



MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE

REIJANE BEZERRA DE PINHO LEMOS DE AGUIAR

**INTERDISCIPLINARIDADE E PRÁTICA COLABORATIVA NA PERCEPÇÃO DOS
PRECEPTORES DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA**

FORTALEZA

2018

REIJANE BEZERRA DE PINHO LEMOS DE AGUIAR

INTERDISCIPLINARIDADE E PRÁTICA COLABORATIVA NA PERCEPÇÃO DOS
PRECEPTORES DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado
Profissional em Ensino em Saúde do Centro
Universitário Christus, como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Avaliação do Ensino e
Aprendizagem

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Maria Costa
de Oliveira.

FORTALEZA

2018

Ficha catalográfica da obra elaborada pelo autor por meio do programa de geração automática da Biblioteca do Centro Universitário Christus, com dados fornecidos pelo(a) autor(a)

582i Bezerra de Pinho Lemos de Aguiar, Reijane
Interdisciplinaridade e Prática Colaborativa na
Percepção dos Preceptores de um Programa de
Residência Multiprofissional em Neurologia e
Neurocirurgia / Reijane Bezerra de Pinho Lemos de
Aguiar; orientadora Cláudia Maria Costa de
Oliveira. Fortaleza, CE 2018.
102 p.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação
Profissional de Ensino e Saúde) , Centro
Universitário Christus - Unichristus, 2018.

1. Preceptoria. 2. Equipe multiprofissional. 3.
Neurologia. 4. Residência Hospitalar. I. Maria
Costa de Oliveira, Cláudia, orient. II. Título.

REIJANE BEZERRA DE PINHO LEMOS DE AGUIAR

INTERDISCIPLINARIDADE E PRÁTICA COLABORATIVA NA PERCEPÇÃO DOS
PRECEPTORES DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA

Dissertação submetida à Coordenação de Pós-Graduação do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde do Centro Universitário Christus, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Aprovada em: 10/05/2018

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Cláudia Maria Costa de Oliveira
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. Marcos Kubrusly
Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Prof. Dr. Vasco Pinheiro Diógenes Bastos
Centro Universitário Estácio

Dedicatória

Ao meu Pai Aloísio Pinho (*In memoriam*)

À minha Mãe Maria Jose Pinho

Ao meu irmão Ronaldo Pinho

À minha filha Riane Aguiar

À minha filha Raine Aguiar

São definitivamente o que me faz SER e tocar a Vida em frente

AGRADECIMENTOS

Agradecimento e gratidão,

A todos os colegas preceptores da residência multiprofissional de neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza que participaram da pesquisa.

Aos colegas e amigos que foram ANJOS na minha vida. Sem eles certamente eu não teria conseguido.

Ao Dr. Marcus Cezar Silva de Moraes, fisioterapeuta do Hospital Geral César Cals.

À Dra. Raimunda Rosilene Magalhães Gadelha, fisioterapeuta do Hospital Geral de Fortaleza.

À Dra. Ivina Maria Siqueira Lima, enfermeira da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará.

À minha sobrinha Taina Correia Pinho.

Ao Mateus Estevam Medeiros Costa.

À minha orientadora Dra. Claudia Oliveira.

“Apesar dos efeitos colaterais, o amor ainda é
o melhor remédio.” (Miro da Muribeca)

“Cada um de nós compõe a sua história
Cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz
E ser feliz.” (Almir Sater)

RESUMO

O trabalho em equipe multiprofissional é uma das principais características do trabalho em saúde. A equipe multiprofissional de saúde surge enquanto uma alternativa para efetivar o cuidado integral em saúde, e o processo multiprofissional é construído no interior dessas equipes. Nessa direção, a Residência Multiprofissional em Saúde se configura como um espaço para o desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde, sendo um dispositivo potencial para a promoção das mudanças pretendidas pelos profissionais de saúde, a fim de consolidar os princípios do SUS. Diante do exposto, a presente dissertação tem como objetivo analisar a percepção dos preceptores acerca do processo de interdisciplinaridade na residência multiprofissional de neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Ceará. Trata-se de um estudo de natureza descritivo-exploratória e analítica com abordagem qualitativa e quantitativa. Na primeira etapa, os 34 participantes foram submetidos a uma entrevista semiestruturada e responderam a um questionário sociodemográfico e ocupacional. Posteriormente, os preceptores foram solicitados a responder a um questionário de avaliação da interdisciplinaridade, a Escala de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional (RIPLS). Após a coleta do material das entrevistas, os dados foram transcritos e a avaliação das entrevistas foi realizada através da análise de conteúdo de Bardin. A análise estatística descritiva, como médias, desvio-padrão e frequências, referente ao questionário RIPLS foi realizada com o auxílio do SPSS (v.21). Os preceptores em estudo apresentaram o seguinte perfil: idade média $43,7 \pm 9,65$ anos, sendo 94,1% do sexo feminino. O tempo médio de atuação na preceptoria foi de três anos e 58,8% dos preceptores tinham curso de formação para preceptoria, 23 preceptores (67,6%) tinham título de especialista, nove curso de mestrado (26,5%) e um com doutorado (2,9%). Dentre as três dimensões do RIPLS, os entrevistados concordaram totalmente com o que é preconizado na dimensão Trabalho em equipe e colaboração e Atenção centrada no paciente, com 66,7% e 61,8% dos participantes, respectivamente, demonstrado, assim, a importância denotada à inter e multiprofissionalidade por este grupo. Por sua vez, o fator Identidade profissional, obteve uma maior concentração nas opções discordo totalmente (38,2%) e discordo (41,2%), e encontra-se em zona de alerta ($2,44 \pm 0,72$), devendo-se essa fragilidade provavelmente ao fato de a residência multiprofissional de neurologia e neurocirurgia ser um processo formativo ainda em consolidação. Considerando os discursos dos preceptores, foi possível identificar após a análise de conteúdo três classes temáticas: Preceptor e sua prática profissional, Aspectos positivos e negativos da interdisciplinaridade, e Processo de trabalho da equipe na residência multidisciplinar. O papel do preceptor no processo ensino-aprendizagem, sua interação com as diversas áreas na construção da prática profissional e a necessidade de construção da identidade da residência surgem como situações vivenciadas pelos preceptores. Ficou claro que o tratamento holístico é o principal benefício encontrado na residência e como entrave, está a falta de comunicação entre residentes e demais trabalhadores do hospital. No entanto, a intersecção entre as diversas profissões é crucial para a efetivação da residência e a visita multiprofissional é a principal atividade desenvolvida pelas equipes. O envolvimento de todos que fazem parte do hospital para a efetivação da residência multiprofissional de neurologia e neurocirurgia é imprescindível para a melhoria do programa.

Palavras-chave: Preceptoria. Equipe multiprofissional. Neurologia. Residência Hospitalar.

ABSTRACT

The multiprofessional teamwork and one of the main characteristics of health work. The multiprofessional team of healths as an alternative to carry out the integral health care and the process multiprofessional and built inside these teams. In this direction the multiprofessional health residence constitutes as a space for the of the development actions of education to remain in health being a potential device for the promotion of the changes intended by the health professionals in order to consolidate the SUS principles. The purpose of this dissertations is to analyze the perception of the residence preceptors about the interdisciplinary process in the multiprofessional residence of neurology and neurosurgeryof the Hospital Geral Fortaleza, Ceará. It is a descriptive exploratory and analytical study with qualitative and quantitative approach. In the first stage, the 34 participants underwent a semi structured interview and answered a sociodemographic and occupational questionnaire. Subsequently the preceptors were asked to answer an interdisciplinarity evolution questionnaire, the readiness for interprofessional learning scale (RIPLS). Af the collection of the interview material the date were transcribed and a floating reading was carried out, that is the in depth reading of each of the reports to dominate other whole of the same testimony. The descriptive sytastistical analysis as means, standard deviation and frequencies for RIPLS was perfered with the help of SPSS (Vol 21). The preceptors studied presented the following profile, meanage 43.7 ± 9.65 years, being 94.1% females. The average time of performance in the preceptory was of 3 years and 58.8% of the preceptors had training course for preceptorea. Twenty-three preceptors (67.6%) had specialist qualifications, 9 masters degree (26.5%) and 01 with doctorate (2.9%). Among the three dimensions of the RIPLS the interviewees totally agreed with what recommended in the teamwork and patient -centered collaboration and attention dimension with 66.7% and 61.8% respectively ,demonstrating the importance denoted to inter and multiprofessionality this group in turn the professional identity facto obtained higer concentration in the options. I totally disagree (38.2%) and I disagree (41.2%) is in alert zone should this fragility propablydue to the fact that the residence multidisciplinary neurology and neurosurgery be a formative process stile in consolidation. Among the three dimensions of RIPLS patient-centered attention and teamwork and collaboration present high levels different from the professional identity dimension wich had a low to moderate index. Considering the speeches of the preceptor it was possible identify after the content analysis three thematic classes preceptor and his professional practice positive and negatives aspects of interdisciplinary, and teamwork process in the multidisciplinary residence. The role of the preceptor in the teaching process learning his interaction with the various areas in the construction of professional practice and the need to constructor the identity of redemption emerges as situations experiences by residents. It was clear that holistic treatment is the main benefit found in the residence and as a hindrance this the lack of communication between residents and other works in the hospital. However, the intersection between the various professions is crucial for the effectiveness of residence and multiprofessional visits and the main activity developed by the teams. It is necessary the involvement of all those who are part of the hospital for the accomplishment of the multiprofessional residence of neurology and neurosurgery indispensable for the improvement of the program.

Keywords: Preceptorship. Patient Care Team. Neurology. Internship and Residency.

LISTA ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1.	Perfil profissional dos preceptores da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza-CE, 2018.....	40
Gráfico 2.	Formação pós-graduação (Titulação) dos preceptores da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza-CE, 2018.....	41
Figura 1.	Rede de colaboração entre as diversas categorias profissionais da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza-CE, 2018.....	57

LISTA QUADROS

Quadro 1.	Diferenças paradigmáticas em saúde.....	51
-----------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Perfil sociodemográfico dos preceptores da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza-CE, 2018.....	39
Tabela 2.	Consistência interna das dimensões e análises descritivas da Escala de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional aplicada entre preceptores da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza-CE, 2018.....	42
Tabela 3.	Trabalho em Equipe e Colaboração, segundo preceptores da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza-CE, 2018.....	44
Tabela 4.	Identidade Profissional, segundo preceptores da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza-CE, 2018.....	45
Tabela 5.	Atenção Centrada no Paciente, segundo preceptores da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza-CE, 2018.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

CEP - Comitê de Ética em Pesquisas

CNRMS - Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

EPS - Educação Permanente em Saúde

ESP-CE - Escola de Saúde Pública do Ceará

HGF - Hospital Geral de Fortaleza

IEPS - *Interdisciplinary Education Perception Scale*

NHE- Núcleo Hospitalar de Epidemiologia

RIS - Residência Integrada em Saúde

RIPLS – Readiness for Interprofessional Learning Scale

RMS - Residência Multiprofissional em Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 A MULTI, A INTER E A TRANSDISCIPLINARIDADE	17
1.2 O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE	20
1.3 A MULTIPROFISSIONALIDADE E A INTERDICPLINARIDADE NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA	21
1.4 O PAPEL DO PRECEPTOR NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	25
1.5 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA NO CEARÁ.....	26
1.6 JUSTIFICATIVA	28
1.7 OBJETIVOS	29
1.7.1 Objetivo Geral	29
1.7.2 Objetivos Específicos	29
2. MÉTODOS	32
2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	32
2.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA	32
2.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO	32
2.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	33
2.5 PROCEDIMENTOS DE OBTENÇÃO DE DADOS	33
2.6 ANÁLISE DOS DADOS	35
2.7 ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS	36
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
3.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL DOS PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	39
3.2 DISPONIBILIDADE PARA APRENDIZAGEM INTERPROFISSIONAL	42
3.2.1 Trabalho em equipe e colaboração	43
3.2.2 Identidade profissional	45
3.2.3 Atenção centrada no paciente	47
3.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS	48
3.3.1 Preceptor e sua prática profissional	48
3.3.2 Aspectos positivos e negativos na residência multiprofissional.....	52
3.3.3 Processo de trabalho da equipe na residência multiprofissional	55
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60

REFERÊNCIAS	64
APÊNDICE I	73
APÊNDICE II	74
APÊNDICE III	75
APÊNDICE IV	76
ANEXO I	96
ANEXO II	101
ANEXO III.....	102

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 A MULTI, A INTER E A TRANSDISCIPLINARIDADE

Tradicionalmente, a ciência se divide em campos de conhecimento e atuação, com aplicações individualizadas de métodos e teorias. De maneira geral, entendia-se que o aprofundamento em um único elemento da ciência clássica seria uma forma de atingir o conhecimento como um todo. No entanto, em meados da segunda metade do século XX, surge uma contestação sobre esse tipo de sistemática, ao questionar a separabilidade das áreas científicas, com o posterior surgimento de ciências sistêmicas, que as reintegravam. É nesse contexto que surgem as conceituações de multi, inter e transdisciplinaridade como formas de impedir a fragmentação do conhecimento e, ao invés disso, oferecer uma compreensão ampla de fatos e fenômenos (BICALHO; OLIVEIRA, 2011)

Segundo Morin (1999), o termo disciplinaridade teve surgimento no século XIX, remontando à criação de universidades e ao início da pesquisa científica. A disciplina institui a demarcação entre as áreas de conhecimento, individualizando-as e gerando a especialização do trabalho. A disciplina possui autonomia: apropria-se de técnicas, teorias, métodos e linguagens. Além disso, observa-se que a partir de seu aparecimento, as interconexões entre áreas de conhecimento tendem a sumir. Quando a fronteira disciplinar, sua linguagem e seus conceitos isolaram-na das outras disciplinas e dos seus problemas, originou-se, muitas vezes, entre seus integrantes um espírito de posse que impedia toda e qualquer circulação estranha, na sua parcela do saber.

A multidisciplinaridade ou pluridisciplinaridade, conforme Nicolescu (2000), corresponde à busca da integração de conhecimentos por meio do estudo de um objeto de uma mesma e única disciplina ou por várias delas ao mesmo tempo. De acordo com Bicalho e Oliveira (2011), tem como principal característica a justaposição de ideias. A multidisciplinaridade estaria hierarquicamente no primeiro nível, inferior, de integração entre as disciplinas, quando comparada à inter e à transdisciplinaridade. Em suma, seria uma forma de, a exemplo de uma equipe multidisciplinar em um contexto hospitalar, individualizar as áreas de atuação, porém construindo uma camada de “serviços adicionais” ao tratamento de um paciente, como sugere Tavares et al. (2012). Embora haja uma complementaridade de conhecimentos em virtude da integração entre disciplinas, não há modificação entre visões entre as mesmas, logo corresponde a uma simples associação de ideias com um objetivo

comum. Seu emprego é limitado, visto que é incapaz de oferecer uma efetiva resolução para os problemas de fragmentação e desarticulação entre conhecimentos, de acordo com Pires (1998).

Surgida no século XIX, a interdisciplinaridade é definida, segundo Piaget et al (1976), como laços existentes entre as diversas disciplinas das ciências do homem, e entre estas e as ciências exatas e naturais, processo que Piaget chamou de interconexões – problemas vistos de diferentes ângulos com a ajuda de métodos convergentes.

A interdisciplinaridade busca extrapolar os limites entre os conhecimentos, que ao invés de se individualizarem, agora são tangidos entre si, sendo capazes de interagirem e de se comunicarem. Segundo Nicolescu et al (2000), a interdisciplinaridade “diz respeito à transferência de métodos de uma disciplina para outra” e conforme Domingues (2005) apresenta como características básicas: a aproximação de campos disciplinares diferentes para a solução de problemas específicos, o compartilhamento de metodologias e a geração de novas disciplinas após cooperação e fusão entre os campos.

Ela ainda pode ser sintetizada como sendo uma filosofia, um método e ao mesmo tempo instrumental de trabalho, segundo o qual várias disciplinas contribuem para ampliar a visão e a compreensão da realidade e para aumentar a capacidade de alcance dos objetivos. É um campo de práticas e saberes, em torno de um objetivo comum, onde se procura ver o todo, transitando entre o geral e o específico. São saberes que se trocam e se transformam em novos conhecimentos, resignificando a realidade, sem, contudo, se constituir num saber único (SCHERER; PIRES, 2009).

Segundo Gomes e Deslandes (1994) a interdisciplinaridade, não anula a disciplinaridade. Assim como não significa a justaposição de saberes, também não anula a especificidade de cada campo de saber. Implica nos envolvidos apresentarem uma consciência dos limites e das potencialidades de cada campo de saber, e com isso, ocorre uma abertura em direção de um fazer coletivo.

Ao ocupar uma posição intermediária entre a multidisciplinaridade e a transdisciplinaridade, representa um nível superior de exploração de um tema, ao se observar que há intercâmbio de conhecimento e enriquecimento mútuo através da troca de informações, noções, teorias e conceituações entre as disciplinas, conforme Piaget (1978). O surgimento de novas disciplinas a partir da interdisciplinaridade também desponta como uma de suas vantagens. Esse processo ocorre devido à quebra de fronteiras entre as áreas de conhecimento, gerando melhor formação de profissionais que apresentam, dessa forma,

múltiplas competências. Deve-se ressaltar, no entanto, que a interdisciplinaridade não está sustentada na mera troca de informações entre áreas ou a incorporação de conceitos e teorias entre si, mas sim na real comunicação entre elas, firmada no diálogo.

A transdisciplinaridade surge como uma forma de complementar a interdisciplinaridade, ao promover uma nova maneira de atingir níveis mais profundos de interação entre as áreas de conhecimento. De acordo com Paul (2005), a transdisciplinaridade não se refere a uma simples permuta de métodos, como encontramos na pluri ou na interdisciplinaridade. Ela supõe não permanecer, mas passar além. As fronteiras entre os conhecimentos desaparecem e há ampla integridade entre as áreas, de forma a criar uma espécie de macrodisciplina. A transdisciplinaridade se trata de uma busca de ultrapassar as barreiras entre as disciplinas, que as afastam umas das outras, e que se fundem numa outra coisa, que transcende a todas. (MENDES; LEWGOY; SILVEIRA, 2008). No entanto, pode-se observar que no âmbito das áreas da saúde, por exemplo, não se obteve muito sucesso entre as equipes multiprofissionais, visto que, na maioria das vezes, as posições entre as áreas de atuação permanecem hierarquizadas e as equipes fragmentadas.

De maneira geral, observa-se que os diversos processos citados de interconexão entre áreas de conhecimento podem prover uma maior correlação de saberes, com um objetivo específico. Embora muitas vezes o emprego ideal de qualquer um dos métodos abordados seja comprometido em virtude de falta de interação entre profissionais e da fragmentação da comunicação entre os mesmos, pode-se reforçar a importância de sua utilização na prática das mais diversas áreas de atuação profissional. Para Bicalho e Oliveira (2011), a multi, a inter e a transdisciplinaridade trazem a proposta de oferecer alternativas aos modos de pensar e fazer da ciência clássica, disponibilizando para além do pensamento analítico-reducionista, uma forma de investigação científica que atenda a necessidade de compreensão de fatos e fenômenos em toda sua complexidade. Os conceitos associados aos três termos acima mencionados não são contudo, únicos ou aceitos com tranquilidade pelos estudiosos. Eles foram assumindo significações diversas ao longo das últimas décadas, mantendo em comum, a ideia de que representam movimentos que surgiram em resposta à fragmentação do conhecimento.

Desse modo, pode-se concluir que, por meio da multi, inter e transdisciplinaridade, há a possibilidade da expansão de horizontes e maior horizontalização do conhecimento, de forma a fortalecer e construir bases cada vez mais sólidas de saber e, também, cada vez mais integradas, amplas e interdependentes. Além disso, deve-se ressaltar que seus empregos e a implementação de formas para atingir níveis ideais de troca de informações entre áreas devem

ser mais estimulados, tendo em vista os inúmeros benefícios de sua utilização na prática de equipes multiprofissionais (MENDES, 2013).

1.2 O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Uma das principais características do trabalho em saúde é o trabalho em equipe multiprofissional. A equipe multiprofissional de saúde surge enquanto uma alternativa para efetivar o cuidado integral em saúde e o processo multiprofissional é construído no interior dessas equipes. O trabalho multiprofissional garante a interação entre vários conhecimentos técnicos e específicos. Essas relações resultam em soluções ou propostas de intervenção, as quais não poderiam ser produzidas por nenhum profissional de forma isolada, e sim como fruto da cooperação de diversos indivíduos, portadores de diferentes saberes (FEVERWERKER; SENA, 1999).

Nas pesquisas de Peduzzi (1998), compreendemos a multiprofissionalidade como uma modalidade do trabalho coletivo, que se materializa na troca e conexão entre várias intervenções técnicas de múltiplos agentes, cujo mecanismo primordial é a linguagem que realiza um processo de mediação simbólica entre os vários saberes.

Para Feverweker e Sena (1999), trabalho multidisciplinar e interdisciplinaridade não são sinônimos. O primeiro existe na interação entre os vários conhecimentos, técnicas específicas com a produção de uma solução-proposta de intervenção que não seria produzida por nenhum dos profissionais isoladamente. Por outro lado, a interdisciplinaridade propõe uma orientação para o estabelecimento da síntese dos conhecimentos, se não chegando a um conhecimento humano em sua integralidade, pelo menos levando a uma perspectiva de convergência e interação dialética dos conhecimentos específicos. A possibilidade de compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença passa necessariamente por uma abordagem interdisciplinar e por uma prática multiprofissional.

A equipe multiprofissional de saúde aparece respaldada principalmente pela noção de atenção integral ao paciente, tendo em conta os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação, que deveriam ser contemplados a partir dos conceitos de processo saúde-doença, e de estratégias de integração (PEDUZZI, 2000).

Ainda com o autor em questão (PEDUZZI, 2000), o trabalho multiprofissional tem como critérios de organização os itens:

- Comunicação intrínseca ao trabalho;
- Projeto assistencial comum;
- Diferenças técnicas entre trabalhos especializados;
- Arguição das desigualdades dos trabalhos especializados;
- Especificidade dos trabalhos especializados;
- Autonomia técnica de caráter independente.

A equipe multiprofissional tem como tipologia a articulação das ações, com interação dos agentes. Percebe-se também que a flexibilidade de divisão do trabalho convive com as especialidades de cada área profissional. No entanto, quanto maior a ênfase na flexibilidade e na especificidade da divisão do trabalho, mais integrado e mais próximo o agrupamento da equipe acontecerá (PEDUZZI, 2000).

Tendo a devida atenção de não propor outra ordenação de trabalho coletivo que tenha como referência o modelo biomédico dominante, embora seja uma linha de fronteira suscitando o questionamento das desigualdades entre os diferentes trabalhos e a pertinência da introdução de outras abordagens as necessidades de saúde (PEDUZZI, 1998).

Ainda segundo Peduzzi (1998), a vivência multiprofissional nos serviços de saúde pode aparentar ser fácil e corriqueira, porém vivenciar a cooperação e a integração dos diversos saberes é constantemente um desafio para os profissionais de saúde, requerendo que os conflitos sejam explicitados e sejam enfrentados de forma dialógica no cotidiano dos serviços.

1.3 A MULTIPROFISSIONALIDADE E A INTERDISCIPLINARIDADE NOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA

No breve passeio pela literatura acerca da historicidade dos programas de residência, constatou-se que os cursos de Residência Médica como ideal para formar médicos especialistas inspiraram a criação da Residência em Enfermagem (BARROS; MICHEL, 2000). As autoras em questão expõem que a Residência em Enfermagem possuía um processo idêntico ao da Residência Médica, que outrora surgira nos EUA, e *a posteriori*, cursos semelhantes foram criados em vários países. No contexto brasileiro, foi a Residência em Enfermagem surgida em 1961 o primeiro curso de pós-graduação que envolveu profissionais

da saúde não médicos. Esse curso se deu no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo (ABEN,1994).

Após 30 anos de funcionamento do primeiro curso brasileiro de Residência em Enfermagem é que foi deliberado o Anteprojeto de Lei nº 2.264/1996, após o Seminário do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e dos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), realizado em Salvador. O anteprojeto de 1996 concebeu a Residência em Enfermagem e a Comissão Nacional de Residência em Enfermagem (BRASIL, 1996).

Porém, o primeiro curso de pós-graduação enquanto residência e de caráter multiprofissional surgiu na década de 70 no Centro de Saúde Escola Murialdo, vinculado à Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre. Tal residência multiprofissional oferecia vagas para enfermeiros, assistentes sociais e médicos veterinários (MULLER; HAAG; SILVA, 2001).

Outros Programas de RMS surgiram, sendo dirigidos às diversas profissões, durante a década de 70, como a Residência em Análises Clínicas do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (HU/UFJF), que deu início suas atividades em 1979. Nessa mesma instituição de ensino superior, em 1998, a Faculdade de Serviço Social implantou o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, direcionado a várias graduações da área da saúde, esse Programa era composto da Residência em Serviço Social e do Curso de Especialização em Ações Institucionais e Saúde Pública (UFJF, 2013).

De acordo com Ceccim e Armani (2001), a partir de 1990, a RMS do Centro de Saúde Escola do Murialdo passou a ser Residência Médica. Os principais motivos para término do Programa Multiprofissional se deram pela discrepância entre a remuneração e a carga horária dos residentes médicos e as demais profissões. Porém, a partir de 1999, com a aprovação da Portaria nº 16/1999 pela Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, a antiga Residência do Centro de Saúde Murialdo retornou a ser um Programa Multiprofissional, no modelo de RMS.

As Residências em Saúde que não eram Residências Médicas, surgidas nas décadas de 70 e 80, passaram por grandes obstáculos para se manterem em funcionamento, tais como: a ausência de legislação para cursos de especialização e aperfeiçoamento na modalidade Residência em Saúde que não fossem direcionados aos médicos e, sendo assim, não era possível a equiparação, em relação aos residentes médicos, de carga horária e, tampouco, do valor da bolsa. Deste modo, a inexistência de legislação específica que determinasse a obrigatoriedade de auxílios federais e estaduais para o bom funcionamento dos Programas de

Residência em várias áreas da saúde ocasionou o fim de inúmeros cursos dessa natureza (STEPHAN-SOUZA et al, 2011; FARIAS, 2016).

Segundo Rosa e Lopes (2009), um marco importante ocorreu em 2002, com o início da política de educação na saúde, que trouxe a intenção do Governo de oferecer vagas multiprofissionais para o máximo das especialidades, tendo como foco o incentivo ao trabalho em equipe e a construção da integralidade do cuidado da formação em saúde.

As RMS surgiram através da necessidade de formar profissionais para uma atuação diferenciada no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que pressupõem a construção interdisciplinar dos profissionais em saúde, trabalho em equipe, dispositivo de educação permanente e reorientação das lógicas técnicas e assistenciais (SILVA et al., 2016).

A promulgação da Lei nº 11.219, de 30 de junho de 2005 instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e deu início ao processo de regulamentação da RMS, modalidade de ensino pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço com a proposta de formação de profissionais que integrem a área de saúde (BRASIL, 2006; BARROS, 2010).

A RMS se configura como um espaço para o desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), sendo um dispositivo potencial para a promoção das mudanças pretendidas pelos profissionais de saúde, a fim de consolidar os princípios do SUS (SILVA et al., 2016). A multidisciplinaridade surge como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde focada na prática integrada entre as diversas profissões, visando um atendimento amplo e que consiga captar toda a complexidade envolvida no processo do cuidado à saúde (GONZE, 2009). Segundo Ferreira (2007), ao falarmos em residência multiprofissional, pensamos na integração entre trabalho e educação de diferentes profissões e diferentes áreas do conhecimento, estimulando o diálogo e buscando a integração entre os diferentes saberes e fazeres.

O trabalhador da saúde é o maior recurso que o SUS necessita para garantir o cuidado em saúde. A tradicional formação desses profissionais vai de encontro com o sistema de saúde que o país defende, formando trabalhadores despreparados para os níveis de atenção à saúde que mais demandam profissionais. Uma equipe de saúde capacitada para lidar com a complexidade do processo saúde-doença, que articule e estruture o processo de trabalho baseado na prática multiprofissional e com abordagem interdisciplinar se configura como um dos pilares da RMS (SCHERER; PIRES, 2009; SOUZA SALVADOR et al., 2011).

A intrínseca característica da interdisciplinaridade confere caráter inovador aos programas de RMS (BRASIL, 2006) e somente a partir da década de 60, começou a ser enfatizada como necessidade de transcender e atravessar o conhecimento fragmentado (VILELA; MENDES et al., 2003). A interdisciplinaridade é conceituada pelo grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas desse processo interativo, onde todas as disciplinas devem sair enriquecidas. Não basta somente tomar de empréstimo elementos de outras disciplinas, mas comparar, julgar e incorporar esses elementos na produção de um conhecimento modificado (VILELA; MENDES, 2003; COSTA, 2007).

Na RMS, a interdisciplinaridade é um elemento onde a consolidação do saber “inter categorias” visa à formação coletiva inserida no mesmo “campo” de trabalho sem deixar de priorizar e respeitar os 'núcleos' específicos de saberes de cada profissão (BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde - 2006), criando espaços potentes de formação dos profissionais de saúde para o direcionamento de sua prática em defesa das prerrogativas e necessidades do SUS (SALVADOR et al., 2010).

A interdisciplinaridade é descrita como um trabalho conjunto no mesmo espaço e tempo, mas também pode acontecer mesmo quando um profissional está sozinho, realizando um trabalho, porque conhecimento, métodos ou abordagens utilizadas por outras profissões podem ter sido incorporados em experiências anteriores de trabalho conjunto. A interdisciplinaridade depende de uma mudança de atitude em relação ao conhecimento e a troca de uma concepção fragmentada por uma concepção de unidade nas pessoas e em seus fazeres, criando a possibilidade de atitudes interdisciplinares (SCHERER; PIRES, 2009).

Segundo Chirelli (2002), para que a interdisciplinaridade seja efetiva, é imprescindível que haja disponibilidade dos profissionais, com a adoção de posturas flexíveis, solidárias e democráticas. A vivência multiprofissional materializada nas residências se configura como uma fonte condicionante para a busca da integralidade no cuidado, participando de um processo formativo, tendo como alicerce a formação articulada entre diferentes profissões da área de saúde, buscando construir um saber coletivo (DEVINCENZI et al., 2017).

1.4 O PAPEL DO PRECEPTOR NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Os preceptores são designados pelas áreas responsáveis para orientação dos residentes nas atividades relativas à sua categoria profissional (núcleo) ou entre as categorias (campo), devendo promover a integração entre os diferentes profissionais em formação, destes com a equipe de saúde, com a população e com os demais serviços que irão estabelecer relação durante a residência. Nesse caso, o preceptor atua como educador e mediador, fortalecendo o trabalho interdisciplinar, interprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade (LORENZ, 2010).

Cabe destacar que o conceito do preceptor ainda não tem significado definitivo, mas vem sendo construído por suas relações com os fatos. Assim, conceitos que parecem tão claros e delimitados podem ter várias facetas complexas e frequentemente contraditórias. Embora os conceitos de preceptor sejam distintos, a maioria deles apresenta um componente implícito de caráter pedagógico e busca uma identificação nas consagradas imagens de formador: docente-clínico, educador, facilitador e apoio pedagógico (AUTONOMO et al., 2015).

A terminologia preceptor é usada para distinguir o profissional que tem relevante papel na socialização e inserção do recém-graduado no ambiente de trabalho. Porém, usa-se para designar aquele professor que ensina pequeno grupo de alunos ou residentes com destaque na prática clínica e, principalmente, no desenvolvimento para tal prática. A principal função do preceptor é, por meio de instruções formais e com determinados objetivos, ensinar a clinicar; além disto, tem um papel de suporte para ajudar o profissional a ter um maior conhecimento na prática, até que tenha uma maior confiança e segurança no momento de atuar em sua área (BOTTI; REGO, 2008). Segundo Afonso e Silveira (2011, p. 83), “ser preceptor hoje é saber renovar, reconstruir, refazer a profissão. Deparar-se com o desafio do domínio de conteúdos, que se desatualizam em velocidade assustadora e necessitam de atualização permanente”. Outrossim, o processo de ação de educar, que é imposto ao preceptor compreende ainda um dos maiores desafios, pois ensinar e orientar é um trabalho reconstrutivo, sempre em busca da autonomia do educando.

Atuando de forma efetiva no processo de formação do residente, o preceptor fomenta o aprendizado para que o residente possa atuar de forma interdisciplinar e resolutiva. Embora muitas vezes ele não pertença à academia, o preceptor desempenha importante papel na formação, inserção e socialização do residente no ambiente de trabalho, integrando conceitos

e valores da teoria e prática (PONTES; REGO; SILVA JUNIOR, 2006; RODRIGUES, 2012; AUTONOMO et al., 2015). É importante destacar que o preceptor não precisa ser da mesma categoria profissional do residente, por entender que “não é da responsabilidade da residência formar especificamente o núcleo e sim da graduação” (PONTES, 2005, p. 73). Visto que “a proposta da residência é promover a aquisição de competências de outra ordem que, quando incorporados, se aliarão ao conhecimento específico de cada área” (PONTES, 2005, p. 85).

A atividade de preceptoria exige dos profissionais o acréscimo de uma formação pedagógica, além das funções técnicas já existentes, mas o que se observa na prática é um pequeno investimento nessa formação prévia. Como estratégia para promover a educação permanente interprofissional e interdisciplinar na assistência especializada em saúde, a RMS habilita os profissionais para o cuidado. O corpo docente da RMS que atua na formação e condução dos residentes é constituído por preceptores de campo e núcleo pertencentes ao quadro profissional da instituição (BISPO; TAVARES; TOMAZ, 2014).

1.5 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA NO CEARÁ

No Estado do Ceará, a Residência Integrada em Saúde (RIS), implantada em 2013, é um programa de pós-graduação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde, em caráter de dedicação exclusiva, caracterizando-se como educação para o trabalho, através da aprendizagem em serviço. A Escola de Saúde Pública do Ceará ativa e capacita lideranças técnicas, científicas e políticas por meio da interiorização da educação permanente interprofissional, na perspectiva de contribuir para a consolidação da carreira na saúde pública e para o fortalecimento das redes assistenciais do SUS (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ [ESP-CE], 2017). A residência multiprofissional de saúde contempla as diretrizes da Resolução 2 e 5 do Conselho Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), principalmente a transversalidade com temas comuns aos SUS.

O programa conta com 327 vagas distribuídas entre 13 profissões da saúde e com 11 ênfases: Comunitárias - Saúde da Família e Comunidade; Saúde Mental Coletiva e Saúde Coletiva; Hospitalares - Enfermagem Obstétrica, Neonatologia, Pediatria, Infectologia, Neurologia e Neurocirurgia, Cardiopulmonar, Urgência e Emergência e Cancerologia (ESP-CE, 2016).

A RMS com ênfase em neurologia e neurocirurgia desenvolvida no Hospital Geral de Fortaleza (HGF) surgiu em 2014 e visa formar e ativar lideranças técnicas, científicas e políticas para a qualificação da rede do paciente Neurológico e Neurocirúrgico de Alta Complexidade em face das estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde, embasada na colaboração interprofissional, na integralidade e na intersetorialidade (ESP-CE, 2016).

A residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia do HGF iniciou com 24 vagas. A princípio foram ofertadas 4 vagas para enfermagem, 2 para farmácia, 4 para fisioterapia, 3 para fonoaudiologia, 4 para nutrição, 2 para psicologia, 1 para odontologia, 2 para serviço social e 2 para terapia ocupacional. No último edital lançado, foram ofertadas 12 vagas (ESP-CE, 2017).

Os setores por onde os residentes passam são: Enfermaria de Neurologia, com 24 leitos; Unidade de Acidente Vascular Cerebral (AVC), comportando 20 leitos; UTI neurológica com 14 leitos; Emergência com 55 leitos; Serviço de Cuidados Paliativos, que tem 54% de pacientes neurológicos e neurocirúrgicos distribuídos nas mais diversas enfermarias; Ambulatórios de Alzheimer, Parkinson, Esclerose múltipla; Gerência de risco e Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE).

Os cenários de prática se iniciam com imersão e territorialização através do acolhimento coletivo na Escola de Saúde Pública do Ceará e no Hospital Geral de Fortaleza. Os residentes do primeiro ano iniciam os rodízios pela sala de recuperação da Emergência, Equipe de Cuidados Paliativos, Enfermarias das Clínicas Neurológicas, Unidade de Acidente Vascular e UTI Neurológica.

Por outro lado, os cenários de prática dos residentes R2 ocorrem nos ambulatórios de Esclerose Múltipla, Parkinson, Alzheimer, Unidade de AVC, NHE e Gerência de Riscos. Além de uma clínica-creche, com crianças em tratamento das mais diversas patologias neurológicas, localizada na cidade de Fortaleza. Cada equipe é formada por um profissional residente de cada área, os quais realizam rodízios entre os vários setores no período de 01 mês.

A residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia do HGF segue uma agenda com treinamento em serviço durante toda a semana nos dois turnos. Além disso, em tardes previamente agendadas, é debatido junto com a equipe multiprofissional um estudo de caso.

A formação da residência multiprofissional é composta por preceptor de núcleo, o qual atua com residentes de sua mesma categoria, dentro do campo de estágio e por preceptor de campo, que atua com residentes das várias áreas, sendo facilitador das rodas de campo. A outra preceptoria é a de referência, com o papel semelhante ao preceptor de campo, atua dentro do campo de estágio organizando atividades com os residentes das várias áreas.

Os preceptores são específicos para cada área de cada profissão, sendo que os preceptores de campo usam estratégias educacionais teóricas, teórico-práticas e práticas dos programas que necessariamente, além da formação específica voltada às áreas de concentração e categorias profissionais, eles têm que contemplar temas relacionados à bioética, ética profissional, metodologia científica, epidemiologia, estatística, segurança do paciente, políticas de saúde e ao SUS (CONSELHO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE [CNRMS], 2014).

Esses preceptores aplicam metodologias de conhecimento e avaliação denominados de Módulos transversais, Módulos específicos, Tenda invertida, Rodas de núcleo e Rodas de campo. Os módulos transversais são módulos de temas comuns a todas as residências da ESP-CE, em que são discutidos diferentes temas com um preceptor que tenha maiores conhecimentos no assunto, duas vezes por mês. Os módulos específicos são discussões sobre um assunto específico na neurologia, que tem como convidado um profissional da especialidade e que inclui todos os residentes. A tenda invertida é um momento de acompanhamento de um preceptor de campo, que se desloca até outro campo de estágio, para monitorar um residente de sua mesma categoria. As rodas de núcleo são momentos de discussão e atuação de situações, que acontecem dentro do campo de estágio, com a participação de todos os residentes daquele setor, tendo como facilitador um preceptor de referência. Por fim, as rodas de campo são realizadas uma vez por semana, onde é lançada uma temática na plataforma da ESP-CE que, posteriormente, será discutida com no máximo nove residentes das várias áreas.

1.6 JUSTIFICATIVA

A ideia da presente pesquisa nasceu da experiência da pesquisadora deste estudo como fisioterapeuta da UTI neurológica do HGF, local onde acontece uma parte importante da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia. Nesse local, a pesquisadora acompanha os residentes e participa ativamente das visitas multiprofissionais, tendo

experiência prévia como preceptora da especialização em Terapia Intensiva Adulto da Escola de Saúde Pública do Ceará.

Com o início da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia no HGF, a pesquisadora percebeu as dificuldades dos preceptores das mais diversas profissões em adequar a sua carga horária à preceptoria e participar nos treinamentos com as demandas exigidas pela coordenação. Estas demandas geravam muitos conflitos, solicitações e novos interesses, uma vez que as residências não médicas são processos educativos recentes, resultando assim em inúmeros desafios.

O fato de ser uma experiência pioneira, a residência multiprofissional em neurologia/neurocirurgia do Ceará vem embasar a qualificação profissional de atuação em sistemas e serviços públicos, a partir da inserção do preceptor em serviços de saúde de alta complexidade.

Assim sendo, este estudo foi idealizado e realizado na busca de conhecimentos que pudessem de alguma forma oportunizar a integração das profissões do ensino e serviços em saúde, e talvez pudessem contribuir para que o plano político pedagógico da formação seja reorientado na perspectiva de atuação do preceptor.

1.7 OBJETIVOS

1.7.1 Geral

Analisar a percepção dos preceptores acerca do processo de interdisciplinaridade e prática colaborativa na residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza-CE.

1.7.2 Específicos

1. Conhecer o perfil sociodemográfico dos preceptores da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia do HGF, incluindo a formação para preceptoria em residência;
2. Compreender o processo de trabalho dos preceptores da residência multiprofissional de neurologia e neurocirurgia;
3. Identificar os pontos positivos e benefícios da residência multiprofissional;

4. Conhecer os pontos em que são necessárias melhorias na residência multiprofissional;
5. Avaliar a disponibilidade para aprendizagem interprofissional (Trabalho em equipe e colaboração, Identidade profissional e Atenção centrada no paciente) entre os preceptores da residência multiprofissional.

2 MÉTODOS

2 MÉTODOS

2.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de natureza descritivo-exploratória e analítica com abordagem qualitativa e quantitativa.

2.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no Hospital Geral de Fortaleza (HGF), localizado no município de Fortaleza – Ceará, com os preceptores da residência multiprofissional em Neurologia e Neurocirurgia. O HGF foi inaugurado em 23 de maio de 1969 e é o maior hospital público da rede estadual, referência em procedimentos de alta complexidade, realizando transplantes, neurocirurgias, prestando assistência em Acidente Vascular Cerebral e em outras 63 especialidades. Além disso, o hospital é um dos maiores centros de treinamento do país, sendo hospital escola e atuando na formação de profissionais, contando com 26 especialidades da residência médica, quatro residências multiprofissionais e uma residência em cirurgia e traumatologia Buco Maxilo-Facial.

Como citado previamente, a residência multiprofissional em saúde com ênfase em neurologia e neurocirurgia do HGF foi implantada em 2014 com o objetivo de qualificar continuamente a rede de atenção à saúde. Este programa inclui nove áreas de atuação profissional (enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, assistente social, odontologia, farmácia e terapia ocupacional). As categorias se aperfeiçoam e garantem qualidade no atendimento integral ao paciente.

2.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

A população do estudo consistiu dos preceptores da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF).

A amostra do estudo foi do tipo não probabilístico, onde a seleção dos elementos da população que compõe a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador

ou do entrevistador em campo (VERGARA, 2002), sendo definida por acessibilidade dos sujeitos, onde todos os indivíduos devem aceitar participar da pesquisa, preencher os critérios de inclusão e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1).

O fechamento amostral aconteceu através da saturação teórica, que é definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos começam a apresentar, de acordo com a concepção do pesquisador, certa redundância ou repetição que não é pertinente persistir na coleta de dados. Em outras palavras, a suficiência dos dados ocorreu quando as respostas foram se repetindo e novas questões não emergiram.

2.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram incluídos na pesquisa os preceptores da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia devidamente registrados na função ativa de preceptoria diante da coordenação da residência e entidade formadora (Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP) das 9 categorias profissionais (enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, assistente social, farmácia, odontologia e terapia ocupacional); e que, voluntariamente, após todos os esclarecimentos pertinentes da pesquisa, aceitaram responder ao instrumento de coleta de dados e participar dos demais procedimentos da pesquisa. Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que não completaram a entrevista ou que se recusaram a responder alguma das questões propostas.

2.5 PROCEDIMENTOS PARA OBTENÇÃO DE DADOS

As avaliações foram realizadas após a aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) do HGF, com o número do parecer: 1.912.541 (ANEXO I), e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação na pesquisa (APÊNDICE I). A coleta de dados ocorreu no período de fevereiro de 2017 a novembro de 2017.

Na primeira etapa, os participantes foram submetidos a uma entrevista semiestruturada (APÊNDICE II) e as respostas foram gravadas através de um gravador digital marca Sony, e

responderam um questionário sobre o perfil dos preceptores da residência multiprofissional da área de neurologia/neurocirurgia do HGF (APÊNDICE III).

As entrevistas semiestruturadas visaram analisar o pensamento dos preceptores quanto ao papel da interdisciplinaridade na formação profissional dos residentes multiprofissionais da área de neurologia/neurocirurgia, o seu entendimento sobre o conceito de preceptor de residência, como ocorre a intersecção com as demais áreas multiprofissionais na prática clínica diária, bem como os pontos positivos, negativos e principais benefícios da interdisciplinaridade na formação profissional na área de neurologia e neurocirurgia (APÊNDICE II).

Para garantir o anonimato, cada preceptor entrevistado foi identificado de acordo com as letras do alfabeto, mediante a ordem do início das entrevistas. Cada participante foi entrevistado de forma individual no HGF, por um único entrevistador, no caso a pesquisadora principal.

Na segunda etapa da pesquisa, os preceptores foram solicitados a responder a um questionário de avaliação da disponibilidade para a educação interdisciplinar. Na literatura, vários questionários têm sido desenvolvidos para avaliar a educação interprofissional antes, durante e após programas de ensino e educação clínica. THANNHAUSER et al. (2010) fizeram uma revisão sistemática da literatura e identificaram 23 instrumentos. Dos 23 instrumentos identificados, os dois mais largamente empregados são “The Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)” (PARSELL; BLIGH, 1999) e “The Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS)” (LUECHT et al, 1990).

No presente estudo, o questionário escolhido foi o “*Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)*” ou Escala de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional (ANEXO II), uma vez que este é um questionário já traduzido e validado na língua portuguesa (PEDUZZI et al., 2015), e já aplicado no contexto da pós-graduação em profissionais de saúde (REID et al; 2006), uma vez que na abordagem inicial o questionário havia sido desenvolvido somente para alunos de graduação (PARSELL, BLIGH, 1999).

Este questionário é uma escala amplamente empregada e validada, que permite averiguar a disponibilidade do preceptor para aprendizado compartilhado entre residentes. A primeira versão do RIPLS continha 19 itens, distribuídos em três fatores: Trabalho em equipe e colaboração; Identidade profissional; e Papéis e responsabilidades. Entretanto, posteriormente, os autores do instrumento introduziram mais 10 itens, o qual resultou numa estrutura subjacente de 29 itens e quatro fatores (Trabalho em equipe e colaboração;

Identidade profissional; Papéis e responsabilidades; e Atenção à saúde centrada no paciente) (REID et al., 2006; PEDUZZI et al., 2015)

Após a validação do RIPLS para contexto brasileiro, a escala contou com 27 itens, distribuídos em três fatores, com opção de resposta tipo *Likert* de cinco pontos: 1. Discordo totalmente; 2. Discordo; 3. Nem concordo e nem discordo; 4. Concordo; 5. Concordo totalmente. O Trabalho em equipe e colaboração (fator 1) reúne quatorze itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15 e 16). Nele, explora-se as atitudes positivas e disponibilidade para aprendizado compartilhado, trabalho em equipe, colaboração, confiança e respeito entre pares. O segundo fator, Identidade profissional (fator 2), agrupa oito itens (10, 11, 17, 19, 21, 22, 23 e 24). Entre eles, cinco itens (10, 11, 17, 19 e 21) remetem a atitudes negativas para aprendizagem interprofissional e os outros três itens (22, 23 e 24) referem-se à autonomia profissional e objetivos clínicos de cada profissão. Este fator expressa atitudes em relação à identidade profissional, embora com componente competitivo. Por sua vez, a Atenção centrada no paciente (fator 3), possui cinco itens (25, 26, 27, 28 e 29), e remete à atitude positiva e disponibilidade para entender as necessidades da perspectiva do paciente com base em relações de confiança, compaixão e cooperação (PEDUZZI et al., 2015). Para interpretação dos resultados do questionário RIPLS, as médias das pontuações obtidas para cada item foram interpretadas conforme o que foi descrito previamente na literatura (SOUZA, 2014; RODRIGUES, 2018). Os resultados dos fatores “Trabalho em equipe e colaboração” e “Atenção centrada no paciente”, com exceção da pergunta 12 do fator 1 (Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes de meu próprio curso), foram interpretados da seguinte forma: Zona de conforto (escores médios das respostas dos itens de 3,67 até 5,00), Zona de alerta (2,34 até 3,66), Zona de perigo (1,00 até 2,33). Por outro lado, os resultados do fator “Identidade profissional” e a pergunta 12 do fator 1 foram interpretados de maneira invertida: Zona de conforto (1,00 até 2,33), Zona de alerta (2,34 até 3,66), Zona de perigo (3,67 até 5,00) (RODIGUES, 2018). Os itens classificados como zona de perigo requerem mudanças urgentes, enquanto a zona de alerta representa uma situação que necessita de aprimoramento e a zona de conforto implica em manutenção das atitudes.

2.6 ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta do material das entrevistas, os dados foram transcritos pela pesquisadora. A avaliação das entrevistas foi feita através da análise de conteúdo, que Bardin (1977) conceitua como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Após a transcrição, foi executada uma leitura flutuante, isto é, a leitura em profundidade de cada um dos relatos até dominar o todo de um mesmo depoimento (BARDIN, 1977). Desse modo, é possível detectar os elementos que enunciam a lógica subjacente à fala do sujeito, e elaborar um esquema provisório de interpretação (uma síntese de cada depoimento) à luz do referencial teórico que orienta a pesquisa e as categorias empíricas ou núcleos temáticos que emergem ou são identificados com base na leitura reiterada das entrevistas (MINAYO, 2010).

Posteriormente, de acordo com a particularidade de cada entrevista, foi executada uma leitura horizontal do conjunto dos relatos, para que se pudesse estabelecer relações entre os depoimentos. O processo de leitura vertical e horizontal permitiu identificar os seguintes núcleos temáticos: Processo de interdisciplinaridade; Fragilidades e potencialidades na construção do saber; Vínculo e responsabilização dos preceptores; Meio facilitador, dificuldades e estratégias no percurso acadêmico.

O alfa de Cronbach e a análise estatística descritiva, como médias, desvio-padrão e frequências, referente à Escala de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional (RIPLS), foram calculados com o auxílio do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, v.21). O alfa de Cronbach é uma ferramenta estatística que quantifica, numa escala de 0 a 1, a confiabilidade de um questionário, e foi utilizado para avaliar a consistência interna da escala. O valor de 0,70 foi definido como o limite inferior aceitável para alfa de Cronbach (HAIR et al., 2005). Os resultados foram interpretados conforme a classificação dos itens do questionário em zonas de conforto, alerta e perigo, previamente descritas.

2.7 ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS

O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e o pesquisador assumiu a responsabilidade para iniciar a coleta após a emissão de um parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Diante da

execução da pesquisa, os participantes tiveram como benefício o resultado das avaliações e o *feedback* sobre o processo de interdisciplinaridade entre os preceptores. Os riscos mediante a participação da pesquisa foram semelhantes àqueles sentidos em uma entrevista ou exame psicológico. Porém, caso acontecesse algum desconforto do participante, um mal-estar ou irritação, o mesmo seria minimizado com a interrupção da entrevista, sendo estabelecido um novo horário.

Além disso, o pesquisador responsável assumiu o compromisso de respeitar todas as prerrogativas emanadas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais atos normativos referentes à pesquisa com seres humanos, incluindo a atenção especial à confidencialidade, o respeito à pessoa humana, a beneficência, a autonomia e a não maleficência.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OCUPACIONAL DOS PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Foram incluídos na presente pesquisa, 34 preceptores da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia do HGF, com idade média de $43,71 \pm 9,65$ anos (variação entre 27 - 64 anos). No estudo de Botti e Rego (2011), avaliando 16 preceptores clínicos de um hospital escola, os autores constataram que quatro preceptores tinham entre 30-39 anos; seis entre 40-49 anos; cinco entre 50-59 anos e um preceptor entre 60-69 anos de idade.

No que se refere ao gênero, observou-se 32 preceptores do gênero feminino (94,1%) dois do masculino (5,9%). No estudo de Amado (2016) junto a 43 preceptores de uma Unidade de Terapia Intensiva, foi constatado que 67,4% eram do sexo feminino. Na pesquisa de Farias (2016), a autora também se observou a predominância do sexo feminino em relação aos tutores e preceptores, sendo que dos 18 profissionais de saúde participantes da pesquisa 14 eram do sexo feminino e quatro do sexo masculino.

Em relação ao tempo de atuação na preceptoria, o tempo médio foi de $3,06 \pm 0,92$ anos, não havendo nenhum profissional com mais de cinco anos de experiência, demonstrando, desse modo, que os participantes deste estudo não possuem muito tempo de experiência na preceptoria.

Do grupo em estudo, 58,8% ($n = 20$) dos preceptores relatava a participação em curso de formação para preceptoria previamente, tendo sido a Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará a responsável pela formação de cerca 90,9% dos preceptores participantes deste estudo. O perfil dos preceptores encontra-se apresentado na Tabela 1.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico dos preceptores da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza - CE, 2018.

Dados de Identificação	Categoria	Média \pm Desvio-Padrão	Nº	%
Idade (anos)		$43,71 \pm 9,65$	34	100
Sexo	Masculino		02	5,9
	Feminino		32	94,1
Tempo de atuação na preceptoria (anos)		$3,06 \pm 0,92$	34	100
Formação para preceptor	Sim		20	58,8
	Não		14	41,2

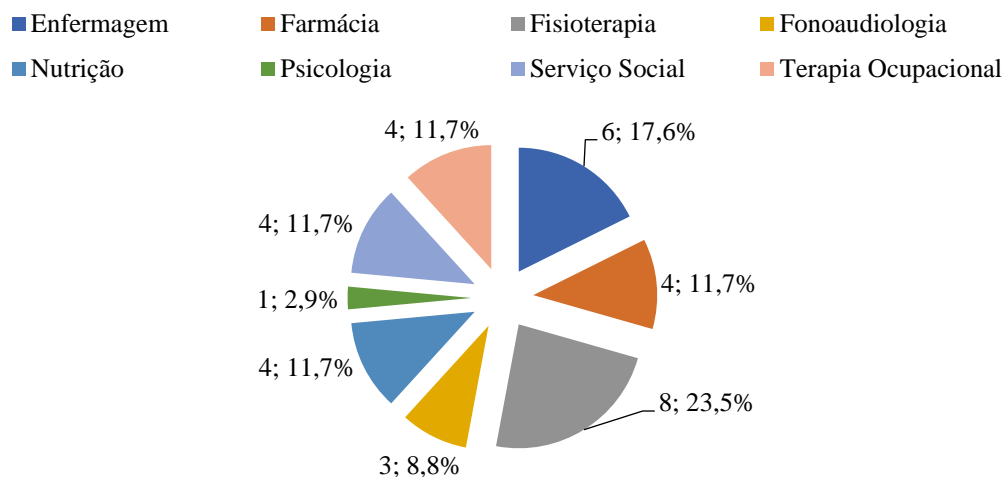
Fonte: Elaboração da autora, a partir dos dados da pesquisa (2018).

Os cursos ofertados pela ESP-CE geralmente ocorrem entre dois a quatro dias (período manhã e tarde) e, neles se discute sobre a nova visão do treinamento em ambiente clínico, particularmente, no ambulatório e, ao mesmo tempo, os participantes do curso são iniciados no ensino-aprendizagem das habilidades necessárias para uma condução efetiva de um treinamento em ambulatório (ESP-CE, 2012). Outras atividades como definição de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), modalidade de TCC da residência multiprofissional, desenvolvimento e exigências normativas do TCC, atribuições do orientador e orientando, banca examinadora e avaliação do TCC, e desenhos de estudo qualitativo e quantitativo em pesquisa, também são cursos ofertados para os preceptores (ESP-CE, 2017).

Em outro estudo brasileiro com preceptores de residência multiprofissional avaliando o conhecimento em metodologias ativas, Sousa (2017) observou que entre 50 preceptores, 60% tinha menos de dois anos de atuação na preceptoria e 54% não recebeu capacitação para atuar como preceptor, sendo que 60% tinha pós-graduação lato sensu e 38% pós-graduação *strictu sensu*. Na avaliação dos preceptores médicos de um hospital de ensino, em relação ao tempo de exercício da preceptoria, 30% exerciam a preceptoria há até 10 anos, 38% de 10 a 20 anos e 32% eram preceptores há mais de 20 anos (BOTTI; REGO, 2011).

Como pode ser observado no gráfico 1, em relação à área de atuação, detectou-se que oito eram fisioterapeutas (23,5%), seis enfermeiros (17,6%), quatro eram da área do serviço social (11,7%), quatro da nutrição (11,7%), quatro da terapia ocupacional (11,7%), quatro da farmácia (11,7%), três fonoaudiólogos (8,8%) e somente um profissional da psicologia (2,9%).

Gráfico 1. Perfil profissional dos preceptores da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza - CE, 2018.



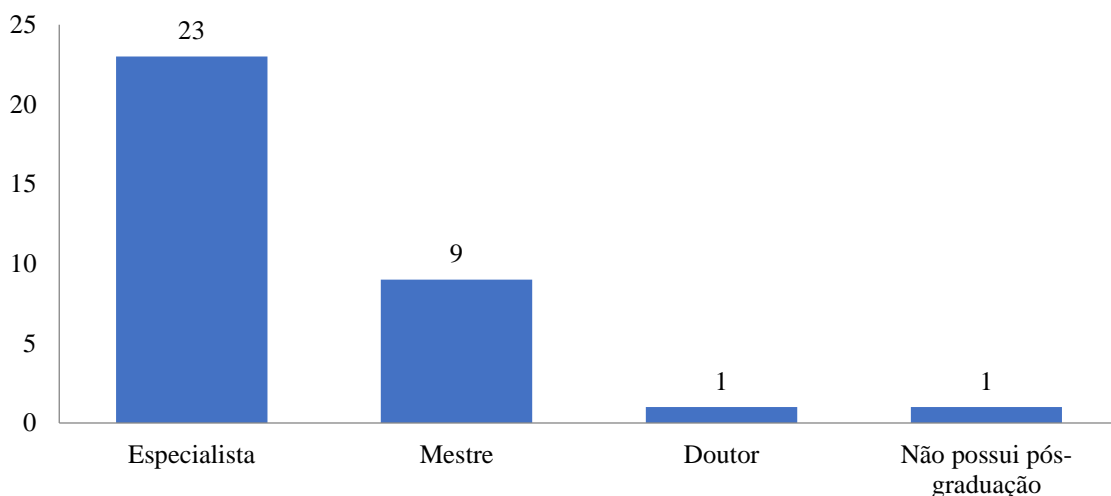
Fonte: Elaboração da autora, a partir dos dados da pesquisa (2018).

Conceição e Brotto (2017), estudando a formação em saúde na Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher do Instituto São Francisco de Assis, encontraram uma amostra constituída por quatro assistentes sociais, quatro enfermeiros e quatro psicólogos. Por outro lado, no Programa de RMS em Geriatria no Rio de Janeiro, de um total de 25 preceptores, 6 eram médicos, 5 enfermeiros, 4 nutricionistas, 4 fisioterapeutas, 3 assistentes sociais e 3 psicólogos (MOTA, PACHECO, 2014).

Destaca-se que não encontramos dados publicados sobre a área de atuação dos preceptores de outros programas de Residência Multiprofissional em Neurologia no Brasil.

Em relação à formação de pós-graduação dos profissionais em estudo, 23 preceptores (67,6%) tinham título de especialista, 9 tinham curso de mestrado (26,5%) e 1 com doutorado (2,9%). Observou-se ainda um preceptor sem titulação de pós-graduação (Gráfico 2). Este último caso é incomum, visto que nas exigências preconizadas no Regimento Interno da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS-ESP-CE), para o preceptor de núcleo é exigido curso de graduação e mínimo de três anos de experiência em área de aperfeiçoamento ou especialidade ou titulação acadêmica de especialização e para o preceptor de campo é exigido curso de graduação e mínimo de três anos de atuação profissional, com titulação mínima de especialista e preferencialmente mestre (RIS-ESP-CE, 2013).

Gráfico 2. Formação pós-graduação (Titulação) dos preceptores da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza - CE, 2018.



Fonte: Elaboração da autora, a partir dos dados da pesquisa (2018).

Farias (2016) averiguou que dos seis preceptores entrevistados, quatro eram doutores e dois estavam cursando doutorado. No estudo já citado anteriormente de Botti e Rego (2011), em relação à titulação acadêmica, 23% dos preceptores tinham mestrado, 27% doutorado e 50% tinham a residência como a maior titulação.

3.2 DISPONIBILIDADE PARA APRENDIZAGEM INTERPROFISSIONAL

Cada item do questionário RIPLS, pode receber uma resposta com pontuação que varia de 1 a 5, conforme a resposta: discordo totalmente; discordo; nem concordo e nem discordo; concordo; e, concordo totalmente.

A confiabilidade interna do questionário RIPLS aplicado na população em estudo foi boa, tendo sido testada por intermédio do alfa de Cronbach, com valores superiores a 0,70 (Tabela 2).

O coeficiente alfa de Cronbach é o procedimento mais utilizado na avaliação da consistência interna, porém não existe consenso quanto a sua interpretação. Alguns estudos determinam que valores acima de 0,70 sejam os ideais, enquanto outros estudos consideram valores entre 0,60 e 0,70 como satisfatórios (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). O presente estudo adotou como parâmetro mínimo aceitável para o alfa de Cronbach valores acima de 0,70. O valor máximo esperado é 0,90, sendo que, valores acima, podem ser classificados como redundantes, ou seja, diversos itens estão mensurando exatamente o mesmo elemento de um construto (STREINER, 2003).

Entre os três fatores que compõem a escala, o fator “Trabalho em equipe e colaboração” foi o mais consistente, com alfa de Cronbach de 0,90. Estudos prévios de Parsell e Bligh (1999), Peduzzi et al. (2015) e Câmara (2015) encontraram resultados semelhantes, com 0,88, 0,90 e 0,88, respectivamente.

Tabela 2. Consistência interna das dimensões e análises descritivas da Escala de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional aplicada entre preceptores da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza - CE, 2018.

Dimensões	α	M	DP	Intervalos %			
				$x \leq 2$	$2 < x \leq 3$	$3 < x \leq 4$	$x > 4$
Trabalho em equipe e colaboração	0,90	4,10	0,51	-	6,1	27,3	66,7
Identidade profissional	0,82	2,44	0,72	38,2	41,2	9,5	-
Atenção centrada no paciente	0,63	4,22	0,58	-	2,9	35,3	61,8

Fonte: Elaboração da autora, a partir dos dados da pesquisa (2018). M= média; DP= desvio padrão, α = alfa de Cronbach

O fator “Identidade profissional” também manteve uma boa consistência interna (alfa de Cronbach de 0,82), tendo sido um valor superior ao encontrado na validação do RIPLS conduzida por Peduzzi et al. (2015), na qual, essa dimensão apresentou um alfa de 0,66.

O fator “Atenção centrada no paciente” apresentou uma consistência inferior (alfa de Cronbach de 0,63). Este achado também foi detectado no estudo de Parsell e Bligh (1999).

Em relação aos escores médios obtidos em cada fator, a “Atenção centrada no paciente” apresentou maior escore médio (4,22), seguida pelo fator “Trabalho em equipe e colaboração”, com escore de 4,10. O fator “Identidade profissional” apresentou um escore médio de 2,44, mas este fator é interpretado de maneira invertida como descrito previamente (Tabela 2).

Por intermédio dos intervalos de frequência, foi possível constatar que, na maioria dos casos, os entrevistados concordaram totalmente com os itens dos fatores “Trabalho em equipe e colaboração” e “Atenção centrada no paciente”, com 66,7% e 61,8%, respectivamente. Por sua vez, o fator “Identidade profissional” obteve uma maior frequência de respostas nas opções discordo totalmente (38,2%) e discordo (41,2%) (Tabela 2). Entretanto, entre os 8 itens que compõem este fator, em 6 deles a melhor resposta esperada é o discordo ou discordo totalmente, traduzindo então que esta dimensão também foi bem contemplada.

Para uma maior exploração dos resultados obtidos, preferiu-se separar e apresentar as variáveis de acordo com fator o qual pertence, conforme abaixo.

3.2.1 Trabalho em equipe e colaboração

Os itens com maior escore médio no fator “Trabalho em equipe e colaboração” foram os itens 2 (*Em última análise os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes*) e 8 (*Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde*), com $4,44 \pm 0,74$ e $4,44 \pm 0,61$, respectivamente (Tabela 3).

Contrastando com as demais variáveis do fator em questão, o item 12 (*Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso*) apresentou o menor escore médio ($1,65 \pm 0,48$). Entretanto, conforme descrito anteriormente a pergunta 12 do fator 1 deve ser interpretada de maneira invertida: Zona de conforto (1,00 até 2,33), Zona de alerta (2,34 até 3,67), Zona de perigo (3,68 até 5,00).

Portanto, a resposta obtida revela uma boa disponibilidade para o trabalho em equipe e colaboração dos preceptores em estudo.

Tabela 3. Trabalho em Equipe e Colaboração, segundo preceptores da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza - CE, 2018.

Variáveis	M	DP
1. A aprendizagem junto com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde	4,38	1,07
2. Em última análise os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes	4,44	0,74
3. Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumentará minha capacidade de compreender problemas clínicos	4,21	0,77
4. A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde durante a graduação melhoraria os relacionamentos após a graduação	4,12	0,88
5. Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde	4,41	0,74
6. A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais	4,32	0,53
7. Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros	4,12	0,80
8. Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde	4,44	0,61
9. A aprendizagem compartilhada me ajudará a compreender minhas próprias limitações	4,06	0,73
12. Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso	1,65	0,48
13. Em última análise os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes	4,42	0,61
14. Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumentará minha capacidade de compreender problemas clínicos	4,06	0,92
15. A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde durante a graduação melhoraria os relacionamentos após a graduação	4,35	0,48
16. A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe	4,43	0,76

Fonte: Elaboração da autora, a partir dos dados da pesquisa (2018). Zona de conforto (3,67 até 5,00), Zona de alerta (2,34 até 3,66), Zona de perigo (1,00 até 2,33) (SOUZA, 2014; RODRIGUES, 2018).

Em meio a esta discussão cabe destacar que, no Brasil, o conceito de trabalho em equipe em saúde, converge com o que é preconizado em outros países. A definição de trabalho em equipe envolve uma gama semântica - interdisciplinar, multidisciplinar, intradisciplinar, transdisciplinar, intraprofissional e interprofissional, embora possam ser apontadas algumas tentativas de distinção entre si. De uma forma geral, equipe tem sido definida como um grupo de profissionais que atuam de forma independente em um mesmo ambiente de trabalho, utilizando-se de comunicações (in)formais (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011).

Outros estudos mostram que somente o contato não é capaz para estabelecer a colaboração entre os diversos profissionais de um grupo. Sobretudo, se forem membros de

origens distintas, sendo complicado estabelecer relações de confiança, respeito e comunicação eficaz, elementos imprescindíveis para colaboração e o trabalho em equipe (JACKSON, 1996; VAN KNIPPENBERG; DE DREU; HOMAN, 2004; SARGEANT, 2009).

Ao estudar o trabalho em equipe e colaboração, é necessário conhecer como cada profissional executa seu trabalho de natureza individual e coletiva e, averiguar processos de articulação das ações desenvolvidas pelos vários profissionais. Em uma equipe multiprofissional, a articulação acontece com recomposição de processos de trabalhos distintos e também levando em consideração as conexões e interfaces existentes entre as intervenções técnicas peculiares de cada área profissional (CIAMPONE; PEDUZZI, 2000).

3.2.2 Identidade profissional

Os escores médios no que diz respeito ao fator Identidade profissional, sumariamente, mantiveram-se com níveis baixos, como mostra a tabela 4.

Tabela 4. Identidade Profissional, segundo preceptores da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza - CE, 2018.

Variáveis	M	DP
10. Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde	1,56	1,30
11. Não é necessário que estudantes de graduação da área da saúde aprendam juntos	1,68	0,87
17. A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos	1,47	0,92
19. Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde	2,29	0,90
21. Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu	2,74	1,13
22. Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional (autonomia profissional)	3,71	1,06
23. Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional (objetivo clínico)	2,21	1,20
24. Minha principal responsabilidade como profissional será tratar do meu paciente (objetivo clínico)	3,91	1,08

Fonte: Elaboração da autora, a partir dos dados da pesquisa (2018). Zona de conforto (1,00 até 2,33), Zona de alerta (2,34 até 3,66), Zona de perigo (3,67 até 5,00) (SOUZA, 2014; RODRIGUES, 2018).

A interpretação do fator “Identidade profissional” é estruturada e analisada de forma oposta aos outros fatores. Quanto mais baixo os índices, mais positivos são consideradas as respostas. Os itens 10,11,17,19 e 23 situam se na zona de conforto com variação de 1,56 a 2,21, demonstrando a capacidade que os preceptores tem de perceber a importância de reter conhecimentos de outras áreas na sua formação. O item 17 (*A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos*) reforça a desconstrução do

pensamento centrado no médico. De acordo com Santana-Silva, Lins e Castro (2017), não se pode mais buscar produzir conhecimento dividindo a realidade em partes para abranger o todo a partir de elocubrações descontextualizadas nem, sequer, acabar com uma doença com medicamentos e tratamentos pontuais, sem delinear uma rede ampla de conhecimentos capaz de mostrar a causa do agravo e estabelecer as relações que possam indicar o caminho da cura efetiva.

Por sua vez, o item 21 (*Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área de saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu*) encontra-se em zona de alerta (escore 2,74). Já os itens 22 (*Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional - autonomia profissional*) e 24 (*Minha principal responsabilidade como profissional será tratar do meu paciente - objetivo clínico*) encontram-se em zona de perigo (escores 3,71 e 3,91 respectivamente), traduzindo ainda a dificuldade dos preceptores em definirem o limite da atuação da equipe multiprofissional com precisão e carecendo de maior atenção, pois os preceptores dessa residência são profissionais com maior atuação no cuidar e na reabilitação. Em linhas gerais, estes resultados parecem traduzir a necessidade de um delineamento dos papéis dos membros da equipe multiprofissional que gere uma compreensão sobre as contribuições que uma equipe de saúde pode oferecer para a condução das atividades. Observa-se também uma valorização da identidade da equipe de saúde, porém entendendo que essa identidade ainda não é plenamente reconhecida na prática de serviço.

Em estudo prévio que incluiu médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e nutricionistas integrantes das equipes multiprofissionais da unidade de terapia intensiva adultos, o fator identidade profissional mostrou-se em zona de alerta, com escores médios entre 2,34 e 3,67 (Amado, 2016). Tal autora interpretou este resultado como preocupante e sugeriu o aprimoramento da equipe por ela investigada. Entretanto, vale ressaltar que no estudo desta autora, foram utilizado as mesmas zonas estabelecidas para os fatores 1 e 3, tendo sido invertido a sequência da escala de Likert, sendo: 1. concordo totalmente e 5. discordo totalmente. Além disto, dois itens não foram incluídos na avaliação do fator identidade profissional, que correspondem aos itens 10 e 11 do presente estudo.

Rodrigues (2018), pesquisando a disponibilidade para educação interprofissional junto a enfermeiros, médicos e outros profissionais de saúde em um hospital de trauma, também detectou que no fator 2 (identidade profissional) todas as profissões encontram-se na zona de alerta para atitudes negativas ao aprendizado interprofissional, com escores médios entre

2,45-2,95, segundo a profissão, denotando competição e autonomia entre todos os profissionais.

3.2.3 Atenção centrada no paciente

No tocante à “Atenção centrada no paciente”, esse fator apresentou escores entre 3,21 e 4,79 (Tabela 5). Os itens 25, 26, 28 e 29 encontram-se na zona de conforto e o item 27 na zona de alerta.

Tabela 5. Atenção Centrada no Paciente, segundo preceptores da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza - CE, 2018.

Variáveis	M	DP
25. Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente (situação do paciente)	4,32	0,47
26. Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim (situação do paciente)	4,29	1,11
27. Procuo transmitir compaixão aos meus pacientes (situação do paciente)	3,21	1,47
28. Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto (situação do paciente)	4,53	0,50
29. Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes (situação do paciente)	4,79	0,53

Fonte: Elaboração da autora, a partir dos dados da pesquisa (2018). Zona de conforto (3,67 até 5,00), Zona de alerta (2,34 até 3,66), Zona de perigo (1,00 até 2,33) (SOUZA, 2014; RODRIGUES, 2018).

Câmara (2015) nos chama atenção a isso, pois, geralmente, os entrevistados tendem a concordar com os itens que constituem este fator. E, o cuidar do paciente revela ser elemento primordial à colaboração interprofissional e essencial para o trabalho desenvolvido por uma equipe (D’AMOUR et al., 2008).

No estudo conduzido por Agreli, Peduzzi e Silva (2016), os autores constataram que à medida que os profissionais centram a atenção no paciente e nas suas necessidades de saúde, atuam concomitantemente num deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e, além de sua própria atuação profissional. Tal deslocamento é tomado como elemento de mudança do modelo de atenção à saúde na perspectiva da integralidade, com potencial de impacto na qualidade da atenção. Nascimento e Oliveira (2010) reforçam ao colocar que:

Somente o trabalho de respeito, atenção, responsabilidade e compromisso contínuos para com os usuários pode ser capaz de estreitar vínculos e garantir cuidados efetivos, integrais e emancipatórios, a partir da subjetividade, sensibilidade e engajamento social de profissionais e usuários dos serviços (p. 819).

No presente estudo, somente o item 27 (*Procuro transmitir compaixão aos meus pacientes*) encontra-se em zona de alerta (escore médio de 3,21), evidenciando que as necessidades dos pacientes devem ser focadas na resolutividade do serviço, intencionando assim diminuir o aprisionamento e limitação das "camisas de força" dos conselhos gestores e profissionais que quase sempre são incoerentes com as demandas dos usuários.

Ademais, observou-se uma lacuna na produção nacional acerca da atenção centrada no paciente. Geralmente, os estudos referiam à atenção centrada no paciente vinculada à perspectiva ampliada do cuidado em saúde, à participação dos pacientes no cuidado, e à humanização. A perspectiva ampliada do cuidado em saúde possui o agrupamento de contribuições sobre atenção à saúde de forma holística, integral e orientada a partir das necessidades em saúde. Já quanto ao aspecto da participação do paciente no cuidado, constata-se o predomínio dos conceitos de autonomia, autocuidado, valorização da experiência e da participação do paciente (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Por fim, os achados da literatura mostram que a atenção centrada no paciente foi associada à humanização, principalmente na esfera relacional, de interações entre profissionais e pacientes. O aprimoramento na relação entre profissionais e pacientes foi citado como condição fundamental para a atenção centrada no paciente, seja referente ao resgate da condição humana, na qualificação da assistência ou para o sucesso terapêutico. Desse modo, Agreli, Peduzzi e Silva (2016) classificam como valores para a atenção centrada no paciente: empatia, respeito, solidariedade, escuta, apoio psicossocial, sensibilidade, afetividade, diálogo no cuidado em saúde, acolhimento e vínculo. Cabe destacar que os três aspectos citados sobre a atenção centrada no paciente (perspectiva ampliada do cuidado em saúde, participação dos pacientes no cuidado e humanização) exprimem as propostas preconizadas na atual Política de Saúde no Brasil.

3.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Considerando os discursos dos preceptores, foi possível identificar após a análise de conteúdo três classes temáticas: Preceptor e sua prática profissional; Aspectos positivos e negativos da interdisciplinaridade; e, Processo de trabalho da equipe na residência multidisciplinar.

3.3.1 Preceptor e sua prática profissional

Foram identificadas três categorias temáticas nesta classe: o papel do preceptor no processo ensino-aprendizagem; a interação das diversas áreas na construção da prática profissional; a necessidade de construção da identidade da residência.

Na literatura, podem ser encontradas diferentes distinções para o preceptor, sendo essenciais as de orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que aprimorem a competência clínica e auxiliem o graduando e o recém-graduado a se adaptar ao exercício da profissão (BOTTI; REGO, 2008).

Ribeiro e Prado (2013) colocam que o preceptor participa da formação em saúde, sistematizando o mundo do trabalho com o mundo do ensino. Sendo um dos protagonistas no processo de ensino-aprendizagem do programa de residência, esse profissional carece ter conhecimentos que vão além dos saberes oriundos de sua prática:

Os preceptores são responsáveis pela orientação dos residentes nas atividades comuns a todas as áreas profissionais (campo) e nas atividades que são específicas de cada profissão (núcleo), devendo promover a integração entre os diferentes profissionais em formação e destes com as equipes de saúde e a população (DISCONZI; SILVA; OSÓRIO, 2017, p. 99).

No discurso dos sujeitos da presente pesquisa, o preceptor é visto como o profissional que desempenha suas funções em instituições de saúde com renomada experiência, sendo responsável por conduzir e orientar o residente, fazendo uma ponte entre a teoria e a execução das práticas em serviço, a fim de preconizar uma formação menos tradicional e um ensino mais ativo, enfatizando às vertentes da ESP-CE. O preceptor deve priorizar também a gestão de desenvolvimento de ações reflexivas, críticas com o intuito de avançar a relação de aprendizagem na prática com a perspectiva multiprofissional:

...o preceptor deve apresentar o setor, mostrar o seu funcionamento, expor ao residente o que é necessário realizar e como realizar (...) lançando mão da equipe multiprofissional e de todos os benefícios que a equipe pode trazer (Entrevistado 2, 2017).

... o preceptor, ele realiza a interlocução residente-serviço, e potencializa discussões acerca das vivências, facilitando o processo de ensino aprendizagem (...) sendo a construção de práticas, experiências e saberes, uma troca essencial na formação profissional (Entrevistado 3).

... o preceptor, na minha opinião, é o profissional responsável pelo processo de ensino e aprendizagem no ambiente interdisciplinar (...) essencial e de uma importância enorme (Entrevistado 7).

Silva (2015) estudou a visão dos preceptores sobre o processo ensino-aprendizagem em um programa de residência Multiprofissional em Saúde da Mulher. Constatou dificuldades para a formação e a organização do trabalho sob a perspectiva multiprofissional, dificuldades em relação à participação dos preceptores na construção e revisão do Projeto Político Pedagógico, bem como quanto aos processos de planejamento do ensino e avaliação do curso.

Em relação aos programas de residência, é importante que os preceptores tenham uma visão pedagógica, além da preocupação com a assistência médica na formação de profissionais éticos, humanos, capacitados. Porém, ainda existem poucos estudos acerca do processo ensino-aprendizagem no cenário acadêmico nacional (TEUNISSEN et al., 2007; BOTTI; REGO, 2010).

Para Koerich e Erdman (2003) há um novo movimento na formação do profissional da saúde, em que se deixa aquele formato de “aprender a fazer” para o “aprender a aprender”. Nesse cenário, o novo modelo da educação em saúde exige um perfil profissional crítico, reflexivo, proativo e transformador de sua realidade, também consciente de que o aprendizado acontece de modo contínuo. É necessária a relação entre o trabalho e a educação para se estabelecer uma afinidade dialética de ensino-aprendizagem à prática e vice-versa, ou seja, criando um elo entre a prática profissional e o ensino-aprendizagem, o que virá a preparar o residente para sua atuação no universo do trabalho em saúde (KOERICH; ERDMANN, 2003; SALUM, 2006; RIBEIRO, 2015).

No que diz respeito à prática profissional na residência, ficou claro nas narrativas dos sujeitos a importância direcionada à interação das diversas áreas para o funcionamento da residência e mais, para o aprimoramento das melhores práticas na evolução do paciente:

... em cada caso do paciente, a gente pode fazer essa interação de maneira diferente entre os profissionais da saúde aceitando, buscando a opinião de diversas áreas e tentando encaixar para melhor adaptação, para o melhor conhecimento daquele caso e trazendo o melhor benefício pra aquele paciente (Entrevistado 2).

... você reúne profissionais e esses profissionais a partir de seus diversos saberes e olhares, eles vão construindo uma prática profissional (Entrevistado 17)

... uma disciplina conhecendo o seu fazer diário e a gente se respeitando, a gente se ajudando e a gente procurando intercessão (Entrevistado 29).

Com estas narrativas, observa-se um distanciamento daquela visão biomédica que ainda perdura em meio ao ambiente hospitalar. O modelo tradicional de formação, conhecido como biomédico, alicerça-se na ótica cartesiana de divisão corpo e mente, na qual desconsidera aspectos de natureza psicológicos, sociais e ambientais entrelaçados no processo

de adoecer. O relatório Flexner, de 1910, se relaciona com esse modelo, e nos dias atuais ainda influencia o ensino e a prática da medicina e das demais profissões de saúde. Entre outros pontos, o paradigma flexneriano se volta à ênfase na doença, conhecimento médico fragmentado em disciplinas, vinculação das escolas médicas à universidade, hospital como espaço de cura e de ensino, especialização intensiva, mercado de trabalho referido apenas ao consultório, entre outros (ARAÚJO; GOMES DE MIRANDA; BRASIL, 2014).

Já o modelo de Ferguson (1980) *apud* Peixinho (2001), tece algumas considerações sobre o velho e novo paradigma em medicina. Ele destaca dois paradigmas, no primeiro, o modelo tradicional, a medicina é especializada, e no novo essa se apresenta integrada, interessada com o paciente. A atenção preconizada exige dos profissionais uma neutralidade em suas emoções, dando lugar aos valores humanos, tomando como parte da cura os cuidados dos profissionais. É por intermédio dessa nova visão de medicina integral e da multiprofissionalidade que acontece o fortalecimento da importância da RMS (Quadro 1).

Quadro 1 - Diferenças paradigmáticas em saúde.

PRESSUPOSIÇÕES DO VELHO PARADIGMA DA MEDICINA	PRESSUPOSIÇÕES DO NOVO PARADIGMA DE SAÚDE
Especializada	Integrada, preocupada com o paciente como um todo.
Ênfase na eficiência. Profissionais devem ser emocionalmente neutros	Ênfase nos valores humanos. Os cuidados profissionais são um dos componentes da cura.
Dor e doenças são completamente negativas.	Dor e doenças são informações sobre conflitos e desarmonias.
Intervenções principalmente com medicamentos e cirurgia.	Intervenções mínimas com a “tecnologia apropriada”, complementadas com todo o instrumental técnico não-agressivo (psicoterapias, dieta, exercícios).
O corpo é visto como uma máquina em bom ou mau estado de manutenção.	O corpo é visto como um sistema dinâmico, um contexto, um campo de energia dentro de outros campos.
A doença ou a incapacidade vista como uma coisa, uma entidade.	A doença ou a incapacidade vista como um processo.
Ênfase na eliminação dos sintomas da doença.	Ênfase na obtenção do máximo de saúde, “saúde-meta”.
O paciente é dependente.	O paciente é (ou devia ser) autônomo.
O profissional é a autoridade.	O profissional é um parceiro terapêutico.
O corpo e a mente são separados; os males psicossomáticos são mentais, podendo ser entregues ao psiquiatra.	Perspectiva corpo-mente; os males psicossomáticos estão dentro do alcance de todos os profissionais da área de saúde.
A mente é um fator secundário na doença orgânica.	A mente é o fator primário ou de igual valor em todas as doenças.
Efeitos de placebo mostram o poder da sugestão.	Efeitos de placebo mostram o papel da mente na doença e na cura.
Confiar principalmente em informações quantitativas (gráficos, testes, entrevistas).	Confiar principalmente em informações qualitativas, inclusive relatos subjetivos dos pacientes e instituições profissionais; as informações quantitativas são complementares.
“Prevenção” amplamente ambiental: vitaminas, repouso, exercícios, imunização, não fumar.	“Prevenção” como sinônimo de integridade: trabalho, relacionamentos, objetivos, corpo-mente-espírito.

Fonte: Peixinho (2001) *apud* Ferguson (1980).

Cabe salientar que a disseminação de novos conhecimentos científicos está pouco orientada para a prática profissional na preceptoria, tendo, inclusive, um longo período de defasagem entre sua produção e difusão, e a sua interação à prática profissional. É de extrema relevância, portanto, que sejamos capazes de vencer esses e os mais atuais desafios do processo de educação permanente da saúde (CERQUEIRA GOMES, 2007).

Na análise do conteúdo das entrevistas gravadas, percebe-se que a residência multiprofissional de neurologia e neurocirurgia do HGF se encontra em fase de construção de sua identidade, necessitando, ainda, de um maior amadurecimento de suas ações de entrosamento entre as áreas participantes. Mas, já se mostra como proveitosa e que, certamente, a adesão de toda a equipe vem sendo fortalecida:

...o aprendizado do trabalho interdisciplinar que ainda é muito tímido no nosso meio, que nós acreditamos que gerará frutos muito bons para as próximas gerações (Entrevistado 6).

...na maioria das vezes, no meio da residência em diante, mas acredito que é uma coisa que com o tempo, com o amadurecimento das equipes vai diminuir (Entrevistado 9).

...integração entre as disciplinas, nós tentamos fazer, mas ainda, eu posso dizer que... que é um obstáculo, né, ainda é uma meta a ser alcançada (Entrevistado 29).

... mas eu acredito de novidade, é um programa novo. Então, a gente com certeza vai ser... vai conquistar esse espaço e quebrar essas dificuldades (Entrevistado 31).

Baptista (2002) coloca que a identidade profissional é construída na interação do eu com a sociedade. Sua ênfase recai naquilo que as pessoas têm em comum, enquanto grupo sociocultural, e as diferencia em relação àqueles que atuam em outros ramos de atividade.

3.3.2 Aspectos positivos e negativos da residência multiprofissional

Esta classe se dividiu em três categorias temáticas, sendo denominadas como aspectos positivos/benefícios, aspectos negativos e sugestões de melhoria. No tocante aos aspectos positivos, ficou claro em meio aos elementos de discurso dos participantes, a relevância dada ao tratamento holístico, enxergando o paciente na sua totalidade, com o engajamento de todas as categorias presentes na residência:

... de forma global no tratamento do paciente, porque é isso que acontece. São todos os profissionais, todas as categorias envolvidas, se relacionando entre si para a melhoria do paciente (Entrevistado 1).

...a meu ver, os vários olhares sobre a saúde do paciente e os processos de trabalho na perspectiva da equipe multiprofissional pensando na troca de saberes na visão coletiva e na gestão participativa dos processos de trabalho (Entrevistado 3).

...os pontos positivos, na minha opinião, é assim... o principal é a melhora do paciente, o tratamento do paciente, a eficácia de uma forma holística. É esse pra mim é o principal (Entrevistado 11).

...são inúmeros olhares, várias perspectivas no processo saúde-doença daqueles dos nossos usuários (...) a troca de saberes, porque quando se têm muitos profissionais, muitos saberes envolvido, certamente os olhares sobre o paciente aconteceram de forma mais completa (...) o paciente vai ser tratado de uma forma muito mais global (Entrevistado 34).

Em concordância com as narrativas dos entrevistados, observamos a opinião de Lessa (2000, p. 109), ao tratar do trabalho em equipe e do atendimento integral: “destacamos a construção no cotidiano de uma postura profissional que favorece a assistência integral, a comunicação com a comunidade e estimula o controle e a participação social”. Este modelo de atendimento, ao romper com o pensamento do modelo clínico clássico, promoveu maior aproximação com o paciente, de acordo com Reis e Faro (2016).

Um dos preceptores (entrevistado 11) citou como ponto positivo da residência multiprofissional a eficácia do tratamento holístico do paciente. O precursor do paradigma holístico foi Jan Smuts (1870-1950). Esse filósofo sustentou a existência de uma sequência evolutiva entre matéria, vida e mente. Sua visão sintética do universo propõe a totalidade em contraponto à fragmentação (TEIXEIRA, 1996). Pensar de forma holística é conceber o bem-estar do paciente como um todo integrado, não somente como uma demanda ou caso clínico instantâneo a ser tratado de modo isolado do todo da saúde da pessoa e das circunstâncias da vida. A abordagem holística abarca a participação dos indivíduos em sua integralidade, considerando, cérebro e espírito, corpo e mente, razão e emoção, pois constituem um todo dinâmico e conexo, presente no processo de cuidar para e com o outro ser humano (FACIONE; CROSSETTI; RIEGEL, 2017)

Outro ponto presente nos discursos revela a importância dada ao processo de aprendizagem presente na interdisciplinaridade na residência multiprofissional:

...são os principais pontos positivos na minha opinião é aprendizagem do trabalho em grupo e uma melhoria da comunicação entre todas essas profissões nos mais variados setores do hospital (Entrevistado 5).

...interdisciplinaridade na formação profissional tem uma importância porque vai capacitar o futuro profissional com uma visão ampla dentro de uma equipe multiprofissional ... (Entrevistado 18).

Como um programa de especialização profissional, a residência, necessita do engajamento de profissionais com experiência que oportunizem ao residente o aprendizado das habilidades imprescindíveis à exigência do contexto em que atua (SKARE, 2012).

Foram ainda elencados como aspectos positivos/benefícios da residência multiprofissional pelos participantes do estudo, aspectos relacionados ao bem-estar do paciente.

... eu acrescento que o benefício será uma... é uma cura quase que total e uma reabilitação do paciente na sua integridade (Entrevistado 20).

... que a gente agora tá assim com a interdisciplinaridade. Nós temos uma possibilidade maior de nos relacionar de forma mais efetiva, mais resolutiva com os familiares dos pacientes (Entrevistado 21).

O principal entrave percebido na residência, sinalizado como aspecto negativo, diz respeito à dificuldade encontrada em compartilhar conhecimento entre as categorias, como também, no acesso aos diversos setores do hospital, os quais, muitas vezes, encontram-se fechados para os preceptores e seus residentes, não sendo dada a devida importância ao trabalho desempenhado pela equipe multiprofissional:

...temos dificuldade de acessar e de compartilhar conhecimentos e troca de opiniões em todos os setores do hospital por... Pelo qual passamos (Entrevistado 11).

...pontos negativos, não sei se é bem esse nome que eu acho. Seria na minha opinião, digamos, alguns profissionais das várias áreas, ainda tem uma certa dificuldade de abrir os setores (Entrevistado 20).

...ainda existem ambientes fechados dentro do hospital, que ainda tem dificuldade de perceber a evolução de uma equipe multiprofissional e, que benefício, que isso pode trazer (Entrevistado 21).

...o que às vezes nos torna desconfortável, ainda é a forma como alguns plantonistas, às mais várias categorias nos recebe nos setores (Entrevistado 33).

...ponto negativo da interdisciplinaridade, é ainda, uma dificuldade que alguns setores, alguns profissionais têm que aceitarem em... de abrirem espaço para nós, para os residentes (Entrevistado 34).

Isso pode ocorrer pelo fato de não haver uma política para nortear tanto os plantonistas quanto os preceptores e residentes. Podendo, acarretar, desse modo, o surgimento de problemas interpessoais e a deterioração do trabalho em equipe.

...eu não digo que seja da interdisciplinaridade, mas da forma como a residência ainda acontece, digamos, não existe ainda, de fato, uma política ou um consenso entre os profissionais plantonistas e os residentes (Entrevistado 1).

...acho que talvez, ainda tenha, digamos, uma diluição dos conhecimentos ou então das... digamos das competências e atribuições de cada categoria. E, isso acaba que interfere na relação residente-preceptor com os plantonistas das várias categorias então esse ainda para mim ainda é uma entrave (Entrevistado 34).

...eu acho que é uma questão de adaptação e de manutenção dessa residência, para que realmente os saberes, os conhecimentos de todo o hospital seja contaminado por essa sensação de trabalho em equipe (Entrevistado 30).

Por sua vez, a residência multiprofissional, além de necessitar da alta complexidade de conhecimentos, cada profissional deve exercer sua atividade em um processo de trabalho coletivo, no qual o produto carece de um trabalho desenvolvido com ajuda das diversas categorias profissionais. Pressupõe-se que os integrantes das equipes sejam capazes não só de conhecer e avaliar o trabalho, mas também de compartilhar conhecimentos e informações (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

Algumas sugestões de melhorias à residência multiprofissional de neurologia e neurocirurgia do HGF foram oferecidas no discurso dos participantes:

...a melhora da interação entre as categorias e, conseqüentemente, a melhora nas condutas de tratamento ao paciente, a interdisciplinaridade em si (Entrevista 11).

...trabalhar mais em equipe, coisa que a gente, às vezes, com esse mundo tão dividido, tão compartimentalizada, a gente acaba ficando sozinho. Você não fica trabalhando em equipe, não ver o todo (Entrevistado 16).

...eu vejo ainda alguns ajustes que precisam ser feitos como, por exemplo, aos plantonistas, as equipes plantonistas, alguns têm uma certa dificuldade de confiar no trabalho da gente, de olhar com olhar ainda pouco... de pouca confiança (Entrevistado 31).

Carvalho Júnior et al. (2012), ao analisarem um programa de residência multiprofissional em saúde da família, detectaram aspectos semelhantes, com a necessidade de efetivar uma intervenção mais precisa sobre a interação entre os preceptores das diversas categorias, residentes e demais profissionais do hospital.

Tais discursos revelam a necessidade da criação de políticas mais sólidas de socialização e tutorização no hospital (BORGES; SILVA; MELO; OLIVEIRA, 2014; BORGES; ALBUQUERQUE, 2014; CARVALHO; BORGES; MELO, 2015; BORGES; CARVALHO; ALMEIDA, 2015), a fim de fortalecer as redes de cooperação entre os plantonistas, preceptores e residentes (PEDUZZI et al., 2015).

3.3.3 Processo de trabalho da equipe na residência multiprofissional

Por intermédio do material obtido nas entrevistas, a presente classe foi dividida em três categorias temáticas. As referidas categorias indicam três aspectos acerca do processo de trabalho da equipe na residência multiprofissional de neurologia e neurocirurgia do HGF, a saber: Intersecção entre as práticas profissionais da equipe multidisciplinar; Visitas multiprofissionais e outras atividades formativas; e o residente e seu papel.

A intersecção entre as diversas profissões é crucial para a efetivação da residência, sendo a categoria temática mais acentuada dentre os elementos de discursos analisados. Esse “entrosamento socioprofissional” é mais eficaz à evolução-recuperação dos pacientes que estão sendo acompanhados:

...determinados procedimentos que eu tenho que fazer com paciente após a liberação pelo neurocirurgião, eu mantenho contato com o fono, com a nutricionista, com a terapeuta ocupacional e, todas elas, todos nós, interagimos e desenvolvemos protocolos dentro da UTI (Entrevistado 1).

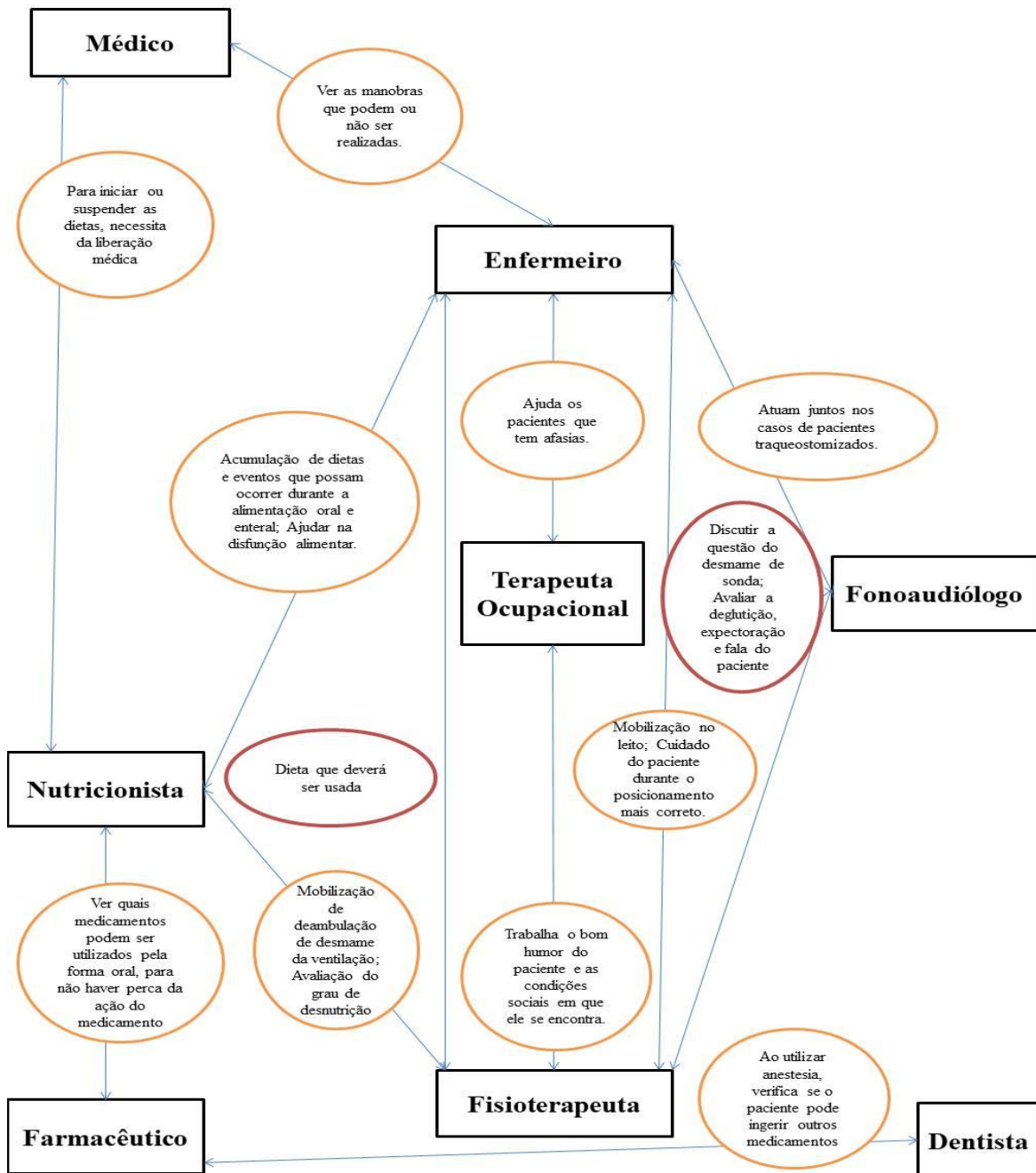
...nós atuamos junto com a enfermagem, como eu falei, com fisioterapeutas, sempre.

É essencial, principalmente, nos pacientes traqueostomizados, que eu preciso muito deles. E, até acho que ajuda um pouco no trabalho deles e eles com certeza colaboram muito com o meu (...). Então, eu sempre vejo na minha rotina diária a necessidade de cada um, enfermeiro, médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional (Entrevistado 2).

...A gente não só trabalha com o médico e, sim com o terapeuta ocupacional, o fonoaudiólogo, psicólogo, psiquiatra, assistente social, as enfermeiras, as técnicas de enfermagem e o pessoal de serviços gerais e essa... E isso faz com que exista a melhor prática para em relação ao paciente (Entrevistado 18).

Para uma maior compreensão dos dados apresentados acima, elaboramos uma rede de colaboração ilustrativa por intermédio dos elementos de discursos dos preceptores, na qual são apresentados os diversos procedimentos de intersecção-cooperação que ocorrem na residência de neurologia e neurocirurgia do HGF (Figura 1). Mas, destacamos que não temos a pretensão de aprofundar sobre questões epistemológicas que circunscrevem os conceitos e aportes metodológicos sobre redes, visto que há uma diversidade delas. Desse modo, vamos considerar no sentido de como as relações e interações contribuem para o cuidado aos pacientes, “buscando compreender as suas singularidades e, como essas singularidades se compõem em movimentos de redes, gerando fenômenos coletivos com menor ou maior complexidade” (MEIRELLES, 2012, p. 362).

Figura 1. Rede de colaboração entre as diversas categorias profissionais da residência multiprofissional de neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza-CE, 2018.



Fonte: Elaboração da autora, a partir dos dados da pesquisa (2018).

Através da cooperação entre nutricionista, enfermeiro e fisioterapeuta é que são decididas as dietas dos pacientes. Por outro lado, o enfermeiro e fisioterapeuta, junto com fonoaudiólogo, analisam o desmame de sonda, avaliam a deglutição, expectoração e fala do paciente. Embora tenha sido enfatizada em meio às falas dos entrevistados a importância do psicólogo e assistente social, não foi narrado nenhum procedimento de interseção-cooperação, por essa causa, eles não aparecem na Figura 1.

A outra categoria temática refere-se a visitas multiprofissionais e outras atividades formativas. Nessa, observou-se a importância destinada às visitas multiprofissionais, como principal atividade das equipes, pois nesses momentos ocorrem as trocas de informação, além de serem traçadas as decisões que serão tomadas a respeito de cada paciente:

...com os atendimentos à beira do leito, nós fazemos o atendimento e participamos das visitas multi e, discutimos caso a caso. E, o que a gente pode e deve evoluir em cada... com cada paciente (Entrevistado 12).

...seria assim, nós participamos das visitas multi, nós discutimos com o neurologista, com fisioterapeuta, com enfermeiro (...) a questão da... da dieta que deverá ser usada para o paciente para os pacientes de forma geral (Entrevistado 20).

...então nós acompanhamos todas as visitas multiprofissionais, nós discutimos o momento junto com fisioterapeuta, junto com a enfermeira que vai ser preparado o paciente para traqueostomizar, para oclusão de traqueostomia, decanulação... (Entrevistado 22).

...eu acho que é isso, participar ativamente das visitas multi e discutir caso a caso todas as medicações, todas as alterações, tentar suprir com nosso conhecimento as falhas... (Entrevistado 33).

Tal atividade já é conhecida no contexto do trabalho em saúde e sua eficiência já demonstra bons resultados (MATOS; PIRES, 2009; LIRA-BATISTA et al., 2012).

As outras atividades formativas, presentes no universo da residência, agem como dizimador de dúvidas e novas informações acerca dos estudos de casos clínicos. Desse modo, treinamentos junto aos preceptores, ações e palestras desenvolvidas por eles, as rodas de núcleo, dentre outras atividades, são instrumentos de grande relevância para efetivação do trabalho desenvolvido na residência multiprofissional:

...certamente um treinamento eficaz, um... um treinamento mais específico para os preceptores... (Entrevistado 5).

...dos preceptores com o devido treinamento é... a gente discute o caso com todos os profissionais... (Entrevistado 6).

...pedem a gente pra dar alguma palestra, alguma aula, a gente vai, faz essa parte de dar palestras, de dar aula... (Entrevistado 16).

...os estudos de casos, os encaminhamentos em relação aos estudos de casos, estudo de textos que possam tá complementando as nossas ações profissionais (Entrevistado 17).

...a gente participava de roda compartilhada de discussão, de casos clínicos, nós temos sempre que trocar esses saberes, né? (Entrevistado 29).

A prática de reuniões de equipe, as visitas multiprofissionais a beira do leito e os estudos de caso podem contribuir para a efetivação de mudanças no contexto de trabalho e para a educação permanente dos profissionais de saúde, “na medida em que se constituem em momentos de aprendizagem coletiva” (MATOS; PIRES, 2009, p. 345).

Por fim, um pequeno conjunto de falas se voltou ao residente, sendo que os preceptores relatam certa imaturidade por parte desses, além da falta de engajamento em suas funções. Assim, sugere-se uma reforma no processo de avaliação dos residentes e um maior incentivo à prática científica.

...no seu comportamento ainda... o comportamento ainda de estudante da graduação, eles não... eles têm uma dificuldade de se comprometerem com o paciente, atribuir mais responsabilidade aos residentes, acompanhar melhor, oferecer mais atenção e cobrança maior (Entrevistado 6).

...alguns evitam ou não querem difundir ideias inovadoras, há pouco engajamento em projetos e a falta de interesse enquanto ser residente (Entrevistado 8).

...o processo seletivo dos residentes deve ser mais rigoroso, na minha opinião, a Escola de Saúde Pública do Ceará deve aprimorar e deve melhorar, bastante, as avaliações dos residentes (Entrevistado 10).

...o sistema de avaliação deveria ter três notas, uma do preceptor de serviço, outra do preceptor de campo e outra do preceptor de núcleo, soma as três e fazem uma média (...) então, temos uma gama de informações, os casos clínicos que podem ser aproveitados pelos residentes para publicações em revistas científicas de grande circulação (Entrevistado 14).

Podem ser encontrados alguns estudos sobre a prática do residente e avaliação de seu desempenho (AMADEU JUNIOR, 2001; SANTORO JUNIOR, 1999). Há também pesquisas que mostram que os residentes não se sentem ativos nos momentos de tomada de decisão das residências (ALVES DA SILVEIRA, 2011). Uma melhor explanação sobre a produção científica de teses e dissertações sobre as residências em saúde pode ser encontrada na revisão de literatura de Dallegrave e Ceccim (2013). Para tanto, a organização do trabalho em equipe multiprofissional carece de novos processos de viabilização do trabalho coletivo que ultrapassem as dificuldades estruturais da prática na residência (SILVA et al., 2015)

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou investigar a percepção dos preceptores da residência multiprofissional acerca do processo de interdisciplinaridade na residência multiprofissional de neurologia e neurocirurgia e conhecer o seu perfil profissional. Conclui-se então, que o objetivo geral foi alcançado e, os objetivos específicos estabelecidos foram atingidos.

Os preceptores são profissionais ainda com pouco tempo em média no exercício da função. É necessário dar ênfase à capacitação continuada dos preceptores, uma vez que 58,8% não tiveram nenhuma capacitação para o exercício da função, e os que tiveram conseguiram isso através de curso de curta duração.

O trabalho em equipe e colaboração revelou um bom resultado no grupo estudado, demonstrado, assim, a importância denotada à inter e multiprofissionalidade por este grupo. Entretanto, na análise do conteúdo dos discursos dos participantes do estudo, observou-se que ainda existe a necessidade de consolidação de vínculos mais delineados entre as diversas categorias que compõem a residência. Não esquecendo que, para efetivação dessa rede de colaboração é necessária participação ativa dos residentes e plantonistas dos variados setores do hospital.

No tocante à disponibilidade para aprendizagem interprofissional, constatou-se que a atenção centrada no paciente obteve escores médios satisfatórios, reafirmando a vocação dos profissionais das várias áreas, no tocante ao cuidar específico, com a construção da autonomia e o desenvolvimento de uma relação de confiança, na qual o paciente não é tão somente um enfermo, mas é visto sob uma ótica integrativa, em que o tratamento deve ser compartilhado e informado, respeitando sua vontade e bem-estar, sem deixar de exercer o máximo das competências técnicas.

Por intermédio da triangulação dos dados quantitativos e qualitativos, percebe-se que o preceptor isolado e conhecedor de sua atuação e de sua autonomia profissional, porém quando colocada na equipe multiprofissional, ainda tem dificuldade de ter um limite definido a partir sua atuação e de como partilhar essa atuação dentro da equipe multiprofissional. Essa fragilidade provavelmente deve-se ao fato de a Residência Multiprofissional de Neurologia e Neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza ser um processo com uma dinâmica formativa diferenciada das demais residências, além de ser um processo ainda em consolidação.

Ademais, os elementos de discurso dos participantes, possibilitaram explorar a prática do preceptor, como sendo aquele que orienta o residente no serviço. Além disso, tal profissional é incumbido a levar o residente a refletir e pôr em ação a prática da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, como processo fundamental de aprendizagem.

No tangente aos aspectos negativos, verificou-se que a grande dificuldade da interdisciplinaridade no programa de residência em estudo ocorre porque alguns profissionais dos vários setores do hospital ainda não recepcionam de forma colaborativa os residentes, o que pode dificultar o acesso aos vários serviços de informações, bem como o processo de ensino e aprendizagem. Por outro lado, o principal benefício identificado nesta pesquisa está relacionado ao processo holístico do cuidar, no qual o paciente é contemplado em sua totalidade. Para tanto, reafirma-se a necessidade da participação dos plantonistas e demais trabalhadores do hospital no sucesso deste programa.

O processo de trabalho da equipe multidisciplinar explora os processos de intersecção e cooperação entre as várias áreas, pondo em voga, os processos de formação e/ou educativos, principalmente, as visitas multiprofissionais. Pois nesses momentos, são discutidos com a equipe os procedimentos e condutas que devem ou não ser adotados, bem como o entendimento dos seus motivos. Destaca-se que os enfermeiros e fisioterapeutas foram os que mais mostraram possuir cooperação dentre as categorias profissionais. No entanto, esse dado deve ser visto com cautela, uma vez que o número maior de enfermeiros e fisioterapeutas que participaram do estudo pode ter contribuído para isso.

No mais, espera-se que esta dissertação possa incentivar a realização de outros estudos que tenham como objetivo explorar o universo da Residência Multiprofissional de Neurologia e Neurocirurgia do HGF em outros aspectos, bem como de outros programas de RMS. Assim, sugere-se aos órgãos e gestores responsáveis pelos programas de RMS, a efetivação de políticas que possam fortalecer as relações interprofissionais entre os trabalhadores do hospital, a fim de gerar uma rede de colaboração mais eficaz. Estudos adicionais, utilizando outras abordagens como técnicas de grupo focal, são necessários para explorar e fortalecer os pontos de intersecção-colaboração entre os profissionais, uma vez que permite uma discussão mais ampla e compartilhada entre os participantes.

Outros estudos quantitativos empregando questionários de avaliação interprofissional devem ser realizados, com análise fatorial exploratória e confirmatória para verificação de sua estrutura subjacente e associações com variáveis sociodemográficas. Correlações com outros construtos também são pertinentes, como o *Interdisciplinary Education Perception Scale*.

Esse último instrumento citado foi recentemente traduzido para a língua portuguesa e validado junto a alunos de graduação de vários cursos da saúde de uma instituição de ensino superior em Fortaleza, Ceará, pela autora da presente pesquisa.

Por fim, será apresentado à Seção de Ensino, Aperfeiçoamento e Pesquisa (SEAP) do Hospital Geral de Fortaleza, aos preceptores envolvidos no estudo e aos residentes, um manual (APÊNDICE 4), o qual será entregue à Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, assim como ficará disponível em formato digital e impresso para preceptores e residentes da saúde, com o intuito de propor intervenções para o fortalecimento da residência multiprofissional de neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, D. H.; SILVEIRA, L. M. C. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da educação médica. **Rev Hosp Univ Pedro Ernesto**, v. 11, n. 1, 2011.
- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface – Comunic., Saude, Educ.**, v. 20, p. 905-916, 2016.
- AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação (Campinas)**, v. 16, n. 1, p. 165-82, 2011.
- ALVES DA SILVEIRA, L.H. **Avaliação do conhecimento dos residentes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde referente ao "Contrato Didático"**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2011.
- AMADEU JUNIOR, I. **Avaliação do conhecimento de saúde bucal que possui o médico residente em pediatria da cidade de São Paulo e da sua atuação junto aos pacientes**. 2001. Dissertação (Mestrado profissional) – Faculdade de Odontologia, Universidade Camilo Castelo Branco, São Paulo. 2001.
- AMADO, E. **Educação interprofissional e prática colaborativa em terapia intensiva: perspectiva dos profissionais da saúde**. 2016. 73 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino da Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2016.
- ARAÚJO, D.; GOMES DE MIRANDA, M. C.; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, p. 20, 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (ABEn). **Documento da Oficina sobre "Diretrizes para a Residência em Enfermagem no Brasil"**. Salvador, 17 a 19 de agosto de 1994.
- AUTONOMO, F. R. O. M.; HORTALE, V. A.; SANTOS, G. B.; BOTTI, S. H. O. A Preceptoria na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. **Rev. bras. educ. med.**, v. 39, n. 2, p. 316-27, 2015.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006
- BARROS, A. L. B. L.; MICHEL, J. L. M. Curso de especialização em enfermagem – modalidade residência: experiência de implantação em um hospital-escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 8, p. 5-11, maio, 2000.
- BARROS, M. C. N. **Papel do preceptor na residência multiprofissional: experiência do serviço social [Trabalho de Conclusão de Curso]**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

BAPTISTA, M.T.D.S. O estudo de identidades individuais e coletivas na constituição da história da Psicologia. **Memorandum**, v. 2, p.31-8, 2002. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/artigos02/baptista01.htm>>. Acesso em: 9 dez. 2017.

BICALHO, L. M.; OLIVEIRA, M. Aspectos conceituais da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade e a pesquisa em ciência da informação. **RDBCI: Rev. Digit. Bibliotecon. Cienc. Inf.** v. 16, n. 22, p.1-26, 2011.

BISPO, E. P. F.; TAVARES, C. H. F.; TOMAZ, J. M. T. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 49, p. 337-50, June, 2014.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 2.264/1996**. Institui a Residência em Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: <http://www.conarenf.com.br/2008/materias.asp?articleid=86>. Acesso em 24 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BORGES, L. O.; CARVALHO, V. D.; ALMEIDA, J. G. Socialização organizacional. In: BENDASSOLLI, P. F.; BORGES-ANDRADE, J. E. (Org.). **Dicionário de Psicologia do Trabalho e das Organizações**. 1ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015, v. 1, p. 627-634.

BORGES, L. O.; SILVA, F. H. V. C.; MELO, S. L.; OLIVEIRA, A. S. Socialização organizacional. In: Siqueira, M. M. M.. (Org.). **Novas Medidas do Comportamento Organizacional**. 1ed. Porto Alegre: Artmed, 2014, v. Único, p. 264-279.

BORGES, L. O.; ALBUQUERQUE, F. J. B. Socialização organizacional. In: ZANELLI, J. C.; BORGES-ANDRADE, J. E.; BASTOS, A. V. B. (Org.). **Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil**. 2ed. Porto Alegre: Artmed, 2014, v. 1, p. 351-384.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor and mentor: what are their roles?. **Rev. bras. educ. med.** v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. The teaching-learning process in medical residency. **Rev. bras. educ. med.** v. 34, n. 1, p. 132-140, 2010.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. T. A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis**, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011.

CÂMARA, A. M. C. S. **Educação interprofissional no pet-saúde: Cenário para o desenvolvimento de Práticas e Competências Colaborativas na área da saúde**. 2015. 176f. Tese (Doutorado em Ciências e Tecnologias em Saúde) - Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O. ; MELO, S. L. Tutorização no trabalho. In: BENDASSOLLI, P. F.; BORGES-ANDRADE, J. E. (Org.). **Dicionário de Psicologia do Trabalho e das Organizações**. 1ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2015, v. 1, p. 679-686.

CARVALHO JR, P. M.; ROSA, R. S. L.; SGAMBATTI, M. S.; ADACHI, E. A.; CARVALHO, V. C. L. Avaliação do programa de residência multiprofissional em saúde da família: uma análise qualitativa através de duas técnicas. **Revista HUPE**. v. 11, n Supl. 1, p. 114-119, 2012.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Educação em Saúde Coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. *Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-56, 2001.

CEARÁ (Estado). **ESP/CE seleciona graduados para Residência Integrada em Saúde**. Governo do Estado do Ceará, Ceará, 02 out. 2017. Disponível em: <<http://www.ceara.gov.br/2017/10/02/espce-seleciona-graduados-para-residencia-integrada-em-saude/>> Acesso em: 20 dez. 2017.

CERQUEIRA GOMES, M. P. et al. Desinstitucionalizando a formação em saúde mental: uma história em dois tempos. In: PINHEIRO, R.; GULJOR, A. P.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/LAPPIS, 2007, p. 189-207.

CIAMPONE, M. H. T.; PEDUZZI, M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm**, v. 53, n. SPE, p. 143-147, 2000.

CHIRELLI, M. Q. **O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do curso de enfermagem da FAMEMA**. 2002. 281 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CONCEIÇÃO, L.; BROTTTO, M. E. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: o olhar dos preceptores sobre o processo de ensino-aprendizagem. **Revista de Políticas Públicas**, v. 20, n. 2, p. 885-901, 2017.

COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. **Mental**, v. 5, n. 8, p. 107-124, jun. 2007.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (Brasil). **Resolução CNRMS nº 5, de 7 de novembro de 2014**. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, 10 nov. 2014.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. B. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações?. *Interface (Botucatu)*, v. 17, n. 47, p. 759-776, 2013.

D'AMOUR, D. et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC health services research**, v. 8, n. 1, p. 188, 2008.

DEVINCENZI, M. U.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R.; AVEIRO, M. C.; DIAS, I. A. V.; RODRIGUES, T. F. A experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde em Santos, São Paulo. In: FERLA, A. A.; ROCHA, C. M. F.; FAJARDO, A. P.; DALLEGRAVE, D.; ROSSONI, E.; PASINI, V. L.; SONAGLIO, R. G. (Orgs). **Residências**

e a Educação e Ensino da Saúde: Tecnologias Formativas e o Desenvolvimento do Trabalho. 1ª Ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017, v. 1, p. 80-8.

DISCONZI, M. V.; SILVA, M. S.; OSÓRIO, M. B. Desafios e perspectivas da formação em Atenção Integral ao Usuário de Drogas na modalidade residência em saúde. In: FERLA, A. A.; ROCHA, C. M. F.; FAJARDO, A. P.; DALLEGRAVE, D.; ROSSONI, E.; PASINI, V. L.; SONAGLIO, R. G. (Orgs). **Residências e a Educação e Ensino da Saúde:** Tecnologias Formativas e o Desenvolvimento do Trabalho. 1ª Ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017, v. 1, p. 97-101.

DOMINGUES, I. Em busca do método. In:_____. (Org.) **Conhecimento e transdisciplinaridade II:** aspectos metodológicos. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (Estado). **Diretrizes para a elaboração do projeto referente ao programa de residência multiprofissional da saúde para o SUS conforme edital nº 28, de 27/06/2013 - diário oficial da união.** Secretaria de Saúde, Fortaleza, 2013.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (Estado). **Processo seletivo destinado ao preenchimento de vagas para os programas de Pós-Graduação Lato Sensu, nas modalidades de Residência em Área Profissional da Saúde – Multiprofissional e Uniprofissional - Edital 29/2017.** Secretaria de Saúde, Fortaleza, 2017.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (Estado). **Preceptores de Residência Médica fazem curso na ESP-CE.** Secretaria de Saúde, Fortaleza, 30 ago. 2012. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2476:preceptor-es-de-residencia-medica-fazem-curso-na-esp-ce-&catid=14:lista-de-noticias&Itemid=185>. Acesso em: 20 dez. 2017.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (Estado). **Formação de Preceptores realiza segundo encontro.** Secretaria de Saúde, Fortaleza, 13 nov. 2017. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4454:espce-realiza-ii-encontro-de-formacao-de-preceptores&catid=14:lista-de-noticias&Itemid=185>. Acesso em: 20 dez. 2017.

FACIONE, P.; CROSSETTI, M. G. O.; RIEGEL, F. Pensamento Crítico Holístico no Processo Diagnóstico de Enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, v. 38, n. 3, p. 1-2, 2017.

FARIAS, T. C. B. **Formação Interdisciplinar: contribuições da Residência Multiprofissional em Saúde.** 2016. 179 f. Tese (Doutorado em Educação, Arte e História da Cultura) – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2016.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Working in multiprofessional teams: the perspectives of family health residents. **Ciênc. saúde coletiva**, v.14, Supl. 1, p. 1421-1428, Oct, 2009.

FERREIRA, S. R. **Residência integrada em saúde: uma modalidade de ensino em serviço.** 2007. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. As identidades do preceptor: assistência, ensino, orientação. In: Ribeiro, V. M. B. (Org). **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: UFJF, p. 29-36, 2011.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida. **Revista Olho Mágico**, v. 5, n. 18, p. 5-6, 1999.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 2, n. 2, p. 103-114, 1994.

GONZE, G. G. **A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo saberes e práticas**. 2009. 158f. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva), Universidade de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.

HAIR JF, ANDERSON RE, TATHAN RL, BLACK WC. Análise multivariada de dados. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

JACKSON, S. E. The consequences of diversity in multidisciplinary work teams. In: WEST, M. A. (Org.). **Handbook of work group psychology**. Chichester: John Wiley; Sons Ltda, 1996, p. 53-75.

KOERICH, M. S.; ERDMANN, A. L. Enfermagem e patologia geral: resgate e reconstrução de conhecimentos para uma prática interdisciplinar. **Texto Contexto Enferm.** v. 12, n. 4, p. 528-537, 2003.

LESSA, G. M. Residência multiprofissional como experiência de atuação interdisciplinar na assistência à saúde da família. **Rev. Bras. Enferm.**, v.53, n. Esp., p.107-110, 2000.

LIRA-BATISTA, M. M. S.; RIBEIRO, J. V.; PAULETTI, H. O.; ROPENDOWISKI, A M. G.; OLIVEIRA, G. N.; SOUZA, E. G. A experiência dos residentes multiprofissionais em atenção hospitalar na atenção básica. **Rev. Ciênc. Ext.** v.8, n.1, p.170-177, 2012.

LORENZ, R. H. **Papel do preceptor na residência multiprofissional interdisciplinares na formação do residente: experiência da fisioterapia**. 2010. 43f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

LUECHT, R. M.; MADSEN, M. K.; TAUGHER, M. P.; PETTERSON, B. J. Assessing professional perceptions: Design and validation of an interdisciplinary education perception scale. **J Allied Health**, v. 19, n. 2, p. 181-191, 1990.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto contexto - enferm.** v. 18, n. 2, p. 338-346, 2009.

MEIRELLES, B. H. S. Redes de Cooperação em Saúde: algumas reflexões. **J. nurs. health.**, v. 2, n. 2, p. 362-63, 2013.

MENDES, J. M. R.; LEWGOY, A. M. B.; SILVEIRA, E. C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Ciência & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 24-32, 2008.

MENDES, L. C. B. **A interdisciplinaridade na educação do profissional da saúde no Brasil**: estudo do caso “Bacharelado interdisciplinar em saúde” da Universidade Federal da Bahia. 2013. 469 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza, 2013.

MINAYO, M. C. S. de. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 2010.

MORIN, E. **A cabeça bem feita** – repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.

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

MÜLLER, M. C.; HAAG, C. B.; SILVA, J. D. T. A Residência Integrada em Saúde: Dermatologia Sanitária – uma experiência interdisciplinar vista pelo enfoque da psicologia. **Bol. saúde.**, v. 15, n. 1, p. 129-37, 2001.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. **Saúde e soc**, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

NICOLESCU, B. Um novo tipo de conhecimento: a transdisciplinaridade. In: NICOLESCU, B.; PINEAU, G.; MATURANA, H.; RANDOM, M.; TAYLOR, P.; (Orgs). **Educação e transdisciplinaridade**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2000. p. 9-25.

PAUL, P. Transdisciplinaridade e antropofomação: sua importância nas pesquisas em saúde. **Saúde soc.**, v. 14, n. 3, p. 72-92, 2005.

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. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. 270 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. **Interface (Botucatu)**, v. 4, n. 6, p. 151, 2000.

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

PEIXINHO, A. L. **Educação Médica: o desafio de sua transformação.** 2001. 256f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

PIAGET, J. **Introducción a la epistemología genética.** Buenos Aires: PAIDOS, 1978.

PIAGET, J. Problemas generales de la investigación interdisciplinaria y mecanismos comunes. In:_____. **Tendencias de la investigación las ciencias sociales.** Madri: Alianza, 1976, p. 199-282.

PIRES, M. F. C. Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade no Ensino. **Interface - Comunic., Saude, Educ.,** n. 2, p.173-182, 1998.

PONTES, A. L. M. **Saber e prática docente na transformação do ensino médico: reflexões a partir da fala de preceptores do curso de Medicina da UFF.** 2005. 108f. Mestre (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2005.

PONTES, A. L.; REGO, S.; SILVA JUNIOR, A. G. Saber e prática docente na transformação do ensino médico. **Rev. bras. educ. med.,** v. 30, n. 2, p. 66-75, 2006.

REIS, B. A. O.; FARO, A. A residência multiprofissional e a formação do psicólogo da saúde: um relato de experiência. **Rev. Psicol. Saúde,** v. 8, n. 1, p. 62-70, jun, 2016.

REID,R; BRUCE,D.; ALLSTAFF, K.; MCLERNON, D. Validating the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in the postgraduate context: are health care professionals ready for IPL? **Med. Educ.** v.40, n.5, p.415–22, 2006.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online),** v. 35, n. 1, p. 161-165, 2013.

RIBEIRO, K. R. B. R. **Residências em saúde: saberes do preceptor no processo ensino-aprendizagem.** 2015. 226 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Trab. educ. saúde,** v. 7, n. 3, p. 479-498, nov, 2009.

RODRIGUES, A. M. M. **A preceptoria nos campos de prática na formação do enfermeiro em universidades de Fortaleza – Ceará.** 2012. 135f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza, 2012.

RODRIGUES, J. R. S. **Educação interprofissional em um hospital de trauma: perspectivas dos profissionais do núcleo de educação permanente em saúde e seus colaboradores.** 2018. 68f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2018.

SALUM, N. C. **A educação permanente e suas contribuições na constituição do profissional e nas transformações do cuidado de enfermagem.** 2006. 319 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SALVADOR, M. E. et al. Uso de videoconferência para discussão de temas sobre gestão de enfermagem em hospitais universitários. **Acta paul. enferm.** v. 23, n. 5, p. 705-707, 2010.

SANTANA SILVA, E.; LINS, G. A.; CASTRO, E. M. N. V. Historicidade e olhares sobre o processo saúde-doença: uma nova percepção. **Revista Sustinere**, v. 4, n. 2, p. 171-186, 2017.

SANTORO JÚNIOR, M. Avaliação dos conhecimentos de médicos residentes para o atendimento de crianças e adolescentes vitimizados. 1999. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1999.

SARGEANT, J. Theories to aid understanding and implementation of interprofessional education. **J Contin Educ Health Prof**, v. 29, n. 3, p. 178-184, 2009.

SCHERER, M.; PIRES, D. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde. **Tempus–Actas de saúde coletiva**, v. 3, n. 2, p. 30-42, 2009.

SILVA, J. C.; CONTIM, D.; OHL, R. I. B.; CHAVAGLIA, S. R. R.; AMARAL, E. M. S. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 132-138, abr, 2015.

SILVA, C. T. D.; TERRA, M. G.; KRUSE, M. H. L.; CAMPONOGARA, S.; XAVIER, M. D. S. Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a Educação Permanente em Saúde. **Texto Contexto Enferm.** v. 25, n. 1, p. e2760014, 2016.

SILVA, L.C. O processo ensino-aprendizagem na residência multiprofissional em saúde: preceptores. **Anais do 3º Encontro Internacional de Política social e 10º Encontro Nacional de Política Social**, Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/EINPS/article/view/10038>.> Acesso em 12 de fevereiro de 2018.

SKARE, T. L. Metodologia de ensino na preceptorial da residência médica. **Revista do Médico Residente**, v. 14, n. 2, p. 1-5. 2012.

SOUZA, A. **Formação Profissional em Saúde na Perspectiva do Trabalho em Equipe e da Integralidade no Cuidado:** Percepção do Estudante, São Paulo, 2014 (97p) - Dissertação. Universidade Federal de São Paulo, Campus São Paulo.

SOUZA, A. C.; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 649-659, 2017.

SOUZA SALVADOR, A.; SILVA MEDEIROS, C.; CAVALCANTI, P. B.; CARVALHO, R. N. Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. **Rev. bras. ciênc. saúde**, v. 15, n. 3, p. 329-338, 2011.

SOUSA, N. M. L. **Conhecimento de preceptores da residência multiprofissional em saúde sobre metodologias de ensino.** 2017. 66f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Natal, 2017.

STEPHAN-SOUZA, A. A. et al. Residência em Serviço Social na UFJF: Experiências inovadoras de integração ensino e serviço na Rede de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde. **Cadernos FNEPAS**, 2011.

STREINER, D. L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **Journal of Personality Assessment.** v. 80, p. 217-222. 2003.

TAVARES, S. O.; VENDRÚSCOLO, C. T.; KOSTULSKI, C. A.; GONÇALVES, C. S. In: **Interdisciplinaridade, multidisciplinaridade ou transdisciplinaridade.** n. 5º, 2012. Santa Maria/UNIFRA. Direitos Humanos, Diversidade e Diferença. 2012. p. 1-8. Disponível em: <http://www.unifra.br/eventos/interfacespsicologia/Trabalhos/3062.pdf>. Acesso em 24 ago. 2017.

THANNHAUSER, J.; RUSSEL-MAYHEW, S.; SCOTT, C. Measures of interprofessional education and collaboration. **J Interprof Care.** v. 24, n. 4, p. 336-49, 2010.

TEIXEIRA, E. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 30, n. 2, p. 286-290, 1996.

TEUNISSEN, P. W. et al. Attending doctors' perspectives on how residents learn. **Med Educ**, v. 41, n. 11, p. 1050-1058, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (UFJF). Hospital Universitário. Residências: apresentação. 2013. Disponível em: <http://www.ufjf.br/huresidencia/s/>. Acesso em: 16 jan. 2018.

VAN KNIPPENBERG, D.; DE DREU, C. K. W; HOMAN, . C. Work group diversity and group performance: an integrative model and research agenda. **Journal of applied psychology**, v. 89, n. 6, p. 1008, 2004.

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

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-531, 2003.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este é um convite para você participar da pesquisa do Mestrado de Ensino em Saúde, intitulada “INTERDISCIPLINARIDADE NO ENSINO EM SAÚDE NA VISÃO DOS PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DE NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO DE FORTALEZA-CEARÁ”. Esta pesquisa é coordenada pela Fisioterapeuta Reijane Bezerra de Pinho Lemos de Aguiar. Esta pesquisa tem como objetivo identificar o processo de interdisciplinaridade entre os preceptores da residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia. O motivo para executar esse estudo se dá pela necessidade de aprimorar os conhecimentos sobre o impacto da relação interdisciplinar entre as categorias profissionais dos preceptores no Hospital Geral de Fortaleza (HGF), sua estruturação, funcionamento e demandas.

Caso você deseje participar, você será submetido a uma entrevista que será gravada através de gravador digital no HGF. Dessa forma, o risco que você corre é semelhante aquele sentido em uma entrevista ou exame psicológico. Se acontecer um desconforto de você sentir um mal-estar, irritação ou estresse, o mesmo será minimizado com a interrupção da avaliação onde será estabelecido um novo horário. Você terá como benefício o retorno do resultado das avaliações e o feedback sobre o processo de interdisciplinaridade entre os preceptores

Você tem o direito de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo. Os dados que você irá nos fornecer serão confidenciais, ficarão guardados por um período de 5 anos e só serão divulgados em congressos ou publicações científicas, não havendo divulgação de nenhum dado que possa lhe identificar.

Você não terá nenhuma despesa com a pesquisa e nada será pago por sua participação. Qualquer dúvida sobre a ética dessa pesquisa você deve entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HGF no endereço Rua Ávila Goulart, 900 – Papicu ou pelo telefone (85) 3101-3209.

Em caso de qualquer tipo de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com a responsável, **Reijane Bezerra de Pinho Lemos de Aguiar**, no endereço Rua Avila Gular, 900– Fortaleza/CE ou pelo telefone (85) 9 9994-0988.

Fortaleza, ___/___/___

Participante da pesquisa: _____

Assinatura: _____

Pesquisador responsável:

Reijane Bezerra de Pinho Lemos de Aguiar:

APÊNDICE II

Roteiro da entrevista oral a ser realizada com preceptores da residência multiprofissional da área de neurologia/neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza.

1. O que você entende sobre o conceito de preceptor da residência multiprofissional?
2. Como você avalia o papel da interdisciplinaridade na formação profissional na área de neurologia/neurocirurgia?
3. Quais os pontos positivos da interdisciplinaridade na residência multiprofissional da área de neurologia/neurocirurgia do HGF?
4. Quais os principais benefícios da interdisciplinaridade na residência multiprofissional da área de neurologia/neurocirurgia do HGF?
5. Quais os pontos negativos da interdisciplinaridade na residência multiprofissional da área de neurologia/neurocirurgia do HGF?
6. O que é necessário melhorar na residência multiprofissional da área de neurologia/neurocirurgia do HGF?
7. Como a sua área na prática diária da residência multiprofissional faz a intersecção com as demais áreas?

APÊNDICE III

Questionário sobre o perfil dos preceptores da residência multiprofissional da área de neurologia/neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza.

1. Nome: _____
2. Idade: _____
3. Sexo: M () F ()
4. Estado civil: _____
5. Naturalidade: _____
6. Formação profissional: _____
7. Graduação (local/ano): _____
8. Pós-graduação (especificar área, local e ano):

9. Tempo em que trabalha como preceptor da residência multiprofissional ou de outra residência: _____
10. Horas semanais dedicadas ao trabalho de preceptor da residência multiprofissional ou de outra residência: _____
11. Já realizou curso de preparação para preceptoria de residência? Se sim, qual? _____

APÊNDICE IV

Manual



**Manual sobre a interdisciplinaridade e
prática colaborativa em residência
multiprofissional**

Centro Universitário Christus
Mestrado Profissional em Ensino em Saúde
MEPES

Manual sobre a interdisciplinaridade e prática colaborativa em residência multiprofissional



Os autores

REIJANE BEZERRA DE PINHO LEMOS DE AGUIAR é fisioterapeuta (Universidade de Fortaleza - UNIFOR), com Mestrado em Ensino em Saúde (Centro Universitário Christus), Especialista em Terapia Intensiva (ASSOBRAFIR), Especialista em Gestão da saúde e Hospitalar (Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP), Especialista em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (Escola de Saúde Pública do Ceará). Atualmente é Fisioterapeuta da UTI neurológica do Hospital Geral de Fortaleza - CE e da UTI adulto do Hospital Geral Cezar Cals.

CLAUDIA MARIA COSTA DE OLIVEIRA é médica, PhD (Universidade Federal do Rio Grande do Norte), professora do Centro Universitário Christus (UniChristus), Fortaleza-CE. Tem atuação na área de nefrologia e educação médica. Atualmente é Coordenadora do Mestrado Profissional Ensino em Saúde da UniChristus e Supervisora do programa de Residência médica em Nefrologia do Hospital Universitário Walter Cantídeo.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

- 1 INTRODUÇÃO
- 2 O PAPEL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA SAÚDE
- 3 QUAL O PAPEL DO PRECEPTOR NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL?
- 4 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA NO CEARÁ
- 5 INTERDISCIPLINARIDADE E PRÁTICA COLABORATIVA NA PERCEPÇÃO DE PRECEPTORES DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA
- 6 RECOMENDAÇÕES PARA MELHORIA DO PROCESSO DE INTERDISCIPLINARIDADE E PRÁTICA COLABORATIVA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
- 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APRESENTAÇÃO

O presente manual é produto do Mestrado Profissional em Ensino em Saúde do Centro Universitário Christus (UniChristus), desenvolvido na linha de pesquisa de Avaliação do Ensino e Aprendizagem. O estudo que deu origem a este manual realizou a avaliação do processo de interdisciplinaridade e prática colaborativa entre os preceptores de diversas áreas profissionais de uma residência multiprofissional em Neurologia e Neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza-Ceará, com o objetivo de conhecer a percepção dos preceptores acerca do processo de interdisciplinaridade e prática colaborativa; compreender o processo de trabalho dos preceptores; identificar os pontos positivos e benefícios da residência multiprofissional; conhecer os pontos em que são necessárias melhorias na residência multiprofissional; e avaliar a disponibilidade para aprendizagem interprofissional (Trabalho em equipe e colaboração, Identidade profissional e Atenção centrada no paciente) entre os preceptores da residência. Este estudo foi idealizado e realizado na busca de conhecimentos que pudessem de alguma forma oportunizar a integração das profissões do ensino e serviços em saúde, e talvez pudessem contribuir para que o plano político pedagógico da formação seja reorientado na perspectiva de atuação do preceptor.

1. INTRODUÇÃO

O conceito de disciplina institui a demarcação entre as áreas de conhecimento, individualizando-as e gerando a especialização do trabalho. Quando a fronteira disciplinar, sua linguagem e seus conceitos isolaram-na das outras disciplinas e dos seus problemas, originou-se, muitas vezes, entre seus integrantes um espírito de posse que impedia toda e qualquer circulação estranha, na sua parcela do saber¹.

As definições de multi, inter e transdisciplinaridade surgiram como uma maneira de evitar a fragmentação dos campos de conhecimento, oferecendo uma maior compreensão acerca de fatos e fenômenos². Estes conceitos surgiram como uma contraposição às ideias de se aprofundar no conhecimento de um único elemento da ciência.

A multidisciplinaridade ou pluridisciplinaridade surgiu como forma de oferecer uma ampla compreensão dos fatos e fenômenos, evitando assim a segmentação dos conhecimentos. Desse modo, há a possibilidade da expansão e maior horizontalização do conhecimento, de forma a fortalecer e construir bases cada vez mais sólidas de saber e, também, cada vez mais integradas, amplas e interdependentes (Figura 1).

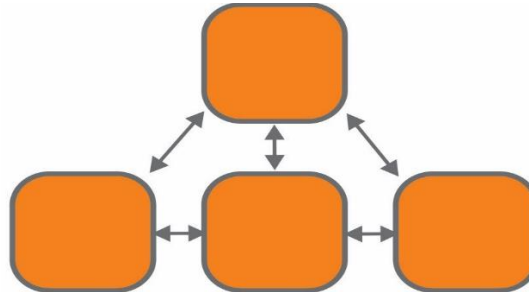
Figura 1 – Multidisciplinaridade



Fonte: elaborada pelo autor. Existe uma temática comum e não há relação nem cooperação entre disciplinas.

Por sua vez, a interdisciplinaridade busca extrapolar os limites entre os conhecimentos, que ao invés de individualizarem-se, agora são tangidos entre si, sendo capazes de interagirem e comunicarem-se. Apresenta como características básicas: a aproximação de campos disciplinares diferentes para a solução de problemas específicos, o compartilhamento de metodologias e a geração de novas disciplinas após cooperação e fusão entre os campos³ (Figura 2).

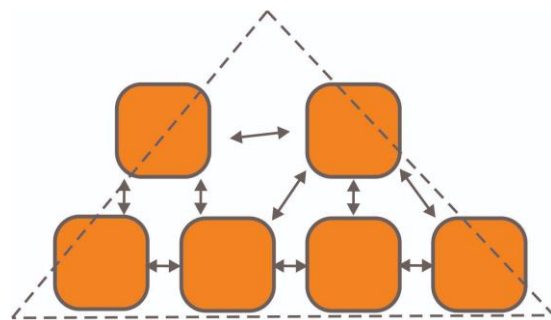
Figura 2 – Interdisciplinaridade



Fonte: elaborada pelo autor. Existe cooperação e diálogo entre as disciplinas.

A transdisciplinaridade surgiu como uma forma de complementar a interdisciplinaridade, ao promover uma nova maneira de atingir níveis mais profundos de interação entre as áreas de conhecimento (Figura 3). Trata-se de uma busca de ultrapassar as barreiras entre as disciplinas, que as afastam umas das outras, e que se fundem numa outra coisa, que transcende a todas⁴.

Figura 3 – Transdisciplinaridade



Fonte: elaborada pelo autor. Cooperação entre todas as disciplinas e interdisciplinas.

Essas relações resultam em soluções ou propostas de intervenção, as quais não poderiam ser produzidas por nenhum profissional de forma isolada, e sim como fruto da cooperação de diversos indivíduos, portadores de diferentes saberes. Embora muitas vezes essas relações sejam comprometidas em virtude de falta de interação entre profissionais e da fragmentação da comunicação entre os mesmos, pode-se reforçar a sua importância na prática das mais diversas áreas de atuação profissional. Portanto, a multi, a inter e a transdisciplinaridade trazem a proposta de oferecer alternativas aos modos de pensar e fazer da ciência clássica, disponibilizando para além do pensamento analítico-reducionista, uma forma

de investigação científica que atenda a necessidade de compreensão de fatos e fenômenos em toda sua complexidade². O domínio dos conhecimentos sobre a multidisciplinaridade pode garantir a interação entre vários conhecimentos técnicos e específicos e em variados setores multiprofissionais, como os relacionados à área da saúde.

No contexto destas reflexões, a equipe multiprofissional de saúde aparece respaldada pela noção de atenção integral ao paciente, tendo em conta os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação, que deveriam ser contemplados a partir dos conceitos de processo saúde-doença e de estratégias de integração⁵. A integração dos diversos saberes é constantemente um desafio para os profissionais de saúde, requerendo que os conflitos sejam explicitados e sejam enfrentados de forma dialógica no cotidiano dos serviços.

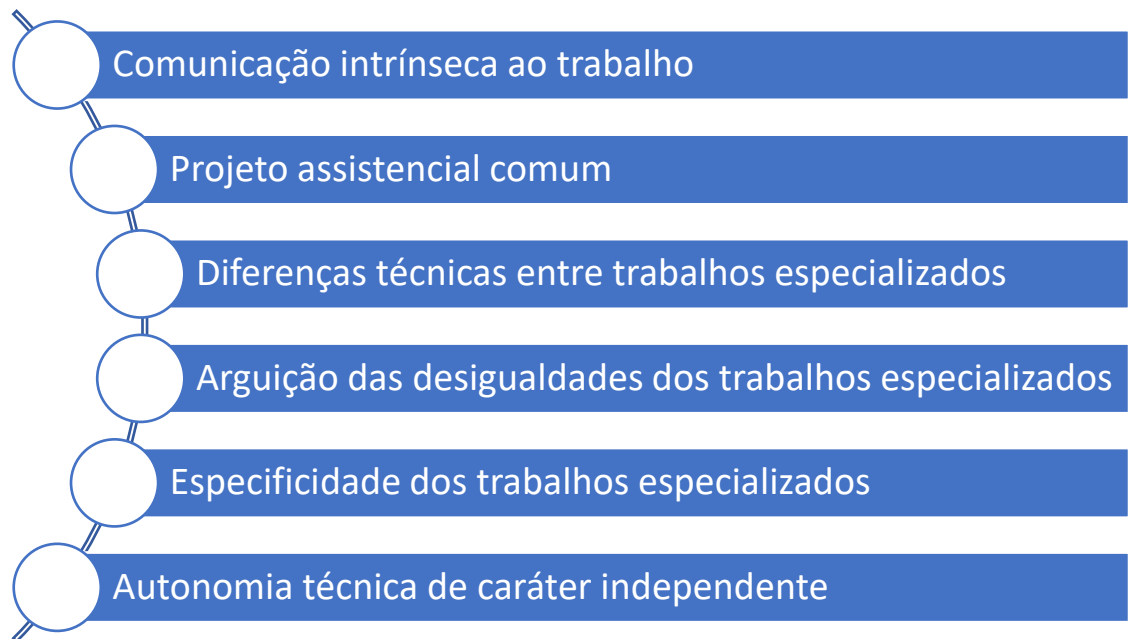
Face ao exposto, o Manual sobre a Interdisciplinaridade e a Prática em Residência Multiprofissional pode ser utilizado como uma ferramenta para reforçar a importância da integração e relação entre as diferentes profissões em serviços de saúde que trabalham no ensino e formação de outros profissionais. Possui como função também fornecer um canal de conhecimentos que possa facilitar a integração das profissões em serviços em saúde e ensino, contribuindo para que o plano político pedagógico da formação seja reorientado na perspectiva de atuação do preceptor.

2. O PAPEL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA SAÚDE

Uma das principais características do trabalho em saúde é o trabalho em equipe multiprofissional. O trabalho multiprofissional garante a interação entre vários conhecimentos técnicos e específicos e essas relações resultam em soluções ou propostas de intervenção, as quais não poderiam ser produzidas por nenhum profissional de forma isolada, e sim como fruto da cooperação de diversos indivíduos, portadores de diferentes saberes⁶.

A equipe multiprofissional de saúde aparece respaldada principalmente pela noção de atenção integral ao paciente, tendo em conta os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação, que deveriam ser contemplados a partir dos conceitos de processo saúde-doença, e de estratégias de integração⁵. A flexibilidade de divisão do trabalho convive com as especialidades de cada área profissional.

O trabalho multiprofissional tem como critérios de organização os itens:



A vivência multiprofissional nos serviços de saúde pode aparentar ser fácil e corriqueira, porém vivenciar a cooperação e a integração dos diversos saberes é constantemente um desafio para os profissionais de saúde, requerendo que os conflitos sejam explicitados e sejam enfrentados de forma dialógica no cotidiano dos serviços⁷.

No Brasil, a Residência Médica surgiu a partir da necessidade de formar profissionais para uma atuação diferenciada no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que pressupõe a construção interdisciplinar dos profissionais em saúde, trabalho em equipe, dispositivo de educação permanente e reorientação das lógicas técnicas e assistenciais⁸.

A promulgação da Lei nº 11.219, de 30 de junho de 2005, instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e deu início ao processo de regulamentação da RMS, modalidade de ensino pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço com a proposta de formação de profissionais que integrem a área de saúde⁹.

A RMS configura-se como um espaço para o desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde, sendo um dispositivo potencial para a promoção das mudanças pretendidas pelos profissionais de saúde, a fim de consolidar os princípios do SUS⁸. A multidisciplinaridade surge como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde

focada na prática integrada entre as diversas profissões, visando um atendimento amplo e que consiga captar toda a complexidade envolvida no processo do cuidado à saúde ¹⁰.

3. QUAL O PAPEL DO PRECEPTOR NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL?

Os preceptores são designados pelas áreas responsáveis para orientação dos residentes nas atividades relativas à sua categoria profissional ou entre as categorias, devendo promover a integração entre os diferentes profissionais em formação, destes com a equipe de saúde, com a população e com os demais serviços que irão estabelecer relação durante a residência.

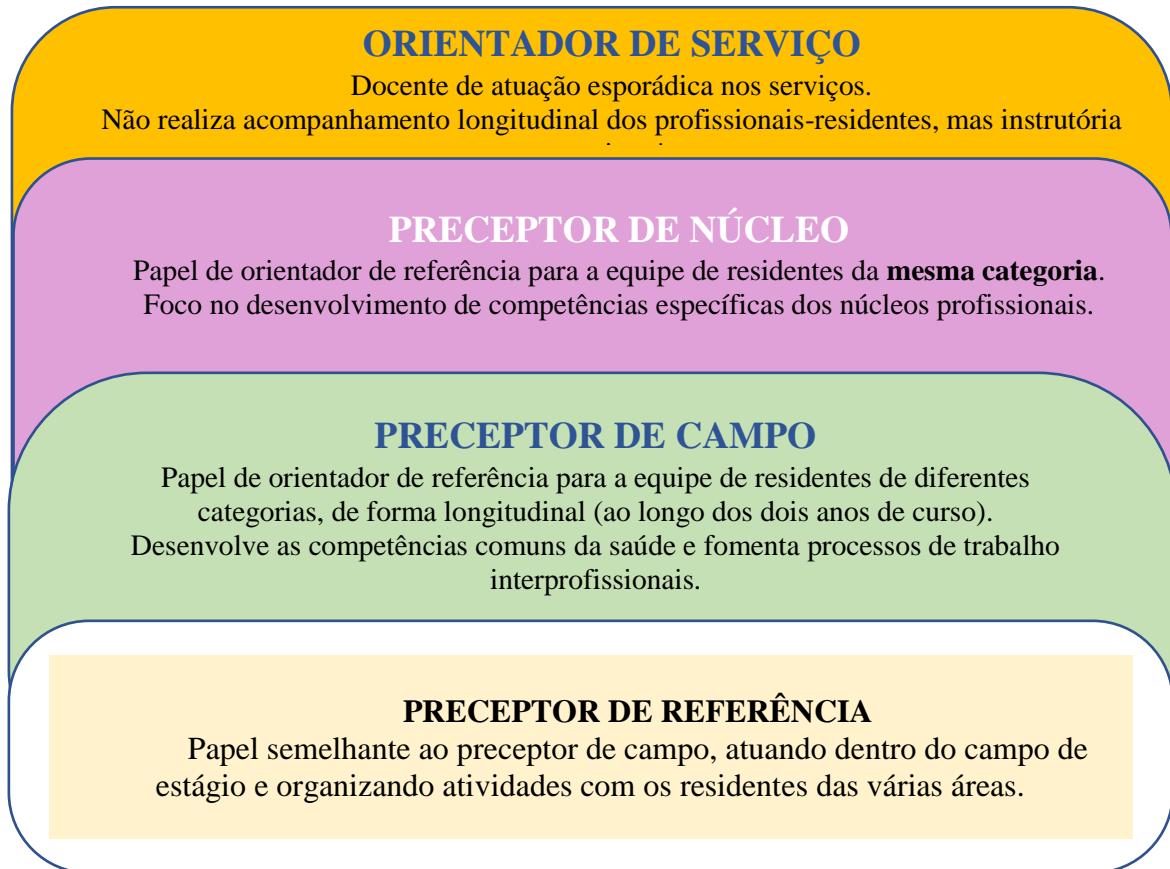
O PRECEPTOR ATUA COMO EDUCADOR E MEDIADOR, FORTALECENDO O TRABALHO INTERDISCIPLINAR, INTERPROFISSIONAL, FOMENTANDO A TRANSVERSALIDADE E A GRUPALIDADE ¹¹

A principal função do preceptor é, por meio de instruções formais e com determinados objetivos, ensinar a clinicar; além disto, tem um papel de suporte para ajudar o profissional a ter um maior conhecimento na prática, até que tenha uma maior confiança e segurança no momento de atuar em sua área ¹¹.

Atuando de forma efetiva no processo de formação do residente, o preceptor, fomenta o aprendizado para que o residente possa atuar de forma interdisciplinar e resolutive. Embora muitas vezes ele não pertença à academia, o preceptor desempenha importante papel na formação, inserção e socialização do residente no ambiente de trabalho, integrando conceitos e valores da teoria e prática ^{12,13}. É importante destacar que o preceptor não precisa ser da mesma categoria profissional do residente, por entender que “não é da responsabilidade da residência formar especificamente o núcleo e sim da graduação.” ¹⁴

O corpo docente da residência, que atua na formação e condução dos residentes, é constituído por preceptores de campo e núcleo pertencentes ao quadro profissional da instituição (Figura 4).

Figura 4 - Tipos de preceptores em residências multiprofissionais.



Fonte: elaborada pelo autor

4. A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA NO CEARÁ

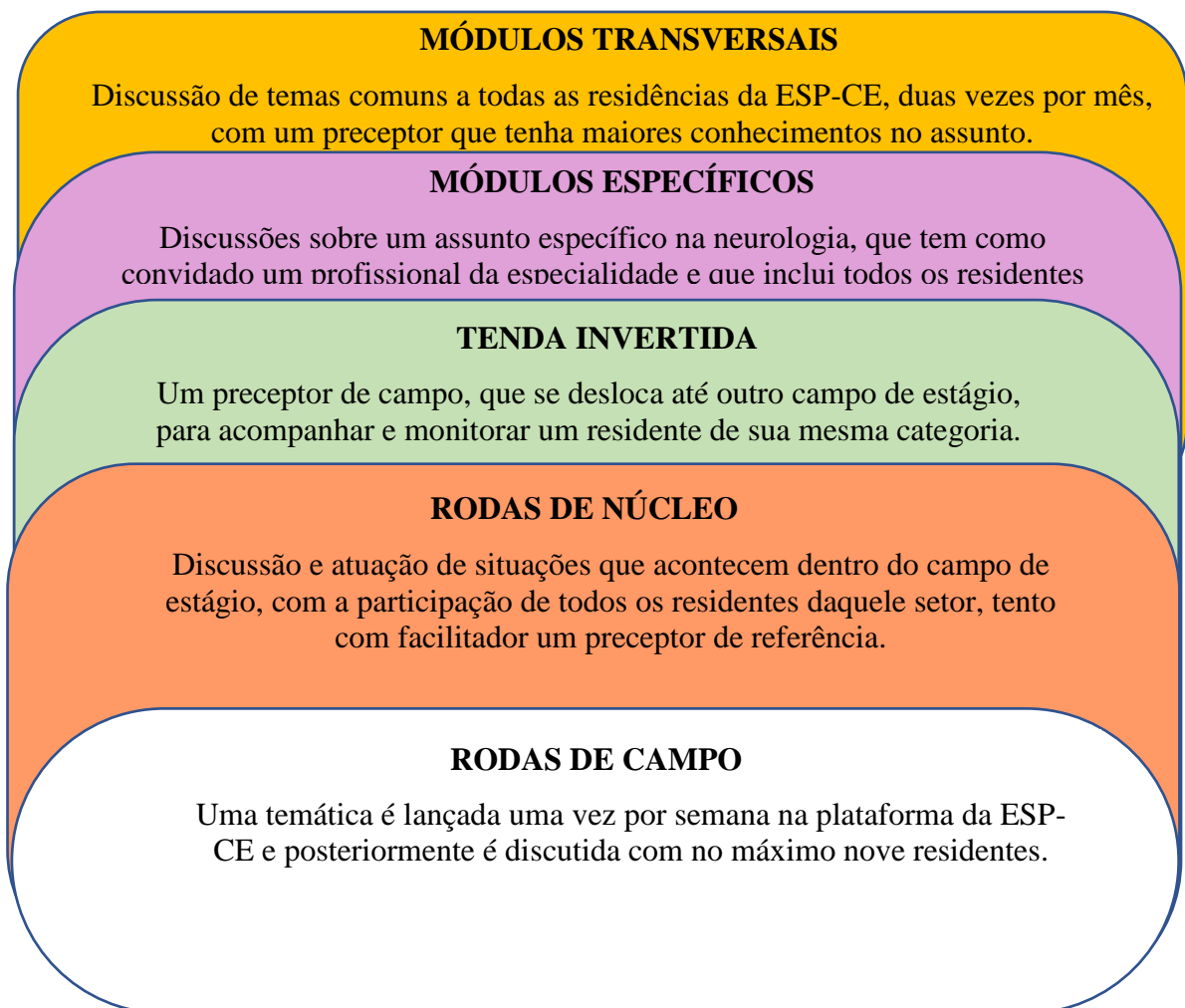
No Estado do Ceará, a Residência Integrada em Saúde (RIS) é um programa de pós-graduação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde, em caráter de dedicação exclusiva, caracterizando-se como educação para o trabalho, através da aprendizagem em serviço.

O programa conta com 327 vagas distribuídas entre 13 profissões da saúde e com 11 ênfases: Comunitárias - Saúde da Família e Comunidade; Saúde Mental Coletiva e Saúde Coletiva; Hospitalares - Enfermagem Obstétrica, Neonatologia, Pediatria, Infectologia, Neurologia e Neurocirurgia, Cardiopulmonar, Urgência e Emergência e Cancerologia¹⁶.

A RMS com ênfase em neurologia e neurocirurgia desenvolvida no Hospital Geral de Fortaleza (HGF) surgiu em 2014 e visa formar e ativar lideranças técnicas, científicas Complexidade em face das estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde, embasada na colaboração interprofissional, na integralidade e na intersetorialidade ¹⁶.

Os preceptores aplicam metodologias de conhecimento e avaliação denominados de Módulos transversais, Módulos específicos, Tenda invertida, Rodas de núcleo e Rodas de campo (Figura 5).

Figura 5. Metodologias de conhecimento e avaliação da RMS.



Fonte: elaborada pelo autor

5. INTERDISCIPLINARIDADE E PRÁTICA COLABORATIVA NA PERCEPÇÃO DE PRECEPTORES DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA – A PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de natureza descritivo-exploratória e analítica, com abordagem qualitativa e quantitativa. Em uma primeira etapa, 34 preceptores da residência em neurologia e neurocirurgia do HGF foram submetidos a uma entrevista semiestruturada e responderam um questionário sócio-demográfico e ocupacional. Os dados foram transcritos e a avaliação das entrevistas foi realizada através da análise de conteúdo de Bardin. Em seguida, os preceptores foram solicitados a responder a um questionário de avaliação da interdisciplinaridade, a Escala de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional (RIPLS)¹⁷. A análise estatística descritiva, como médias, desvio-padrão e frequências, referente ao questionário RIPLS foi realizada com o auxílio do SPSS (v.21).

Os preceptores em estudo apresentaram o seguinte perfil: idade média 43,7 anos, sendo 94,1% do sexo feminino. O tempo médio de atuação na preceptoria foi de três anos e 58,8% dos preceptores tinham curso de formação para preceptoria, 23 preceptores (67,6%) tinham título de especialista, nove profissionais com curso de mestrado (26,5%) e um com doutorado (2,9%).

Dentre as três dimensões do RIPLS, 66,7% e 61,8% dos entrevistados concordaram totalmente com o que é preconizado na dimensão Trabalho em equipe e colaboração e Atenção centrada no paciente, respectivamente, demonstrado, assim, a importância denotada à inter e multiprofissionalidade por este grupo. Por sua vez, o fator Identidade profissional, obteve uma maior concentração nas opções discordo totalmente (38,2%) e discordo (41,2%), e encontra-se em zona de alerta, devendo-se essa fragilidade provavelmente ao fato de a residência multiprofissional de neurologia e neurocirurgia ser um processo formativo ainda em consolidação.

Considerando os discursos dos preceptores, foi possível identificar três classes temáticas após a análise de conteúdo: **Preceptor e sua prática profissional; Aspectos positivos e negativos da interdisciplinaridade; e, Processo de trabalho da equipe na residência multidisciplinar.**

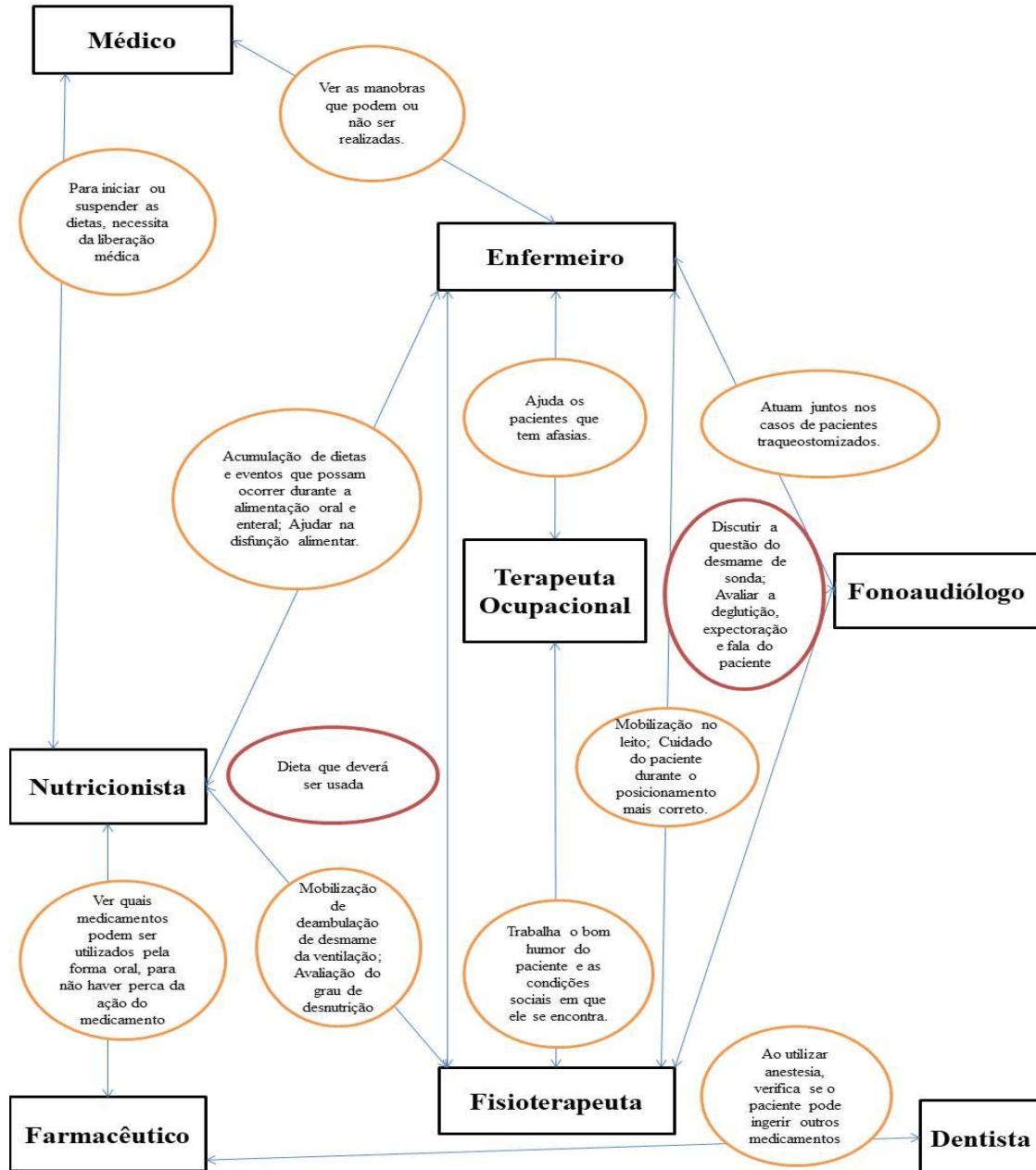
O papel do preceptor no processo ensino-aprendizagem, sua interação com as diversas áreas na construção da prática profissional e a necessidade de construção da identidade da residência surgem como situações vivenciadas pelos preceptores.

O tratamento holístico foi o principal benefício da residência multiprofissional identificado pelos preceptores e como dificuldade do programa relatada foi a falta de comunicação entre residentes e demais trabalhadores do hospital.

A intersecção entre as diversas profissões foi descrita como crucial para a efetivação da residência e a visita multiprofissional foi a principal atividade desenvolvida pelas equipes. O envolvimento de todos que fazem parte do hospital para a efetivação da residência multiprofissional de neurologia e neurocirurgia é imprescindível para a melhoria do programa.

Foi elaborada, de forma ilustrativa, uma rede de colaboração por intermédio dos elementos de discursos dos preceptores, na qual são apresentados os diversos procedimentos de intersecção-cooperação que ocorrem na residência de neurologia e neurocirurgia do HGF (Figura 6).

Figura 6. Rede de colaboração entre as diversas categorias profissionais da residência multiprofissional de neurologia e neurocirurgia do Hospital Geral de Fortaleza. Fortaleza-CE, 2018.



Fonte: Elaboração da autora, a partir dos dados da pesquisa (2018).

6. RECOMENDAÇÕES PARA MELHORIA DO PROCESSO DE INTERDISCIPLINARIDADE E PRÁTICA COLABORATIVA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

1. ENFATIZAR A CAPACITAÇÃO CONTINUADA DOS PRECEPTORES, COM APOIO INSTITUCIONAL.
2. CONSOLIDAR VÍNCULOS MAIS DELINEADOS ENTRE AS DIVERSAS CATEGORIAS QUE COMPÕEM A RESIDÊNCIA, COM ESTRATÉGIAS PARA GARANTIR A PARTICIPAÇÃO ATIVA DOS RESIDENTES E PLANTONISTAS DOS VÁRIOS SETORES DO HOSPITAL.
3. DEFINIR O PAPEL DAS VÁRIAS PROFISSÕES DENTRO DO PROGRAMA DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL, IDENTIFICANDO COMO DEVE SER FEITA A INTERSEÇÃO ENTRE OS DIFERENTES CAMPOS DE ATUAÇÃO, PARA MELHORAR O ENSINO E A APRENDIZAGEM.
4. RECONHECER O PAPEL DO PRECEPTOR COMO AGENTE ATIVO NA PRÁTICA DA MULTIPROFISSIONALIDADE E INTERDISCIPLINARIDADE, COMO PROCESSO FUNDAMENTAL DE APRENDIZAGEM.
5. MELHORAR A COMUNICAÇÃO ENTE AS VÁRIAS EQUIPES PROFISSIONAIS, ATRAVÉS DE ENCONTROS PROFISSIONAIS REGULARES, CRIAÇÃO DE UMA AMPLA REDE DE COMUNICAÇÃO POR VIA ELETRÔNICA, PROMOÇÃO DE ENCONTROS FORA DO AMBIENTE DE TRABALHO PARA ESTREITAMENTO DAS RELAÇÕES.
5. INCENTIVAR A CRIAÇÃO DE TEMPO PROTEGIDO PARA A PRÁTICA DA PRECEPTORIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL.
6. REFORÇAR A CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA E O DESENVOLVIMENTO DE UMA RELAÇÃO DE CONFIANÇA ENTRE PACIENTE E PROFISSIONAL DE SAÚDE.

7. CONSIDERAR O BEM-ESTAR E VONTADES PECULIARES DO PACIENTE, SEM DEIXAR DE EXERCER O MÁXIMO DAS COMPETÊNCIAS TÉCNICAS.

8. PROMOVER A REALIZAÇÃO DE NOVOS ESTUDOS PARA MELHOR DEFINIR AS ESTRATÉGIAS PARA AMPLIFICAÇÃO DA REDE DE COLABORAÇÃO ENTRE AS EQUIPES.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.MORIN, E. **A cabeça bem feita** – repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- 2.BICALHO, L. M.; OLIVEIRA, M. Aspectos conceituais da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade e a pesquisa em ciência da informação. **RDBCI: Rev. Digit. Bibliotecon. Cienc. Inf.** v. 16, n. 22, p.1-26, 2011.
- 3.DOMINGUES, I. Em busca do método. In:_____. (Org.) **Conhecimento e transdisciplinaridade II: aspectos metodológicos**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.
- 4.MENDES, J. M. R.; LEWGOY, A. M. B.; SILVEIRA, E. C. Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. **Ciência & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 24-32, 2008.
- 5.PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. **Interface (Botucatu)**, v. 4, n. 6, p. 151, 2000.
- 6.FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida. **Revista Olho Mágico**, v. 5, n. 18, p. 5-6, 1999.
- 7.PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 270 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1998.
- 8.SILVA, C. T. D.; TERRA, M. G.; KRUSE, M. H. L.; CAMPONOGARA, S.; XAVIER, M. D. S. Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a Educação Permanente em Saúde. **Texto Contexto Enferm.** v. 25, n. 1, p. e2760014, 2016.
- 9.BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 10.GONZE, G. G. **A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo saberes e práticas**. 2009. 158f. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva), Universidade de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2009.
- 11.BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor and mentor: what are their roles?. **Rev. Bras. Educ. Med.** v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008.
- 12.RODRIGUES, A. M. M. **A preceptoria nos campos de prática na formação do enfermeiro em universidades de Fortaleza – Ceará**. 2012. 135f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Fortaleza, 2012.

13.AUTONOMO, F. R. O. M.; HORTALE, V. A.; SANTOS, G. B.; BOTTI, S. H. O. A Preceptorial na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. **Rev. bras. educ. med.**, v. 39, n. 2, p. 316-27, 2015.

14.PONTES, A. L. M. **Saber e prática docente na transformação do ensino médico: reflexões a partir da fala de preceptores do curso de Medicina da UFF**. 2005. 108f. Mestre (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2005.

15.BISPO, E. P. F.; TAVARES, C. H. F.; TOMAZ, J. M. T. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, v. 18, n. 49, p. 337-50, June, 2014.

16.ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ (Estado). **Formação de Preceptores realiza segundo encontro**. Secretaria de Saúde, Fortaleza, 13 nov. 2017. Disponível em: <http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=4454:espce-realiza-ii-encontro-de-formacao-de-preceptores&catid=14:lista-de-noticias&Itemid=185>. Acesso em: 20 dez. 2017.

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

ANEXO I

CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Interdisciplinaridade no ensino em saúde na visão dos preceptores da residência multiprofissional de neurologia e neurocirurgia de um hospital terciário de Fortaleza-Ceará.

Pesquisador: Rejjane Bezerra de Pinho Lemos de Aguiar

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 62659616.0.0000.5049

Instituição Proponente: IPADE - INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA EDUCACAO LTDA.

Fornecedor Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.881.701

Apresentação do Projeto:

Este estudo promoverá conhecimentos que oportunizarão a integração das profissões do ensino e serviços em saúde, fazendo com que o plano político pedagógico da formação seja reorientado na perspectiva de atuação do preceptor. A pesquisa objetiva avaliar a percepção dos preceptores da residência multiprofissional acerca do processo de interdisciplinaridade, bem como identificar erros e acertos do processo na primeira residência multiprofissional em Neurologia e Neurocirurgia da Região Nordeste do Brasil, para que os resultados da pesquisa possam vir a servir de referencial teórico/prático para as novas experiências em residência multiprofissional.

Hipótese:

A vivência multiprofissional materializada nas residências se configura como uma fonte condicionante para a busca da integralidade no cuidado, participando de um processo formativo, tendo como alicerce a formação articulada entre diferentes profissões da área de saúde, buscando construir um saber coletivo. A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) surgiu através da necessidade de formar profissionais para uma atuação

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, 133
 Bairro: xxx CEP: 60.190-060
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3265-6666 Fax: (85)3265-6666 E-mail: fo@christus.com.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS



Continuação do Processo: 1.001.701

diferenciada no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que pressupõe a construção interdisciplinar dos profissionais em saúde, trabalho em equipe, dispositivo de educação permanente e reorientação das lógicas técnicas e assistenciais. A RMS configura-se como um espaço para o desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), sendo um dispositivo potencial para a promoção das mudanças pretendidas pelos profissionais de saúde, a fim de consolidar os princípios do SUS. A multidisciplinaridade surge como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde focada na prática integrada entre as diversas profissões, visando um atendimento amplo e que consiga captar toda a complexidade envolvida no processo do cuidado à saúde. Na RMS, a interdisciplinaridade é um elemento onde a consolidação do saber "intercategorias" visa à formação coletiva inserida no mesmo "campo" de trabalho sem deixar de priorizar e respeitar os "núcleos" específicos de saberes de cada profissão, criando espaços potentes de formação dos profissionais de saúde para o direcionamento de sua prática em defesa das prerrogativas e necessidades do SUS. O corpo docente da RMS, que atua na formação e condução dos residentes, é constituído por preceptores de campo e núcleo pertencentes ao quadro profissional da Instituição. Os preceptores são os profissionais designados pelas áreas responsáveis, pela orientação dos residentes nas atividades relativas à sua categoria profissional (núcleo) ou entre as categorias (campo), devendo promover a integração entre os diferentes profissionais em formação, destes com a equipe de saúde, com a população e com os demais serviços que irão estabelecer relação durante a residência. Atuando de forma efetiva no processo de formação do residente, o preceptor, fomenta o aprendizado para que o residente possa atuar de forma interdisciplinar e resolutiva. Porém, a atividade de preceptoria exige dos profissionais o acréscimo de uma formação pedagógica, além das funções técnicas já existentes e o que se observa na prática é um pequeno investimento na formação pedagógica prévia dos preceptores. Diante do exposto, intensificam-se as reflexões sobre as peculiaridades da RMS como processo formativo e justifica-se a necessidade de aprimorar os conhecimentos sobre o processo de interdisciplinaridade entre os

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, 133
 Bairro: xxx CEP: 60.190-060
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (05)3265-6668 Fax: (05)3265-6668 E-mail: fo@christus.com.br

CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS



Continuação do Parecer: 1.681.701

preceptores haja vista a escassez de estudos com essa temática e a importância desse contexto na formação em saúde. No Estado do Ceará, a Residência Integrada em Saúde (RIS), implantada em 2013, é um programa de pós-graduação na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde, em caráter de dedicação exclusiva, caracterizando-se como educação para o trabalho, através da aprendizagem em serviço. A Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP) atua e capacita lideranças técnicas, científicas e políticas por meio da interiorização da educação permanente interprofissional, na perspectiva de contribuir para a consolidação da atenção na saúde pública e para o fortalecimento das redes assistenciais do SUS. A RMB com ênfase em neurologia e neurocirurgia desenvolvida no Hospital Geral de Fortaleza (HGF) surgiu em 2014 e visa formar e ativar lideranças técnicas, científicas e políticas para a qualificação da rede do paciente Neurológico e Neurocirúrgico de Alta Complexidade em face das estratégias de promoção, proteção e recuperação da saúde, embasada na colaboração interprofissional, na integralidade e na intersetorialidade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar a percepção dos preceptores da residência multiprofissional acerca do processo de Interdisciplinaridade.

Objetivo Secundário:

- Delinear o perfil dos preceptores de Núcleo da Residência Multiprofissional com ênfase em neurologia e neurocirurgia;- Identificar os mecanismos de Interdisciplinaridade entre os preceptores;- Compreender o processo de formação dos preceptores, suas práticas cotidianas e estratégias no percurso acadêmico;- Validar o questionário "Interdisciplinary Education Perception Scale (LUECT et al., 1990) para utilização como instrumento de avaliação do processo de Interdisciplinaridade na população em estudo

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco é semelhante àqueles sentidos em uma entrevista ou exame psicológico. Se acontecer um desconforto de você sentir um mal-estar, irritação

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, 133 CEP: 60.190-060
 Bairro: zoo
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3265-8888 Fax: (85)3265-8888 E-mail: fo@christus.com.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS**



Continuação do Parecer: 1.001.701

ou estresse, o mesmo será minimizado com a interrupção da avaliação onde será estabelecido um novo horário.

Benefícios:

Este estudo promoverá conhecimentos que oportunizarão a integração das profissões do ensino e serviços em saúde, fazendo com que o plano político pedagógico da formação seja reorientado na perspectiva de atuação do preceptor. Bem como identificar erros e acertos do processo na primeira residência multiprofissional em Neurologia e Neurocirurgia da Região Nordeste do Brasil, para que os resultados da pesquisa possam vir a servir de referencial teórico/prático para as novas experiências em residência multiprofissional.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

excelente

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos presentes

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_830517.pdf	30/11/2016 18:15:49		Aceito
Outros	folhaDeRosto.pdf	30/11/2016 18:15:26	Rejane Bezerra de Pinho Lemos de Aguiar	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	06_Declaracao_Institucional_Unichristus.pdf	30/11/2016 18:15:04	Rejane Bezerra de Pinho Lemos de Aguiar	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	05_TCLE.pdf	30/11/2016 18:14:18	Rejane Bezerra de Pinho Lemos de Aguiar	Aceito

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, 133
 Bairro: xxx CEP: 60.190-060
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3265-8888 Fax: (85)3265-8888 E-mail: fo@christus.com.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO
CHRISTUS - UNICHRISTUS**



Continuação do Parecer: 1.001.701

Ausência	05_TCLE.pdf	30/11/2016 18:14:18	Rejane Bezerra de Pinho Lemos de Aguiar	Aceito
Orçamento	04_Orçamento.pdf	30/11/2016 18:14:04	Rejane Bezerra de Pinho Lemos de Aguiar	Aceito
Cronograma	03_Cronograma.pdf	30/11/2016 18:13:04	Rejane Bezerra de Pinho Lemos de Aguiar	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	02_Projeto_Detalhado.pdf	30/11/2016 18:11:46	Rejane Bezerra de Pinho Lemos de Aguiar	Aceito
Folha de Rosto	01_Folha_Rosto.pdf	30/11/2016 18:10:59	Rejane Bezerra de Pinho Lemos de Aguiar	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 12 de Dezembro de 2016

Assinado por:
OLGA VALE OLIVEIRA MACHADO
(Coordenador)

Endereço: Rua João Adolfo Gurgel, 133
 Bairro: xxx CEP: 60.190-060
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3255-6668 Fax: (85)3255-6668 E-mail: fo@christus.com.br

ANEXO II

Escala de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional – Readiness for Interprofessional Learning Scale – RIPLS (Parsell, Bligh 1999; traduzida e validada no Brasil por Peduzzi et al, 2015)

-
- 1 A aprendizagem junto com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde
 - 2 Em última análise os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes
 - 3 Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumentará minha capacidade de compreender problemas clínicos
 - 4 A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde durante a graduação melhoraria os relacionamentos após a graduação
 - 5 Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde
 - 6 A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais
 - 7 Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros
 - 8 Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde
 - 9 A aprendizagem compartilhada me ajudará a compreender minhas próprias limitações
 - 12 Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso
 - 13 A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais
 - 14 Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões da saúde
 - 15 A aprendizagem compartilhada ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes
 - 16 A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe
 - 10 Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde
 - 11 Não é necessário que estudantes de graduação da área da saúde aprendam juntos
 - 17 A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos
 - 19 Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde
 - 21 Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu
 - 22 Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional (autonomia profissional)
 - 23 Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional (objetivo clínico)
 - 24 Minha principal responsabilidade como profissional será tratar meu paciente (objetivo clínico)
 - 25 Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente (situação do paciente)
 - 26 Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim (situação do paciente)
 - 27 Procuo transmitir compaixão aos meus pacientes (situação do paciente)
 - 28 Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto (situação do paciente)
 - 29 Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes (situação do paciente)

Respostas:

1: discordo totalmente; 2: discordo; 3: nem concordo, nem discordo; 4: concordo; 5: concordo totalmente

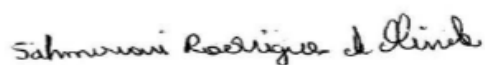
Dimensões

1. Trabalho em equipe e colaboração: 14 itens (1-9;12-16)
2. Identidade profissional: 8 itens (10,11,17,19,21-24)
3. Atenção centrada no paciente: 5 itens (25-29)

ANEXO III – Declaração de revisão gramatical, ortográfica e formatação.**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que a dissertação de Mestrado Profissional “INTERDISCIPLINARIDADE E PRÁTICA COLABORATIVA NA PERCEPÇÃO DE PRECEPTORES DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA”, de autoria de Reijane Bezerra De Pinho Lemos De Aguiar, atende aos parâmetros e às normas ortográficas e gramaticais da Língua Portuguesa.

Fortaleza, 03 de maio de 2018.



Sahmaroni Rodrigues de Olinda

Formação: Letras (UFC)

RG: 20080819731