticas “(figura 4)” ao serem avaliadas as percepções dos preceptores em saúde que ampliaram conteúdos que são abordados ao longo do projeto, por meio da técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2011). Seguem os eixos do roteiro do questionário:

- 1 - Ser preceptor;
- 2 - Ações importantes para o desempenho da preceptoria junto aos acadêmicos/residentes;
- 3 - Desafios e motivações na preceptoria para a potencialização do trabalho em equipe.

Figura 4 – Questões abertas e categorias temáticas



Fonte: Próprio autor, 2021.

4.2.1 A essência do preceptor

Os preceptores entendem que a preceptoria é uma atividade que tem em sua essência a função de direcionar a prática e orientar o aluno, facilitando o processo de aprendizagem e sendo um exercício potente para a troca de saberes e práticas. Teixeira et al. (2018) em sua pesquisa qualitativa por meio de análise de conteúdo na base LILACS, buscou a construção do conceito da preceptoria, identificando um profissional de serviço que necessita ter competências para servir como elo entre o ensino e o serviço. Para isso, o profissional necessita ter em sua essência um conjunto de habilidades e motivações. Dessa forma, é notório que o conceito percebido pelos profissionais acerca do papel do preceptor encontra-se presente nos resultados da pesquisa. De maneira geral, todos identificam a prática da preceptoria como uma atividade que tem o direcionamento como eixo norteador do processo de ensino-aprendizagem.

Dos 13 preceptores questionados nas seis Unidades Básicas de Saúde do município, tanto médicos, como enfermeiros e odontólogos entendem a essência da preceptoria:

Preceptor 02: *“Direcionar a aprendizagem na prática, contribuindo na formação desses futuros profissionais”.*

Preceptor 05: *“Preceptoría é facilitar os ganhos profissionais e avanços na assistência e qualidade do serviço prestado a população; Estar em constante movimento de atualização profissional, para ofertar a melhor orientação ao preceptorado; Proporcionar espaço de ensino-serviço adequado ao avanço do treinamento profissional”.*

Preceptor 06: *“O preceptor é um facilitador, do processo de ensino e aprendizagem no campo prático. Tem importante função em conduzir, acompanhar e orientar os discentes”.*

Preceptor 08: *“É o responsável por direcionar e conduzir dentro da profissão os residentes e alunos, colaborando no processo de aprendizagem e prática”.*

Preceptor 10: *“É uma troca de conhecimentos primeiro entre preceptor e residentes, depois com os vários profissionais da residência multiprofissional e como estas se relacionam com a Odontologia, um estímulo ao estudo para sanar as questões que se impõem em nosso cotidiano, e o desafio de orientar os residentes para o cumprimento do programa proposto pela residência dentro da rede existente”.*

4.2.2 A motivação para a preceptoría

Tal categoria vislumbra uma oportunidade de troca de saberes, com estímulo aos processos educativos e formativos, sendo uma potente aliada para a capacitação profissional e ampliação de seus saberes, tornando-se uma motivação ao exercício nos cenários de prática. Sendo assim, uma vez que estes residentes ou acadêmicos são inseridos na rotina dos serviços de saúde, emerge um fator contributivo para transformar este cenário.

Maroja et al. (2020), em sua pesquisa avaliativa do tipo estudo de caso único em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental, sinalizam para a necessidade da construção de movimentos pedagógicos que promovam a interação entre ensino-serviço-comunidade e a transformação da dinâmica de processos de trabalho na perspectiva do trabalho coletivo e multiprofissional. Os autores sinalizam para a potencialidade das residências multiprofissionais em saúde como uma proposta inovadora e com uma estrutura pedagógica fundamentada na educação problematizadora. Tal processo de ensino-aprendizagem gera ações que, por fim, motivam novas reflexões promotoras de diferentes estratégias e arranjos necessários, construindo-se assim espaços para a criação de práticas

educativas significativas. Conforme observado em algumas transcrições, pode-se perceber uma proximidade frente as motivações dos profissionais:

Preceptor05: *“Vislumbrar profissionais capacitados transformando realidades positivamente na assistência em saúde”.*

Preceptor07: *“A preceptoria induz o profissional a buscar atualização profissional”*

Preceptor08: *“Troca de experiência entre a vivência do preceptor e residente”.*

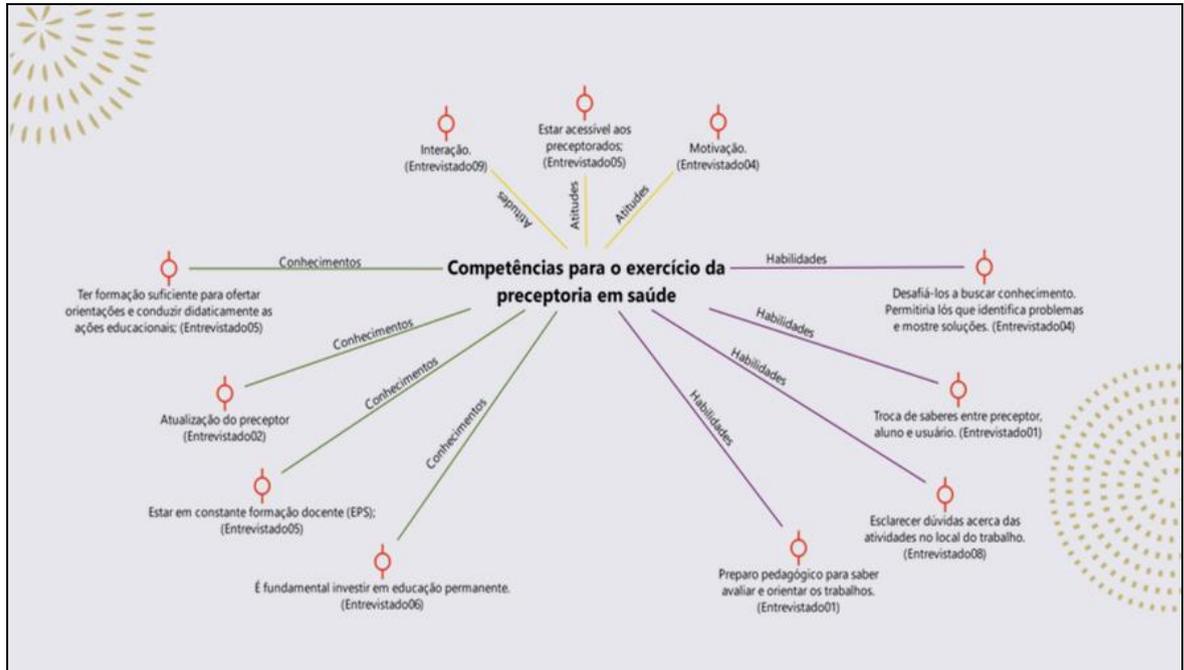
Preceptor11: *“Vejo o crescimento profissional e interpessoal, sendo uma troca de saberes entre alunos, profissionais e comunidade. Assim estou constantemente me reciclando com as experiências vivenciadas pelos alunos”.*

Segundo Ribeiro e Prado (2013), o preceptor é o profissional que participa do processo de formação em saúde ao articular a prática com o conhecimento científico, transformando a vivência do campo profissional em experiências de aprendizagem. Nesse contexto, o exercício da preceptoria, deve estimular a reflexão dos profissionais sobre suas práticas e trabalho, pois a presença do ensino nos serviços de saúde gera um potencial questionador sobre as práticas instituídas.

4.2.3 Competências para o Exercício da Preceptoria

Nesta categoria de análise os preceptores sinalizam que o exercício potente e efetivo da preceptoria está intimamente relacionado à construção de um perfil de competência conectada a um conjunto de atitudes, conhecimentos e habilidades, sendo esta uma função desafiadora devido à abrangência e complexidade de atuação, situação que pode ser observada em transcrições (figura 5).

Figura 5 – Abordagens acerca das competências para o exercício da preceptoria



Fonte: Próprio autor, 2021.

Neste contexto, evidencia-se a importância da educação interprofissional em saúde na construção destas habilidades e atitudes colaborativas. Lamers e Toassi (2018), em um ensaio que discute sobre as perspectivas para a formação dos profissionais de saúde, reforça a relevância da inserção dos fundamentos teóricos e experiências da educação interprofissional no desenvolvimento das atitudes colaborativas. Ao mesmo tempo, Rossit et al. (2018) em seu estudo acerca da potencialidade de um projeto interprofissional na formação para a integralidade do cuidado, avaliam a relevância da efetividade de um currículo integrado a partir do referencial teórico da EIP e pautado nas políticas indutoras de saúde e educação no Brasil. Tal estudo demonstra resultados promissores frente à construção de diversas competências para o trabalho em equipe e para a integralidade do cuidado a partir da formação inicial na graduação dos cursos da área da saúde. Tais achados corroboram com a necessidade de enfermeiros, médicos e odontólogos estarem atuando de modo integrado e em conjunto com as ações formativas e educativas, além da habilidade de ser um exímio educador.

Estudo realizado por Botti e Rego (2011) relatou que o preceptor assume vários papéis: planeja, controla, guia, estimula o raciocínio e a postura ativa, analisa o desempenho, aconselha e cuida do crescimento profissional e pessoal, observa e avalia o estudante ao executar suas atividades e atua na formação moral. Tal assertiva assevera a importância do

preceptor quando ocupa o papel de educador, oportunidade em que transmite ao educando um ambiente profícuo para o aprendizado, tornando-o capaz de angariar conhecimentos e reconstruir saberes que ampliam sua atuação em saúde.

4.2.4 Articulação da teoria com a prática

Dentre as respostas, emergem-se quatro núcleos de análise que permeiam eixos temáticos que perpassam os atributos da Atenção Primária, Integração ensino-serviço e Gestão a Saúde. Segundo os preceptores, há uma dificuldade na garantia da efetividade de ações importantes para o desempenho da preceptoria, justamente pela inabilidade de articulação do campo teórico para o prático, sendo que tal atitude corroboraria para qualificar o ato de ser preceptor em sua essência e motivação (CHIANCA-NEVES; LAUER-LEITE; PRIANTE, 2020).

4.2.4.1 Qualidade e acesso ao cuidado

Neste núcleo de análise, há um encontro com alguns princípios da APS, conforme observado em algumas transcrições. Percebe-se que há preocupação com as práticas humanizadas e a importância do acesso a assistência de qualidade.

Preceptor 08: *“Direcionar para atendimento de qualidade”*.

Preceptor 07: *“Influência no crescimento e evolução da qualidade de acesso e oferta de saúde para a população, lincando educação com a prática”*.

Preceptor 08: *“Orientar sobre a importância de uma assistência humanizada”*.

Contudo, Mendes (2012, apud Oliveira; Pereira, 2013, p. 163) sinaliza para alguns intervenientes para a efetivação desse modelo assistencial, que diretamente vão ao encontro de muitas percepções externadas durante a análise dos questionários:

Embora a APS seja considerada imprescindível para a efetividade dos sistemas de saúde, ainda enfrenta muitos desafios para que possa desempenhar seu papel de organizadora do sistema e coordenadora do cuidado em saúde. A carência de infraestrutura adequada nas unidades da ESF, a baixa densidade tecnológica, a falta de profissionalização da gestão, a ausência de equipes multiprofissionais, a precarização nas relações de trabalho, a fragilidade do modelo de atenção para dar conta de uma situação

com forte prevalência de condições crônicas, a fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde e o subfinanciamento são os principais entraves para que a APS seja uma realidade no Brasil.

4.2.4.2 Integração dos Alunos no Campo da Prática

Preceptor 02: *“Visualizar sempre onde devemos melhorar no nosso cenário real”*.

Preceptor 04: *“Integrar os acadêmicos as atividades da equipe”*.

Preceptor 05: *“Estar inserido na RAS, de forma a conhecer as peculiaridades da mesma”*.

Preceptor07: *“Influência no crescimento e evolução da qualidade de acesso e oferta de saúde para a população, lincando educação com a prática”*.

Preceptor 10: *“Considero no início da residência o estar perto, orientando e muitas vezes realizando uma ação importante para que o residente tenha noção de como atuar, e com o tempo, a ambientação, os estudos e a interação com a equipe de trabalho e demais profissionais ir transferindo as atividades do trabalho com a ação de monitoramento destas”*.

Preceptor 12: *“Discussão de caso clínico”*.

Preceptor13: *“Demonstração e orientação do que é feito nos cenários de prática, como é feito e possíveis alternativas para solução de problemas diante daquilo que é oferecido na rede”*.

As percepções vão ao encontro do propósito da integração ensino-serviço, conforme evidenciado por Forte et al. (2015), em seu estudo acerca da inserção do preceptor no processo de formação de cirurgiões-dentistas, despertando para uma nova perspectiva na abordagem do processo ensino-aprendizagem, compreendendo a integração ensino-serviço como ferramenta potencializadora das ações já desenvolvidas e sinalizando para a importância da construção de um cenário de aprendizagem que dê espaço à reflexão, planejamento de ações e desenvolvimento das atividades no território da estratégia da saúde da família. Os resultados deste estudo são apresentadas nas seguintes categorias de análise: cenários de prática, orientação teórica e orientação pedagógica, podendo-se identificar as potencialidades desta articulação teórico-prática no que tange ao sucesso das boas práticas nos cenários em saúde.

4.3 Pesquisa em Saúde

Um preceptor médico identifica dentro desta categoria um espaço oportuno para a produção científico literária acerca dos cenários e necessidades que emergem os serviços de saúde. Essa percepção encontra-se com o ideário do próprio papel da instituição formadora e para a necessidade de ampliação frente a estudos com abordagem da interprofissionalidade e seu impacto na gestão do cuidado. Segundo Michel, Olsson e Toassi (2019), em uma análise bibliométrica da produção científica nacional em relação a EIP em saúde no Brasil, de 2012 a 2017, sinaliza para a incipiência da temática no país, devendo estas serem ampliadas e qualificadas.

4.4 Organização das ações no território

Preceptor 01: *“A organização do território e métodos de acompanhamento dos usuários da área e aplicação da teoria na prática”*.

Preceptor 10: *“Em nossa área realizamos um levantamento epidemiológico e estamos buscando a melhora destes índices com nossas ações”*.

Tais percepções demonstram o envolvimento de diversos autores no processo de ensino-aprendizagem, incluindo o entendimento desses novos papéis e sua ligação direta com a comunidade. O entendimento da importância dessas ações integradas junto à comunidade, é evidenciada pelo preceptor 10, onde identifica-se a potencialidade de arranjos a serem estabelecidos entre as práticas de saúde e suas relações com a produção do cuidado. Nesta prática, integra junto ao preceptorado os serviços de saúde como um todo (CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016).

4.5 Intervenientes para a Atuação da Preceptoría

Conforme observado por meio das análises categóricas anteriores, percebe-se uma compreensão por meio das transcrições de percepções favoráveis as práticas colaborativas e a prontidão para a EIP nos cenários pelos preceptores entrevistados. O ponto focal na discussão é justamente entender o fator restritivo para o avanço das boas práticas nesses cenários, uma vez entendendo-se que, existe uma atitude colaborativa por parte dos entrevistados.

Preceptor 02: *“A necessidade de atualizar o conhecimento constantemente”*.

Preceptor 03: *“Reuniões de equipe quinzenais”*.

Preceptor 04: *“Que os funcionários entendam que os acadêmicos são parte da equipe e sua importância”*.

Preceptor 05: *“Entendimento da gestão sobre o real papel na formação profissional, tanto na graduação como pós-graduação; valorização do preceptor, tanto financeiro como na oferta de formação”*.

Preceptor 06: *“Encontrar tempo para dispensar o ensino junto com as altas demandas, recursos materiais e didática”*.

Preceptor 07: *“A gestão pública necessita estar sensível e aberta ao trabalho do preceptor junto ao campo de aprendizado e serviço, facilitando o processo educativo, sem criar dificuldades ou barreiras”*.

Preceptor08: *“Experiência na área de docência”*.

Preceptor13: *“Não temos material de consumo essenciais para o aprendizado e devido a pandemia as atividades coletivas e atendimentos eletivos ficaram comprometidos”*.

As percepções sinalizam para a importância da gestão dos processos de trabalho a fim de otimizar as atividades de preceptor e, inclusive, a necessidade da compreensão da gestão municipal acerca do exercício da atividade. Ampliam para a necessidade de valorização desse profissional nestes cenários, além da relevância da educação permanente na consolidação da prática exercida de maneira a contemplar seus atributos. Todos os fatores mencionados, de fato, levam a consequências na garantia de um ambiente de ensino mais favorável, gerando por muitas vezes, um excesso de funções e sobrecarga de trabalho ao preceptor, resultando em menor disponibilidade de tempo para o residente/aluno, colocando a atribuição de formação em segundo plano (CASTELLS; CAMPOS; ROMANO, 2016).

É interessante analisar as categorias e entender que ambas se entrelaçam em seus núcleos de sentido, com eixos centrais e coesos, conectando-se em sua fundamentação teórica a outros estudos. Chianca-Neves, Lauer-Leite e Priante (2020), em um estudo de caso de abordagem qualitativa avaliam as concepções de preceptores no SUS na perspectiva de um processo de formação profissional centralizado na integração entre a teoria e a prática, que experiencia a troca e a construção de conhecimentos. O presente estudo conclui que esses aspectos (quem é o preceptor, sua formação e atuação; como são aplicados os conceitos/estratégias das metodologias ativas; como os residentes/alunos percebem a atuação do preceptor) possam vir a contribuir para uma oferta de qualidade dos serviços de saúde prestados à população e na educação/formação dos preceptores e futuros profissionais da saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada delineou seu objetivo principal, mostrando-se eficaz no que concerne a verificação do perfil socioprofissional e concepções frente à prontidão para a educação interprofissional dos preceptores no município de Vilhena. O estudo misto permitiu conhecer mais profundamente o que motiva os profissionais, por meio de suas percepções e saberes a partir das respostas individuais diante das questões aplicadas cujo tema apresentou o problema do estudo. Dentre as limitações, a pandemia da Covid-19 dificultou a realização das entrevistas face a face, o que, de certo modo, interveio para uma análise mais profunda e fidedigna das percepções no campo de estudo.

O estudo misto apresentou variáveis que buscaram dimensionar atitudes e competências colaborativas, assim como refletir acerca dos intervenientes para implementação da educação interprofissional nos processos de ensino e aprendizagem e seus entraves para a atuação significativa das práticas colaborativas. A zona de conforto emerge como um fator a ser refletido, uma vez que tais preceptores apresentam prontidão para a educação interprofissional, porém há um distanciamento entre a prontidão e ao ato de agir e transformar estes cenários de formação em saúde. Contudo, amplia-se o olhar para a necessidade de espaços que contemplem a valorização do exercício da preceptoria e todo seu arcabouço teórico e prático, a educação permanente desses preceptores e o fortalecimento da construção de um perfil multiprofissional e colaborativo alicerçado por competências nos currículos de graduação e pós-graduação em saúde, gerando assim, subsídios para o constructo da interprofissionalidade.

Cumprе salientar que o estudo prezou pela valorização dos métodos de pesquisa, que delimitam temas conexos com a educação interprofissional em saúde e práticas colaborativas, em conjunto às instituições de ensino que devem formar com pensamentos voltado a população usuária dos serviços prestados, como forma de engrandecer e fortalecer o Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 905-916. 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. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Saúde) - Centro Universitário Christus, Fortaleza, 2018.
- AMADO, E. **Educação interprofissional e prática colaborativa em terapia intensiva: perspectiva dos profissionais da saúde**. 2016. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2016.
- ARNEMANN, C. T.; KRUSE, M. H. L.; GASTALDO, D.; JORGE, A. C. R.; SILVA, A. L. D.; MARGARITES, A. G. F. Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p. 1635-1646, 2018. Supl. 2.
- AUTONOMO, F. R. D. O. M.; HORTALE, V. A.; SANTOS, G. B. D.; BOTTI, S. H. D. O. A Preceptoria na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária – Análise das Publicações Brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 316-327. 2015.
- BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2016. p. 125-132.
- _____. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011.
- BARR, H., KOPPEL, I., REEVES, S., HAMMICK, M.; FREETH, D. **Effective interprofessional education: argument, assumption & evidence**. Oxford: Blackwell. 2005.
- BARR, H; LOW, H. **Principles of Interprofessional Education**. London: Centre for Advancement of Interprofessional Education, 2011. Disponível em: <<https://www.caip.e.org/resources/publications/barr-low-2011-principles-interprofessional-education>>. Acesso em: 21 set. 2019.
- BARRÊTO, D. S.; MELO-NETO, A. J.; FIGUEIREDO, A. M.; SAMPAIO, J.; GOMES, L. B.; SOARES, R. S. Programa Más Médicos y residencias de Medicina de Familia y Comunidad: estrategias articuladas de ampliación e interiorización de la formación médica y llevarla al interior del Estado. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 23, p. e180032. 2019.
- BARRETO, V. H. L.; MONTEIRO, R. O. D. S.; MAGALHÃES, G. S. D. G.; ALMEIDA, R. C. C. D.; SOUZA, L. N. Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 578-583. 2011.

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

BOTTI, S. H. D. O.; REGO, S. T. D. A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 65-85. 2011.

BRASIL. **Lei 6.932, de 7 de julho de 1981**. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1981. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm>. Acesso em: 21 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Comissão Nacional de Residência Médica**. Resolução nº 1, de 25 de maio de 2015. Regulamenta os requisitos mínimos dos programas de residência médica em Medicina Geral de Família e Comunidade - R1 e R2 e dá outras providências. Brasília: MEC, 2015. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_26824639_RESOLUCAO_N_1_DE_25_DE_MAIO_DE_2015.aspx>. Acesso em: 21 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Medida Provisória nº 238/2005. **Diário Oficial da União**, 2 fev. 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 11.129, 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude (CNJ) e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 jun. 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 1111/GM, de 05 de julho de 2005. Fixa normas para a implementação e a execução do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 dez. 2005c.

BULGARELLI, A. F.; SOUZA, K. R.; BAUMGARTEN, A.; SOUZA, J. M.; ROSING, C. K.; TOASSI, R. F. C. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n.49, p. 351-362. 2014.

CAMPOS, C. E. A.; IZECKSOHN, M. M. V. Análise do perfil e da evolução dos programas de residência em medicina de família e comunidade no Brasil. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2. 2010.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; BELISÁRIO, S. A. A formação superior dos profissionais de saúde. *In*: GIOVANELLA, L. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE (CIHC). **A national competency framework for interprofessional collaboration**, 2010. Disponível em: <www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb2010.pdf>. Acesso em: 21 set. 2019.

- CARVALHO JUNIOR, P. M. Reorientação na formação de cirurgiões-dentistas: o olhar dos preceptores sobre estágios supervisionados no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 831-843. 2015.
- CARVALHO, M. C.; ROSSIT, R. A. S. Residência multiprofissional e formação em saúde: análise das relações interprofissionais. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 8, n. 3, p. 94-95. 2017.
- CASSIANI, S. H. D. B. Strategy for universal access to health and universal health coverage and the contribution of the International Nursing Networks. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, p. 891-892. 2014.
- CASTELLS, M. A.; CAMPOS, C. E. A.; ROMANO, V. F. Residência em Medicina de Família e Comunidade: atividades da preceptoria. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, p. 461-469. 2016.
- CASTRO, V. S.; NÓBREGA-THERRIEN, S. M. N. Residência Médica de Família e Comunidade: uma estratégia de qualificação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 211-220. 2009.
- CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p.1739-1749, 2018. Supl. 2.
- CENTRE FOR THE ADVANCEMENT OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION (CAIPE). **Interprofessional education - A definition**, 2002. Disponível em: <www.caipe.org.uk>. Acesso em: 21 jan. 2021.
- CHIANCA-NEVES, M. G. B., LAUER-LEITE, I. D.; PRIANTE, P. T. As concepções de preceptores do SUS sobre metodologias ativas na formação do profissional da saúde. **Educação em Revista**, v. 36. 2020.
- COLAUTO, R. D; BEUREN, I. M. Coleta, Análise e Interpretação de Dados. *In*: BEUREM, I. M. (Org). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2010. p. 35-49.
- CORTELLA, M. S. **Educação, convivência e ética: audácia e esperança**. São Paulo: Editora Cortez, 2015. p. 22.
- COSTA, M. V.; PATRÍCIO, K. P.; CÂMARA, A. M. C. S.; AZEVEDO, G. D.; BATISTA, S.H.S.S. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 1, 2015. p.709-720.
- CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. 296 p.
- CRESWELL, J. W.; PLANO CLARK, V. L. **Designing and Conducting Mixed Methods Research**. California: SAGE, 2007. 273 p.
- _____. **Pesquisa de métodos mistos**. Tradução: Magda França Lopes. Revisão Técnica: Dirceu da Silva. 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013. 288 p.

CUMMINS, R. A.; GULLONE, E. Why we should not use 5-point Likert scales: The case for subjective quality of life measurement. *In: Proceedings, second international conference on quality of life in cities*. 2000. p. 74-93.

CUNHA, M. I. D. **Inovações pedagógicas: o desafio da reconfiguração de saberes na docência universitária**. Coleção Cadernos de pedagogia universitária, São Paulo: Edusp, v. 6, 2008. 38 p.

FAJARDO, A. P.; CECCIM, R. B. O trabalho da preceptoria nos tempos de residência em área profissional da saúde. *In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Org). Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

FETTERS, M.D.; CURRY, L.A.; CRESWELL, J.W. Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices. **Health Services Research**, v. 48, n. 6, p. 2134-2156. 2013.
FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 405 p.

FORTE, F. D. S.; PESSOA, T. R. R. F.; FREITAS, C. H. S. M.; PEREIRA, C. A. L.; CARVALHO JUNIOR, P. M. Reorientação na formação de cirurgiões-dentistas: o olhar dos preceptores sobre estágios supervisionados no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 831-843. 2015.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P. **Professora, sim; tia não: cartas a quem ousa ensinar**. 24. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

FRENK, J. Leading the way towards universal health coverage: a call to action. **The Lancet**, v. 385, n. 9975, p. 1352-1358. 2015.
GOOGLE OFFICIAL BLOG. **Introducing Google Drive... yes, really**. 2012. Disponível em: <https://googleblog.blogspot.com.br/2012/04/introducing-google-drive-yes-really.html>. Acesso em: 11 jul. 2020.

HAUBRICH, P.L.G.; SILVA, C.T.; KRUSE, M.H.L.; ROCHA, C.M.F. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como locus privilegiado da educação permanente em saúde. **Saúde Redes**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p.47-56. 2015.

HEIDEMANN, L. A.; OLIVEIRA, A. M. M.; VEIT, E. A. **Ferramentas online no ensino de ciências: uma proposta com o Google Docs**. Física na escola. São Paulo. v. 11, n. 2, p. 30-33. 2010.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S. GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. 384 p.

IVANKOVA, N. V.; CRESWELL, J. W.; STICK, S. L. Using mixed-methods sequential explanatory design: From theory to practice. **Field Methods**, v. 18, n. 1, p. 3-20. 2006.

JESUS, J. C. M.; RIBEIRO, V. M. B. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 153-161. 2012.

KHALILI, H.; HALL, J.; DE LUCA, S. Historical analysis of professionalism in western societies: Implications for interprofessional education and collaborative practice. **Journal of interprofessional Care**. v. 28, n. 2, p. 92-7. 2014.

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.

LAMERS, J. M. D. S.; TOASSI, R. F. C. Perspectivas para a formação dos profissionais da saúde: educação interprofissional em foco. **Revista saberes plurais: educação na saúde**. Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 34-42. 2018.

LIMA JESUS M.; ARAUJO, D. Politização e formação em serviço: significados e sentidos atribuídos pelos residentes em uma residência multiprofissional em saúde mental na Bahia. **Revista Psicologia-Teoria e Prática**, Brasília, v. 13, n. 3, p. 67-80. 2011.

LIMA, P. A. B.; ROZENDO, C. A. Challenges and opportunities in the Pró-PET-Health preceptorship. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, p. 779-791. 2015.

LOBATO, C. P.; MELCHIOR, R.; BADUY, R. S. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1273-91. 2012.

MALONE, D.; MARRIOTT, S. V.; NEWTON-HOWES, G.; SIMMONDS, S.; TYRER, P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3. 2007.

MARINHO, A. M. S. **Competências pedagógicas da preceptoria médica no Tocantins, sob o olhar do residente**. 2018. 83f. Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional e Ciências da Saúde, Universidade Federal do Tocantins. Palmas, 2018.

MAROJA, M. C. S.; ALMEIDA JÚNIOR, J. D.; NORONHA, C. A. Os desafios da formação problematizadora para profissionais de saúde em um programa de residência multiprofissional. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 24: e180616. 2020.

MARSHALL, C.; ROSSMAN, G. B. **Designing Qualitative Research**. 2. ed. London: Sage Publications, 1995.

MATUDA, C. G.; AGUIAR, D. M. D. L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, p. 173-186, 2013.

MICHEL, C.; OLSSON, T. O.; TOASSI, R. F. C. Educação Interprofissional em Saúde: análise bibliométrica da produção científica nacional. **Revista da ABENO**. [S. l.], v. 19, n. 4, p. 78-90. 2019.

- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S.F (Orgs). **Caminhos do Pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- MIRANDA NETO, M. V.; LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 586-93. 2015.
- MISSAKA, H.; RIBEIRO, V. M. B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos brasileiros de educação médica 2007-2009. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 303-310. 2011.
- OLIVEIRA, M. A. C; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. spe, p.158-164. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>>. Acesso em: 01 de fev, 2021.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2010.
- 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.; AGRELI, H. L. F.; SILVA, J. A. M.. SOUZA, H. S. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020. Supl. 1.
- PEDUZZI, M.; NORMAM, I; GERMANI, A. C. C. G.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, G. C. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983. 2013.
- PEDUZZI, M.; NORMAN, I. J. Validação de instrumento de medida do aprendizado interprofissional para trabalho em equipe. **Anais do 3º Encontro Internacional de Pesquisa em Enfermagem: avanços no cuidado, gestão e política**, p. R0168- 1, 2012.
- REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-196. 2016.
- REEVES, S., ZWARENSTEIN, M., GOLDMAN, J., BARR, H., FREETH, D., HAMMICK, M., KOPPEL, I. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. **The Cochrane database of systematic reviews**, v. 1. 2008.

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

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

ROSSIT, R. A. S.; FREITAS, M. A. O.; BATISTA, S. H. S. S.; BATISTA, N. A. Construção da identidade profissional na educação interprofissional em saúde: percepção de egressos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 22, p. 1399-1410. 2018.

SANTOS, L. C. D., SIMONETTI, J. P.; CYRINO, A. P. A educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem em prática na atenção primária à saúde: a perspectiva dos estudantes. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1601-1611. 2018.

SANTOS, J. L. G. ERDMANN, A. L.; MEIRELLES, B. H. S.; LANZONI, G. M. M.; CUNHA, V. P.; ROSS, R. Integrating quantitative and qualitative data in mixed methods research. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 26, n. 3, p. e1590016. 2017.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3203-3212. 2013.

SOUZA, A. C. **Pontilhando aprendizagens**: função preceptoria e práticas cuidadoras nos campos-equipes. 2014. 148f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2014.

STORTI, M. M. T.; OLIVEIRA, F. P.; XAVIER, A. L. A expansão de vagas de residência de Medicina de Família e Comunidade por municípios e o Programa Mais Médicos. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu-SP, v. 21, n. 1, p. 1301-1313. 2017.

TEIXEIRA, R. C.; DOMINGUES, R. J. S.; KIETZER, K. S.; ARAÚJO, R. M. S.; GONÇALVES, K. L. P. Preceptoria em saúde: definição do papel do preceptor. **Cadernos de educação, saúde e fisioterapia**, v. 5, n. 10. 2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Faculdade de Odontologia. **Projeto Pedagógico**. Porto Alegre, 2014. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/odontologia/ensino/odonto/graduacao/projeto-pedagogico-do-curso-diurno>>. Acesso em: 22 set. 2019.

WORLD CONFERENCE OF FAMILY DOCTORS (WONCA). **A definição Europeia de Medicina Geral e Familiar**. [Internet]. Barcelona: Wonca Europa, 2002. Disponível em: <<https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/European%20Definition%20in%20Portuguese.pdf>>. Acesso em: 21 set, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Transforming and scaling up health professional education and training**. Geneva: WHO, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

ZAMBON, Z. L. L. **Necessidade crescente de médicos de família para o sus e baixa taxa de ocupação nos programas de residência em medicina de família e comunidade: um paradoxo?** 2015. 199f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde). – Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior, Universidade Federal do Estado de São Paulo, São Paulo, 2015.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO

INSTITUIÇÃO DE VÍNCULO DO PESQUISADOR: Mestrado Profissional Saúde da Família PROFSAÚDE/UNIR

Pesquisador responsável: Camila Pardo Dala Riva

Endereço: Rua Carlos Durand de Obregon 322, Jardim América, Vilhena/RO

Fone: (69) 99280-9548

E-mail: camilamedisa@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: PRÁTICAS COLABORATIVAS E INTERPROFISSIONAIS DOS PRECEPTORES ENFERMEIROS, ODONTÓLOGOS E MÉDICOS EM UM MUNICÍPIO NO NORTE DO BRASIL**, que tem como objetivo avaliar a percepção e a disponibilidade para a aprendizagem interprofissional dos preceptores das residências em saúde no município de Vilhena por meio do trabalho em equipe, colaboração, identidade profissional e atenção centrada na pessoa na Atenção Primária à Saúde.

Tal estudo propõe como justificativa a necessidade de modificar e transformar os contextos e práticas dentro da APS, em prol do fortalecimento do SUS e organização dos processos de trabalho, sendo esta contemplada pela oportunidade dos cenários no município de Vilhena – RO dentro das unidades de saúde por meio da Integração Ensino- Serviço. Em conformidade ao modelo assistencial, integral e humanizado, articulados com as novas tendências pedagógicas do processo ensino-aprendizagem é crível o aprimoramento da percepção frente ao processo de interdisciplinaridade e práticas colaborativas, conectando e articulando os saberes, formando profissionais aptos para o trabalho em equipe e efetivando a interprofissionalidade na rotina dos profissionais, promovendo a integralidade na melhoria do cuidado.

Estudos indicam que a EIP permite alcançar uma prática colaborativa mais eficaz, otimizando os serviços de saúde e fortalecendo os sistemas de saúde na melhoria dos resultados. Usuário atendido por uma equipe interprofissional apresenta maior índice de satisfação, recebendo melhores cuidados e, conseqüentemente, melhores resultados

(MALONE et al., 2007), aspectos que vem ao encontro de estudar a preceptoria nas residências em saúde.

Considero que as atividades práticas dos programas de graduação e pós-graduação em saúde nas unidades públicas da Secretaria Municipal de Saúde de Vilhena são momentos ou espaços estratégicos e fundamentais para o processo ensino-aprendizagem da interprofissionalidade em equipes na APS. Dessa forma, a preceptoria pode assumir o protagonismo de representar a implementação entre a educação interprofissional em saúde gradualmente nas rotinas de trabalho em equipe que conduzam a adoção sistemática de práticas colaborativas no serviço, além de fortalecer e ampliar os saberes nos processos educacionais.

Justifica-se a realização deste estudo diante da relevância da temática, amplamente discutida no mundo, porém ainda pouco investigada na realidade brasileira, especialmente em cursos de pós-graduação. A produção científica ainda restrita sobre o tema no país também evidencia a importância da realização de estudos que contribuam para sua discussão e aprofundamento, tendo como alvo as residências multiprofissionais e buscando refletir sobre esse modelo de formação profissional.

Portanto, essa investigação poderá contribuir para o aperfeiçoamento das políticas de orientação da formação em saúde, oferecendo aos gestores aportes analíticos da implementação dos elementos da EIP para possíveis ajustes no que diz respeito à qualificação das ações de formação e sua implicação na atenção à saúde, tendo-se como foco central o usuário do SUS.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos:

A partir de uma amostragem não probabilística, a população do estudo consiste em profissionais de saúde das seguintes áreas: enfermagem, medicina, psicologia, odontologia, serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e farmácia que exercem a função de preceptores nos cenários de práticas das Unidades Básicas de Saúde devidamente registrados na função ativa de preceptoria diante à Secretaria Municipal de Saúde e Instituição de Ensino Superior vinculados as Unidades Básicas de Saúde.

No processo de produção de dados, será utilizado um estudo misto que avalia a disponibilidade interprofissional (RIPLS), composto por 26 questões assertivas adaptado para esta pesquisa e três perguntas abertas.

O questionário abrange 26 assertivas, será preenchido pelo participante da pesquisa nos cenários reais da prática da preceptoria de forma individual, divididas em três dimensões

que visam avaliar: 1 - Trabalho em Equipe e Colaboração (TEC); 2 - Identidade Profissional (IP); 3 - Atenção Centrada no Paciente (ACP).

A escala de Likert, é comumente utilizada para respostas oriundas de questionários, permitindo análise quantitativa e mensurando intensidade de percepções vivenciadas, desta forma, a escala utilizada no presente estudo será uma adaptação daquela: 1- Discordo Totalmente (DT); 2- Discordo (D); 3- Tenho dúvida (I); 4- Concordo (C); 5- Concordo totalmente (CT), para questões fechadas. Além disso, será aplicado um questionário socioprofissional aos preceptores da APS. Para análise dos dados serão utilizados estatística descritiva e correlações e Análise Temática de Conteúdo, segundo Bardin (2011).

O plano de trabalho de pesquisa é vinculado ao projeto matriz “Educação interprofissional e prática colaborativa entre profissionais da Atenção Primária à Saúde em Rondônia”, o qual foi aprovado pelo PPSUS – CHAMADA FAPERO/MS-DECIT/CNPq/SESAU-RO – N°. 001/2018, sendo financiado pela Fapero. O referido projeto foi aprovado pelo CEP/UNIR sob o parecer n. 3.605.943

Não obstante a atenção dada ao participante de forma a respeitar sua individualidade, seus questionários serão manipulados exclusivamente pelos pesquisadores, resguardando assim, o anonimato dos partícipes.

O motivo deste convite é que o (a) Sr. (a) se enquadra nos seguintes critérios de inclusão: profissionais de saúde das seguintes áreas: enfermagem, medicina, psicologia, odontologia, serviço social, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e farmácia que exercem a função de preceptores, devidamente registrados na função ativa de preceptoria diante à Secretaria Municipal de Saúde e Instituição de Ensino Superior vinculados as Unidades Básicas de Saúde.

O (A) Sr. (a) poderá deixar de participar da pesquisa nos casos em que forem observados os seguintes critérios de exclusão: profissionais temporários ou sem vínculo com a função de preceptoria.

Para participar deste estudo o (a) Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira, mas será garantido, se necessário, o ressarcimento de suas despesas, e de seu acompanhante, como transporte e alimentação.

O (A) Sr. (a) será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar, retirando seu consentimento ou interrompendo sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e privacidade, sendo que em caso de obtenção de fotografias, vídeos ou gravações de voz os materiais ficarão sob a propriedade do pesquisador responsável. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O (A) Sr. (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Mestrado Profissional Saúde da Família – ProfSaúde/UNIR e a outra será fornecida a(o) Sr. (a).

Caso haja danos decorrentes dos riscos desta pesquisa, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelo ressarcimento e pela indenização.

Eu, _____, portador do CPF _____, nascido (a) em ____/____/____, residente no endereço _____, na cidade de _____, Estado _____, podendo ser contatado (a) pelo número telefônico () _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo **EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: PRÁTICAS COLABORATIVAS E INTERPROFISSIONAIS DOS PRECEPTORES DE ENFERMAGEM, ODONTOLOGIA E MEDICINA EM UM MUNICÍPIO NO NORTE DO BRASIL**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo que os materiais e as informações obtidas relacionadas à minha pessoa poderão ser utilizados em atividades de natureza acadêmico-científica, desde que assegurada a preservação de minha identidade. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar, de modo que declaro que concordo em participar desse estudo e recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Vilhena/RO, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE 2 – 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 preceptoria 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?

Sim Não

15 Se não, marcar em que tipo de ensino exerceu a preceptoria na APS

Sim Não

16 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

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

Sim Não

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

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

Sim Não

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

Presencial EaD Presencial + EaD

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

Sim Não Parcialmente satisfeito

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

Sim Não

23 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

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

Sim Não

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

Sim Não

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

Sim Não

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

Sim Não

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

Sim Não

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

Sim Não

30 É possível conciliar suas atividades assistências com a preceptoria?

Sim Não

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

Sim Não

32 Você tem conhecimento sobre metodologia da pesquisa?

Sim Não

33 Você se sente seguro para desempenhar suas atribuições de preceptoria

Sim Parcialmente seguro Não

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

Sim Não

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO RIPLIS

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

| Nº | Afirmações | Concordo totalmente | Concordo | Nem concordo, nem discordo | Discordo | Discordo totalmente |
|----|--|---------------------|----------|----------------------------|----------|---------------------|
| 16 | A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que profissionais de outras profissões da saúde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Eu me sentiria desconfortável se outros profissionais da área da saúde soubessem mais sobre um tópico do que eu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Chegar a um diagnóstico é a principal função do meu papel profissional. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | 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 | Procuo 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 |

ANEXO 2 - 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 RONDÔNIA DE AMPARO AO DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES CIENTÍFICAS E TECNOLÓGICAS E A PESQUISA DO ESTADO DE RONDÔNIA

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 - FAPER, 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