

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ANA PAULA DE SOUSA SILVA BAQUIÃO

PERCEPÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS ACERCA DA
INTERDISCIPLINARIDADE

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

JUIZ DE FORA

2017

ANA PAULA DE SOUSA SILVA BAQUIÃO

**PERCEPÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS ACERCA DA
INTERDISCIPLINARIDADE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Linha de pesquisa: Processos Psicossociais em Saúde

Orientadora: Prof^a Dr^a Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

JUIZ DE FORA

2017

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Baquião, Ana Paula de Sousa Silva.

Percepção de residentes multiprofissionais acerca da interdisciplinaridade / Ana Paula de Sousa Silva Baquião. -- 2017. 95 p.

Orientadora: Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Coorientador: Francisco Eduardo da Fonseca Delgado

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Psicologia, 2017.

1. Percepção. 2. trabalho em equipe de saúde. 3. interdisciplinaridade. 4. Programas de Pós-Graduação em Saúde. I. Grincenkov, Fabiane Rossi dos Santos, orient. II. Delgado, Francisco Eduardo da Fonseca, coorient. III. Título.

Termo de Aprovação

**PERCEPÇÃO DE RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS ACERCA DA
INTERDISCIPLINARIDADE**

Autor: Ana Paula de Sousa Silva Baquião

Orientadora: Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov

Co-orientador: Dr. Francisco Eduardo da Fonseca Delgado

Dissertação defendida e aprovada, em 15 de dezembro de 2017, pela banca constituída por:

Profa. Dra. Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov – Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profa. Dra. Claudia Helena Cerqueira Mármora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Rodrigo Sanches Peres
Universidade Federal de Uberlândia

JUIZ DE FORA

2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter iluminado minha caminhada para que eu chegasse até aqui.

À minha família pela força, carinho e compreensão essenciais para essa vitória, em especial aos meus pais, Pedro Donizete da Silva e Ana Maria de Sousa Silva, pelo exemplo de honestidade, luta e dedicação para me oportunizarem o estudo que eles não tiveram;

Agradeço especialmente ao meu marido Milton Baquião de Oliveira Junior por sempre estar ao meu lado, me apoiando incondicionalmente e por acreditar nos meus sonhos;

Ao meu filho Bento por me dar força, serenidade e alegria para concluir mais uma etapa em minha vida;

À minha orientadora Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov, que apostou na relevância deste estudo e aceitou a parceria, pelo carinho, ensinamentos e confiança em meu trabalho;

Aos amigos do NUIPSO, mestrandos e discentes, pelo compartilhamento de saberes e apoio constante;

Aos colegas da turma de mestrado PPG 2016-2018 pelos momentos de descontração e amizade;

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e a todos os professores pelas contribuições e aprendizado;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES pelo fomento através da concessão de bolsa de estudos;

À coordenação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UFJF e UFU pela parceria e apoio dado à pesquisa;

Aos residentes participantes que contribuíram com seu olhar crítico e acreditaram neste estudo como uma ferramenta de reflexão e incentivo a uma formação profissional em saúde e uma assistência pública mais integradas;

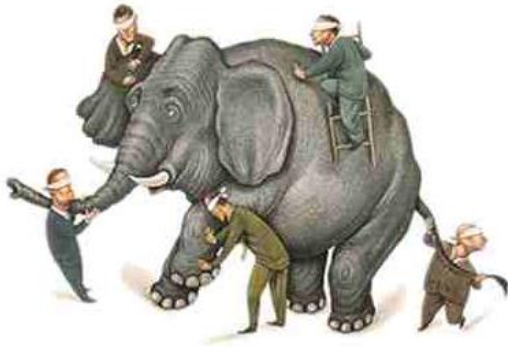
Aos membros da banca, Prof. Dr. Rodrigo Peres, Claudia Mármora, que aceitaram prontamente a tarefa de avaliar o presente trabalho, direcionando sempre um olhar atento e crítico. Obrigado pelos ensinamentos e pelas valiosas contribuições;

Às minhas amigas psicólogas, Mariana Barbosa e Anaísa Ribeiro, por disponibilizarem o contato dos residentes de ambas as instituições e à Fernanda Buzzinari por disponibilizar uma sala no Hospital Universitário de Juiz de Fora para a realização das entrevistas;

À todos os meus amigos que, de perto ou de longe, torceram por mim;

Àqueles que inspiraram e contribuíram direta e/ou indiretamente para a realização dessa pesquisa,

Muito Obrigada!



Parábola Hindu – Os Cegos e o Elefante

Numa cidade da Índia viviam sete sábios cegos. Como os seus conselhos eram sempre excelentes, todas as pessoas que tinham problemas recorriam à sua ajuda. Embora fossem amigos, havia certa rivalidade entre eles que, de vez em quando, discutiam sobre qual seria o mais sábio.

Certa noite, depois de muito conversarem acerca da verdade da vida e não chegarem a um acordo, o sétimo sábio ficou tão aborrecido que resolveu ir morar sozinho numa caverna da montanha. Disse aos companheiros:

– Somos cegos para que possamos ouvir e entender melhor que as outras pessoas a verdade da vida. E, em vez de aconselhar os necessitados, vocês ficam aí discutindo como se quisessem ganhar uma competição. Não aguento mais! Vou-me embora. No dia seguinte, chegou à cidade um comerciante montado num enorme elefante. Os cegos nunca tinham tocado nesse animal e correram para a rua ao encontro dele.

O primeiro sábio apalpou a barriga do animal e declarou:

– Trata-se de um ser gigantesco e muito forte! Posso tocar nos seus músculos e eles não se movem; parecem paredes...

– Que palermice! – disse o segundo sábio, tocando nas presas do elefante. – Este animal é pontiagudo como uma lança, uma arma de guerra...

– Ambos se enganam – retorquiu o terceiro sábio, que apertava a tromba do elefante. – Este animal é idêntico a uma serpente! Mas não morde, porque não tem dentes na boca. É uma cobra mansa e macia...

– Vocês estão totalmente alucinados! – gritou o quinto sábio, que mexia nas orelhas do elefante. – Este animal não se parece com nenhum outro. Os seus movimentos são bamboleantes, como se o seu corpo fosse uma enorme cortina ambulante...

– Vejam só! – Todos vocês, mas todos mesmos, estão completamente errados! – irritou-se o sexto sábio, tocando a pequena cauda do elefante. – Este animal é como uma rocha com uma corda presa no corpo. Posso até pendurar-me nele.

E assim ficaram horas debatendo, aos gritos, os seis sábios. Até que o sétimo sábio cego, o que agora habitava a montanha, apareceu conduzido por uma criança. Ouvindo a discussão, pediu ao menino que desenhasse no chão a figura do elefante. Quando tateou os contornos do desenho, percebeu que todos os sábios estavam certos e enganados ao mesmo tempo. Agradeceu ao menino e afirmou:

– É assim que os homens se comportam perante a verdade. Pegam apenas numa parte, pensam que é o todo, e continuam tolos!

RESUMO

A Residência Multiprofissional em Saúde configura-se como uma atividade de formação em serviço e apresenta como um dos seus pilares o conceito da interdisciplinaridade. Considerando a atualidade do tema e a sua utilização não só no plano teórico, mas também no delineamento das práticas interprofissionais em saúde, a presente pesquisa visa compreender o perfil dos residentes multiprofissionais entrevistados, suas percepções acerca das diferentes formas de atuação em equipe no campo da saúde, tendo como foco a interdisciplinaridade nos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde, bem como de suas expectativas e fatores que favoreceram e dificultaram a sua efetivação. Para o estudo, utilizou-se a abordagem metodológica qualitativa, sendo realizadas entrevistas individuais com 29 residentes multiprofissionais vinculados a duas universidades federais de Minas Gerais. Os dados foram analisados através da Análise de Conteúdo de Bardin (2016). Como resultados percebeu-se que há entre os residentes participantes do estudo dificuldades significativas na diferenciação entre os tipos de trabalho em equipe em saúde, principalmente no que diz respeito aos termos multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, vistos a partir do grau de interação entre as disciplinas, porém sem uma fronteira bem definida. Além disso, observou-se que, para a maioria dos residentes, o PRMS propiciou a interdisciplinaridade apenas em alguns momentos específicos, os quais dependiam mais da busca pessoal dos residentes, da relação estabelecida com os profissionais do serviço, bem como a dependência da lógica vigente de cada campo de atuação que ficavam alocados. Já as dificuldades encontradas para que o trabalho em equipe interdisciplinar se efetivasse foram de ordem individual, de formação profissional e organizacional.

Palavras-chave: Percepção, trabalho em equipe de saúde, interdisciplinaridade, Programas de Pós-Graduação em Saúde.

ABSTRACT

Multidisciplinary Residency in Health Care is a training activity in service and has the concept of interdisciplinarity as one of its pillars. Considering the pertinence of the matter and its implications not only on theory development, but also on the design of multidisciplinary practices in health care, the present research aims to understand the profile of the multiprofessional residents interviewed, their perceptions about the different forms of team performance in the field of health, focusing on the interdisciplinarity in Multiprofessional Residency Programs in Health Care, as well as their expectations and factors that favored and hindered the efficacy of their practices. The qualitative methodological approach will be used for the study, in which there will be individual interviews with 29 multidisciplinary residents in service at two federal universities in the state of Minas Gerais. Bardin's Content Analysis (2016) will be used for data analysis. Upon analyzing the results, it was observed that there are significant difficulties among the residents participating in the study in the differentiation between the types of teamwork in health, especially with regard to the terms "multiprofessionality" and "interdisciplinarity," as seen from the degree of interaction between the disciplines, without a well-defined distinction between them. In addition, it was observed that for most residents, the PRMS provided interdisciplinarity only at specific times, which depended more on the personal research of the residents, the relationships established with the service professionals, as well as the dependence of logic used in each field of allocated activities. The primary difficulties encountered for interdisciplinary teamwork to be effective were individual, professional, and organizational training.

Key-words: Perception, work team of health, interdisciplinarity, Health Postgraduate Programs.

LISTA DE SIGLAS

CAIPE – Centre for the Advancement of Interprofessional Education do Reino Unido.

CNRMS – Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

CNRM – Comissão Nacional de Residência Médica

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

COREMU – Comissão de Residência Multiprofissional

DEGES/SGTES – Departamento de Gestão da Educação na Saúde

EIP – Educação Interprofissional

ENRS – Encontro Nacional de Residências em Saúde

FENTAS – Fórum de Entidades Nacionais dos Trabalhadores da área da Saúde

FNEPAS – Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde

FNRMS – Fórum Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial da Saúde

PP – Projeto Pedagógico

PRM – Programa de Residência Médica

PRMS – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde

RAPS – Residência em Área Profissional da Saúde

RMS – Residência Multiprofissional em Saúde

SGTES – Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

WHO – World Health Organization

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Dados sociodemográficos dos participantes.....	50
Tabela 2	Dados acadêmicos e profissionais dos participantes.....	51
Tabela 3	Dificuldade de diferenciação dos tipos de atuação profissional em saúde.....	62
Tabela 4	Quando ouviu pela primeira vez o termo Interdisciplinaridade.....	63
Tabela 5	Conhecimento acerca da Colaboração Interprofissional.....	65
Tabela 6	Atuação interdisciplinar possibilitada pelo PRMS.....	68
Tabela 7	Dificuldades e limitações da interdisciplinaridade nos PRMS.....	71
Tabela 8	Atendimento das expectativas de atuação em equipe multiprofissional e interdisciplinar possibilitado pelo PRMS.....	74

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	v
EPÍGRAFE	vii
RESUMO.....	viii
ABSTRACT.	ix
LISTA DE SIGLAS.....	x
LISTA DE TABELAS	xii
1 APRESENTAÇÃO	14
2 INTRODUÇÃO	15
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1 Formação em Serviço	19
3.1.1 Voltando às origens: A Residência Médica.....	20
3.1.2 A Residência Multiprofissional em Saúde: trajetória histórica	23
3.2 Trabalho em Equipe no Contexto da Saúde.....	28
3.3 Interdisciplinaridade no Campo da Saúde	31
3.3.1 Principais perspectivas nacionais acerca da interdisciplinaridade.....	32
3.3.2 Desafios da interdisciplinaridade.....	38
4 OBJETIVOS	42
4.1 Objetivo Geral.....	42
4.2 Objetivos Específicos	42
5 MÉTODO..	43
5.1 Participantes.....	43
5.2 Instrumentos	45
5.3 Procedimentos	46
5.4 Análise dos Dados	47

5.5 Aspectos Éticos.....	49
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
6.1 Caracterização dos Participantes.....	51
6.2 Contextualização dos Campos de Pesquisa	54
6.3 Características do Trabalho em Equipe.....	57
6.4 Tipos de Atuação em Equipe de Saúde.....	58
6.5 Primeiro Contato com a Interdisciplinaridade.....	63
6.6 Conhecimento acerca da Colaboração Interprofissional.....	66
6.7 A Interdisciplinaridade nos PRMS: Facilitadores e Dificultadores.....	68
6.8 Expectativa de atuação em equipe multiprofissional e interdisciplinar.....	75
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICES.....	91
Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	91
Apêndice 2 – Questionário Sociodemográfico, Acadêmico e Profissional.....	94
Apêndice 3 – Entrevista Semi-estruturada.....	95

1 APRESENTAÇÃO

O desejo despertado por tal pesquisa vem em decorrência de minha trajetória acadêmica e profissional. Durante a graduação estive engajada a projetos e programas de acolhimento e atenção à saúde da população em situação de violência sexual e vulnerabilidade social, tendo destaque meu ingresso, em 2012, na equipe de Extensão Psicossocioeducativa do Centro de Incubação de Empreendimentos Populares Solidários da Universidade Federal de Uberlândia (CIEPS/PROEX/UFU) onde, dentre outras ações, participei da formulação e implementação de projetos de trabalho interdisciplinar com os membros e familiares de cooperativas e associações de catadores de materiais recicláveis do município de Uberlândia e região, juntamente com profissionais dos cursos de Serviço Social, Odontologia, Direito, Educação, Administração e Economia.

Em 2014 ingressei no Programa de Residência Multiprofissional da Saúde da Criança e do Adolescente, vinculado ao Hospital e Faculdades Pequeno Príncipe – Curitiba/PR, espaço de grande aprendizado e crescimento profissional, porém instigador de inquietações provocadas pela desarticulação das contribuições teóricas e atuações práticas e também pelas dificuldades encontradas nesses espaços de integração dos diferentes campos profissionais, as quais constantemente eu me via refletindo e discutindo com residentes e coordenação do Programa.

Essas experiências acadêmicas e profissionais me oportunizaram conhecer os diferentes âmbitos de atenção em saúde e me interessar cada vez mais ao estudo, pesquisa e aprimoramento profissional acerca dos benefícios e entraves para o efetivo trabalho em equipe interdisciplinar. O mestrado surge como uma oportunidade de problematizar e dar voz a essas inquietações em busca de uma maior compreensão e mesmo de estratégias para mudanças desse cenário tão presente nos contextos de ensino e formação em saúde brasileira.

2 INTRODUÇÃO

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) foram criados por meio do projeto ReforSUS e, desde 2002, vêm sendo apoiados pelo Ministério da Saúde (MS). Eles foram instituídos pela Lei nº 11.129, em 30 de junho de 2005, que também criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Além disso, o MS, através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES), organizou as portarias que regulamentam a lei e auxiliam o financiamento das Residências Multiprofissionais em Saúde. Desde então, o DEGES/SGTES, em parceria com o Ministério da Educação (MEC) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), vem promovendo Seminários e Fóruns Nacionais de Residência Multiprofissional com intuito de ampliar as reflexões acerca do tema (Brasil, 2006).

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) são consideradas uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, orientada para o ensino em serviço e designada às áreas profissionais da saúde, excetuada a médica. Elas surgem como estratégia para colaborar com a mudança do cenário tecnoassistencial do SUS, bem como fortalecer e qualificar os profissionais de saúde pública para atuarem de maneira integral e humanizada (Brasil, 2012). Para isso, as RMS apresentam como característica inovadora e essencial a interdisciplinaridade (Brasil, 2006).

O termo interdisciplinaridade ganha destaque no campo da saúde pública em meados do século XX, momento de reconhecimento da complexidade dos fenômenos humanos e, portanto, da necessidade de análises mais integradas e abrangentes sobre os mesmos (Mendes, Lewgoy & Silveira, 2008). No Brasil, o primeiro trabalho significativo sobre o tema foi o livro “Interdisciplinaridade e patologia do saber” de Japiassu, do ano de 1976 (Braitenbach, 2006; Peduzzi, 2007; Furtado, 2009; J.L.C. Silva, 2013). Neste livro, o autor conceitua a interdisciplinaridade como sendo um esforço de resgatar a totalidade do conhecimento

humano frente à visão disciplinar e fragmentada (Japiassu, 1976). Três décadas se passaram e, apesar de haver vertentes que questionam e se dedicam em ultrapassar o saber disciplinar, ainda hoje há o predomínio da visão filosófica cartesiana, em que a fragmentação e especialização da ciência são estimadas pelo pensamento teórico moderno (Minayo, 2010a).

Diversos autores vêm debatendo sobre a necessidade de um enfoque interdisciplinar que supere o conhecimento fragmentado na área da saúde, devido à complexidade do processo saúde-doença (Borges, Gurgel, & Sampaio, 2010; Peduzzi, Norman, Germani, Silva, & Souza, 2013), bem como à natureza multidimensional do ser humano, que demandaria práticas de atenção profissionais mais abrangentes e contextualizadas à realidade (Minayo-Gomes & Thedim-Costa, 1997). Porém, entender a interdisciplinaridade não é uma tarefa fácil, visto que a literatura apresenta uma variedade de definições e discussões a seu respeito, além de apresentar uma série de terminologias relacionadas a ela que dispersam ainda mais sua construção de sentido (Silva, 2013; Nancarrow, Booth, Ariss, Smith, Enderby & Roots, 2013).

Cabe mencionar Scherer e Pires (2011), que realizam uma análise de diversas perspectivas acerca da interdisciplinaridade apresentadas na literatura nacional, tendo como representantes: Japiassu, 1976; Guatarri, 1992; Jantsch e Bianchetti, 1995; Morin, 1999; Demo, 2002 e Vasconcelos, 2002. As autoras, a partir das variadas definições, elaboram uma definição mais abrangente em que a interdisciplinaridade diz respeito à integração tanto dos saberes quanto da prática profissional para a construção de uma relação íntima entre o conhecimento e a atuação. Deste modo, demandaria dos profissionais de saúde um posicionamento ético e político partilhado para a resolução dos problemas vivenciados.

Outra importante perspectiva vem ganhando visibilidade nos últimos anos no Brasil, a colaboração interprofissional ou interprofissionalidade (Peduzzi et al. 2013). Nessa concepção, a interdisciplinaridade é compreendida como campo restrito à integração dos

saberes e conhecimentos, e a interprofissionalidade como uma prática coesa entre profissionais de diversas áreas de atuação, envolvendo a troca de conhecimentos, o compartilhamento das práticas, a relação interpessoal e o estabelecimento da atenção em saúde centrada no paciente/cliente/familiar/comunidade (D'amour & Oandasan, 2005). Deste modo, essa perspectiva faz uma crítica aos teóricos que definem a interdisciplinaridade enquanto campo de saber e prática, sugerindo a mudança conceitual com intuito de esclarecer e evitar as confusões conceituais, bem como a necessidade de o trabalho em equipe de saúde ir além do ensino e da atuação interdisciplinar, através da promoção de práticas colaborativas entre os profissionais (Peduzzi et al., 2013).

A presente pesquisa não tem a intenção de privilegiar uma única perspectiva, tendo em vista que todas trazem contribuições para se pensar a importância da interdisciplinaridade no campo da saúde brasileira. Dados da pesquisa de Matos, Pires e Campos (2009) assinalam que a atuação em equipes interdisciplinares: a) maximiza o potencial de transformações que favorecem tanto os usuários quanto os profissionais de saúde; b) reestrutura o modo de perpetrar a assistência à saúde; c) possibilita a maior participação/autonomia dos usuários nas decisões que abarcam o processo saúde-doença; d) aproxima o olhar da equipe para as múltiplas influências na constituição do sujeito – leva em consideração sua história, cultura, situação social; e, ainda e) utiliza os recursos institucionais de forma mais consciente.

Apesar dos posicionamentos favoráveis ao enfoque interdisciplinar na área da saúde, observam-se certos desafios para a sua construção e implementação. Entre eles, o desafio que se destaca é a necessidade da interdisciplinaridade superar e se diferenciar da visão multidisciplinar (justaposição de disciplinas e conhecimentos) e atuação multiprofissional (atuação paralela, sem interação entre os profissionais), buscando promover o diálogo e interação entre as disciplinas e as práticas (Gosdorf, 1976; Santos & Cutolo, 2004; Costa, 2007; Bispo, Tavares, & Tomaz, 2014).

Costa (2007), ao investigar a percepção de um grupo de profissionais no campo da saúde, conclui que “no cotidiano, a interdisciplinaridade está mais no plano do desejo e menos no campo da prática” (p.114), uma vez que em seu estudo foi observada nitidamente a importância dada à interdisciplinaridade no trabalho em saúde, porém a dificuldade em defini-la acarretou em distorções no momento da atuação. Outro importante desafio encontrado pelo autor foi que o convívio interdisciplinar poderia provocar conflitos e estabelecer relações de poder na equipe devido à exposição de limitações e potencialidades.

Além dessas, em estudo de Bispo et al. (2014) os autores elencam outras dificuldades para a efetivação da interdisciplinaridade. São elas: o desconhecimento pelos profissionais da teoria e da prática interdisciplinar; a visão da interdisciplinaridade como algo apenas teórico, sem relação com a prática interdisciplinar; a identificação de limitações na formação acadêmica e na pós-graduação, estas ainda fragmentadas e disciplinares; e o baixo investimento em ações de Educação Permanente em Saúde para o aperfeiçoamento da prática profissional interdisciplinar.

Assim, a partir desse panorama sobre a necessidade de uma abordagem interdisciplinar na área da saúde, mais especificamente nas RMS, bem como a compreensão de que existem desafios para se colocá-la em prática, a presente pesquisa é norteada pela seguinte pergunta: Qual a percepção dos residentes acerca da interdisciplinaridade nos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde?

O estudo do referido tema torna-se pertinente tendo em vista sua originalidade no contexto das RMS e pela possibilidade de que, ao problematizar a prática interdisciplinar, venha a contribuir para o desenvolvimento de práticas profissionais contextualizadas à realidade da comunidade e, conseqüentemente, mais efetivas à área da saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Formação em Serviço

O sistema de saúde brasileiro passou por diversas mudanças ao longo da história. As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por discussões sobre a necessidade de um modelo de saúde mais justo, equitativo, de direito universal e que considerasse os aspectos regionais e socioculturais da população. Foi através do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira que se propuseram mudanças à organização do sistema de saúde vigente, sendo marcos para essas transformações a VIII Conferência Nacional da Saúde, de 1986, a criação da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas 8.080 e 8.142, de 1990, as quais instituíram e regulamentaram o Sistema Único de Saúde – SUS. É nesse cenário de questionamento e reestruturação do sistema de atenção à saúde que surge a necessidade de (trans)formações, tanto no ensino quanto na prática profissional em saúde (Shikasho, 2013).

Para tanto, algumas estratégias de operacionalização foram desenvolvidas, entre elas a criação da Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS) e da Norma Operacional Básica (NOB), até chegar ao Pacto de Gestão. Entretanto, o perfil dos profissionais de saúde ainda demonstrava qualificação insuficiente para as mudanças das práticas em saúde, sendo necessárias estratégias que habilitassem tais trabalhadores para a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde criada em 2004 (Brasil, 2004). Essa política procurou incorporar o ensino no cotidiano dos serviços de saúde, fundamentando-se na corresponsabilização das instituições de ensino, dos serviços de saúde e da comunidade (Ferraz, Vendruscolo, & Marmett, 2014). Isto é:

A educação permanente em saúde necessita ser compreendida, ao mesmo tempo como uma ‘prática de ensino-aprendizagem’ e como uma ‘política de educação em saúde’. [...] Como ‘prática de ensino-aprendizagem’, significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e de mudança. Como ‘política de educação em saúde’, a ‘*educação permanente em saúde*’ envolve a contribuição do ensino à construção do *Sistema Único de Saúde* (SUS). O SUS e a saúde coletiva têm características profundamente brasileiras; são invenções do Brasil, assim como a *integralidade*, na condição de diretriz do cuidado à saúde, e a

participação popular, com papel de *controle social* sobre o sistema de saúde. Em decorrência dessas particularidades, as políticas de saúde e as diretrizes curriculares nacionais para a formação dos profissionais da área buscam inovar na proposição de articulação entre o ensino, o trabalho e a cidadania (Feliciano et al., 2013, pp. 99-100).

É nesse cenário da Educação Permanente em Saúde que surgem os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde (PRMS), como estratégia de (trans)formação da atenção à saúde e passam a representar um dos marcos, mesmo que ainda tímido, de Educação Interprofissional no país (Peduzzi et al., 2013). As RMS configuram-se enquanto uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* voltada para a educação em serviço e designada às áreas profissionais da saúde, excetuada a médica, tendo duração mínima de dois anos, em regime de dedicação exclusiva e carga horária anual de 2880 horas, distribuídas em 60 horas semanais. Elas procuram colaborar com a mudança do cenário tecnoassistencial do SUS, bem como fortalecer e qualificar os profissionais de saúde pública para atuarem de maneira integral e humanizada (Brasil, 2010a).

Assim, a formação em serviço de saúde, em especial os PRMS, tem demonstrado papel fundamental no desenvolvimento e na consolidação dos princípios do SUS, estabelecendo um novo perfil profissional e contribuindo para a produção da atenção integral e interdisciplinar ao usuário, levando em consideração o contexto e a realidade do cotidiano dos serviços de atenção à saúde (Brasil, 2012).

3.1.1 Voltando às origens: a Residência Médica

A experiência mais antiga de formação em serviço na área da Saúde foi a Residência Médica, tendo início em meados do século XIX, nos Estados Unidos, e sendo marcada pelo ensino clínico em ambiente hospitalar (Feuerwerker, 1998). A Residência Médica foi criada por Halsted em 1889 e, a partir daí, difundiu-se pelos EUA e por outros países como um Programa imprescindível para o treinamento e a especialização de médicos depois da graduação (Silva, 2005).

No Brasil, os primeiros programas de Residência Médica foram implantados em meados da década de 1940, sendo desenvolvidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ano de 1945) e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (ano de 1947). A partir de então, consolidaram-se enquanto especialização para médicos, em que predominava o modelo centrado na doença, seguindo a lógica hospitalocêntrica, especializada e a prática liberal, individual, curativa e privada (Silva, 2005). Embora essas primeiras iniciativas de Residência Médica tenham se dado na década de 1940, essa só viria a ser regulamentada no ano de 1977, através do Decreto nº 80.281. Este decreto institui a Residência Médica como uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*, caracterizada pela formação em serviço, e também cria a Comissão Nacional de Residência Médica – CNRM, sendo esta responsável pelo estabelecimento dos princípios e normas de funcionamento, credenciamento e avaliação das condições de oferta dos programas de residência médica (Feuerwerker, 1998; Brasil, 2006).

Neste período, houve tentativas de criação de Programas Residência em Medicina Comunitária e Medicina Preventiva. Uma experiência que cabe mencionar foi a criação, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, da primeira Residência em Medicina Comunitária do Brasil, que se deu na Unidade Sanitária São José do Murialdo, em Porto Alegre, no ano de 1976. Essa Residência em Medicina Comunitária tinha como intuito formar profissionais com uma visão integrada, apresentando postura humanista, crítica e focados na resolubilidade das demandas de saúde da comunidade assistida (Brasil, 2006).

Essas tentativas não se mostraram suficientes para atender às reivindicações colocadas pelo Movimento de Reforma Sanitária em relação à formação de profissionais da saúde (Feuerwerker, 1998), sendo realizadas críticas ao poderoso complexo médico-industrial, financiado principalmente pelo dinheiro público; bem como críticas ao modelo de formação

fundamentado na especialização e fragmentação do conhecimento, permanecendo a visão de que a doença é um fenômeno meramente biológico (Brasil, 2006).

Como resultado do Movimento de Reforma Sanitária, acontece, no ano de 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde, conferência essa que questiona o conceito de saúde vigente, aprova a Constituição Federal – promulgada no ano de 1988, e propõe a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi sancionado pelas Leis Orgânicas de nº 8.080 e nº 8.142, no ano de 1990 (Coelho, 2008 como citado em Shikasho, 2013).

Com a constituição do SUS, em 1990, teve início uma crescente participação de profissões antes não existentes no setor saúde. Esse sistema propôs: a ampliação do conceito de saúde, que deixa de ser apenas a ausência de doença – além dos determinantes biológicos, a saúde é determinada também por questões sociais, econômicas, culturais e singulares de cada indivíduo; a compreensão do processo saúde-doença como produto e produtor de uma rede complexa, produzida socialmente e composta de múltiplos fatores; a afirmação da saúde como direito de todo cidadão; e a criação de uma nova forma de atenção e gestão – sistema de saúde universal, integral, unificado e articulado em redes regionalizadas e descentralizadas. (Brasil, 2010b).

Além dessas proposições, o SUS apoia a revisão e mesmo a criação de um novo modelo de formação e prática profissional em saúde, que se contraponha aos modos tradicionais marcados pela hegemonia da biomedicina a fim de garantir a atenção integral à saúde da população (Böing & Crepaldi, 2010). Deste modo, indo ao encontro de tais reivindicações é que o MS, em articulação com o MEC, cria, dentre outras estratégias, o PRMS. Utiliza-se, para tanto, do dispositivo da educação permanente, que objetiva justamente formar profissionais de saúde não médicos aptos para desenvolver intervenções abrangentes e condizentes com as diretrizes do SUS, o que será detalhado abaixo (Dimenstein & Macedo, 2012).

3.1.2 A Residência Multiprofissional em Saúde: trajetória histórica

A primeira experiência em RMS antecede a constituição do SUS, sendo influenciada pela iniciativa da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, que em 1976 cria a primeira Residência em Medicina Comunitária do Brasil, na Unidade São José do Murialdo, em Porto Alegre, e em 1978 a torna Multiprofissional. A proposta da Secretaria para a criação desse modelo de residência era formar profissionais humanizados e críticos, apresentando uma visão mais integrada entre saúde clínica, mental e pública, visando uma melhor resolubilidade das necessidades de saúde da população (Brasil, 2006). Apesar de tal iniciativa, essa residência foi extinta na década de 1990 passando a ser composta só por médicos. Neste período o país encontrava-se em plena crise política e econômica, passando, inclusive, por um processo de impeachment presidencial essa residência (Uebel, Rocha, & Mello, 2003). De acordo com Ceccim e Armani (2001) um fator que motivou o fechamento foi que em 1983 a remuneração e carga horária passaram a ser discrepantes entre as categorias médicas e de outros profissionais. Isso aconteceu porque a profissão médica estava regulamentada, garantido por lei o reajuste salarial para esses profissionais, o que não acontecia com as outras áreas, que tiveram suas bolsas congeladas.

Ainda na década de 1990, houve diversas tentativas de criação de PRMS, alguns tendo financiamentos próprios e outros sendo financiados pelo MS. Todavia, somente a partir de 2002 o MS apoia a criação das RMS e, em 2003, sob nova gestão, cria a DEGES/SGTES, estabelecendo a RMS como um projeto de Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS (Brasil, 2006).

Em fevereiro de 2005, é publicada a Medida Provisória 238/2005 com objetivo de regulamentar a Residência em Área Profissional da Saúde (RAPS). Em junho do mesmo ano, essa Medida é convertida na Lei 11.129, que tem como principal deferimento a criação da

RAPS com o objeto de fortalecer essa modalidade de ensino em serviço. Abaixo será apresentado o Art.13 da lei:

Fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica. § 1º A Residência a que se refere o caput deste artigo constitui-se em um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde.

§ 2º A Residência a que se refere o caput deste artigo será desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde. (Brasil, 2005, p.1).

Além disso, a mesma lei dispõe no Art. 14 sobre a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, cuja organização e funcionamento serão elaborados conjuntamente pelos MEC e MS.

Cabe abrir parênteses e mencionar que, no período de realização da Lei 11.129, de 2005, houve a tentativa de inclusão dos Programas de Residência Médica, que já possuíam regulamentação específica, nos PRMS. No entanto, houve resistência das corporações médicas a este modelo de formação (Dallegrave, 2008; Ceccim, 2009). Segundo Dallegrave (2008), a corporação médica se sustentava na justificativa de que não seria possível fazer saúde sem médico e, de acordo com Ceccim (2009), esse grupo inclusive reivindicou exclusividade da terminologia “residência” à especialização médica, ocorrendo assim a não inclusão da área médica no Programa Multiprofissional e, portanto, uma legitimação de seu poder frente às outras profissões da área da saúde, além de corromper a lógica de formação em serviço integrada entre os diferentes saberes profissionais.

A terminologia Residência Multiprofissional em Saúde foi instituída pela Portaria Interministerial nº 2.117, de novembro de 2005. Em dezembro do mesmo ano, ocorre o I Seminário Nacional de RMS, tendo como objetivo a reflexão e discussão a respeito dessa modalidade de formação em serviço. O encontro conta com a participação de diversos representantes (entre eles da FENTAS, FNEPAS, CONASS, CONASEMS e Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS) e também de coordenadores, residentes e secretários

municipais e estaduais dos programas financiados pelo MS, a fim de que esses últimos compartilhassem suas experiências nos programas já existentes. Durante o Seminário, foram definidos quatro eixos de trabalho, elencados abaixo:

- 1- Estratégias para a Construção da Multidisciplinaridade visando atender o preceito constitucional da integralidade.
- 2- Construção de Diretrizes Nacionais para a Residência Multiprofissional em Saúde.
- 3- Composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.
- 4- Criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – SNRMS (Brasil, 2006).

A partir desse evento, é criado, no ano de 2006, o documento que estabelece uma parceria da SGTES com o movimento dos residentes multiprofissionais, além de possibilitar o surgimento do Fórum dos Coordenadores de Residências Multiprofissionais e dos Fóruns Regionais com ampla representação de instituições de ensino, residentes, estudantes e gestores. Desde então, foram publicadas diversas portarias e resoluções importantes para a consolidação das RMS, valendo destacar algumas abaixo.

A Portaria Interministerial nº 1.177, de novembro de 2009, que dispõe fundamentalmente sobre: a) as categorias profissionais abarcadas pelas RMS: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional; b) a criação do Programa de Bolsas para as RMS e c) a organização e composição da CNRMS (Brasil, 2009).

A Portaria Interministerial nº 1.320, de novembro de 2010, que detalha a estrutura, organização e funcionamento da CNRMS, sendo ela coordenada conjuntamente pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação e tendo como principais atribuições credenciar, fiscalizar, autorizar a abertura e avaliar os programas de residência. Essa Portaria sofre alterações, com caráter de atualização do processo de designação dos membros da CNRMS, pela Portaria Interministerial nº 16, de dezembro de 2014, bem como passa a incluir

as áreas de Saúde Coletiva e Física Médica como áreas profissionais de programas de RMS (Brasil, 2010).

A Resolução CNRMS de nº2, de abril de 2012, que discorre sobre as Diretrizes Gerais dos PRMS, sendo destaque, principalmente, os seguintes tópicos:

a) A compreensão da área temática:

Entende-se como área temática como um conjunto de áreas de concentração em que inclui um núcleo específico de saberes e práticas com afinidade programática, e pelos quais a perspectiva de integração multidisciplinar e interdisciplinar pode ser desenvolvida por meio de estratégias de organização dos serviços e do processo de ensino-aprendizagem para a implementação dos programas, conforme normatizados pelas Câmaras Técnicas da CNRMS (Brasil, 2012, p. 24).

b) As instituições que oferecem as RMS são responsáveis em organizar o seu Projeto Pedagógico (PP), desenvolvendo-os em consonância com a legislação vigente e adotando a seguinte estruturação:

O PP de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões, devendo, para isto, considerar que:

I. para ser caracterizado como Residência Multiprofissional em Saúde, o programa deverá ser constituído por, no mínimo, 03 (três) profissões da saúde;

II. quando o programa constituir-se por mais de uma área de concentração, cada área deverá também contemplar, no mínimo, três profissões da saúde;

III. as atividades teóricas, práticas e teórico-práticas de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde devem ser organizadas por: **a.** um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar;

b. um ou mais eixos integradores para a(s) área(s) de concentração constituinte(s) do Programa;

c. eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional.

IV. o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde deve ser orientado por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar.

V. o PP deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde. (Brasil, 2012, p. 25).

E, finalmente, a Resolução CNRMS de nº1, de julho de 2015, que dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional

(COREMU) das instituições que ofertam programas de residência em área profissional da saúde na modalidade multiprofissional e uniprofissional.

A COREMU é uma instância de caráter deliberativo e tem como atribuições a/o:

- a) Coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento de todos os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e/ou uniprofissional da instituição proponente.
- b) Acompanhamento do plano de avaliação de desempenho dos profissionais de saúde residentes.
- c) Definição de diretrizes, elaboração de editais e condução do processo seletivo de candidatos. § 1º A COREMU será responsável por toda a comunicação e tramitação de processos junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS (Brasil, 2015, p.16).

Além disso, vale destacar os últimos encontros realizados pela comissão organizadora do Fórum Nacional de Residências em Saúde (FRNS). O V Encontro Nacional de Residências em Saúde (ENRS) aconteceu em 2015, na cidade de Florianópolis/SC, apresentando como temática central “O Desafio da interdisciplinaridade e a contribuição da Residência para a (re)afirmação do SUS” e o VI ENRS, realizado em 2016 na cidade de Curitiba/PR, teve como tema “Residências em Saúde: Construindo Nossa Identidade e Questionando Nossa Formação”, havendo a proposta de se resgatar o contexto histórico das residências em saúde e discutir seus modelos de atenção multi, inter e transdisciplinar e a qualidade da formação (Fórum Nacional de Residências em Saúde – FNRS, 2015; 2016). Além desses, o IV Fórum Regional de Uberlândia, ocorrido no ano de 2015, abordou os avanços e os desafios encontrados pelos profissionais residentes no trabalho multidisciplinar e interdisciplinar no campo de prática, bem como de que forma essas modalidades interferem no cuidado integral dos usuários do SUS, demonstrando assim a atualidade e relevância da discussão sobre a interdisciplinaridade nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (Gontijo, 2015).

Diante do exposto, percebe-se que as RMS vêm ganhando espaço de destaque na sociedade, atendendo às exigências das corporações profissionais, contestando a conjuntura hegemônica de formação para o trabalho em saúde, além de caminharem para o suprimento

das necessidades do SUS. Para tanto, é essencial que sejam assegurados nesses Programas a qualidade do ensino-aprendizagem, a interdisciplinaridade e o desenvolvimento de um perfil profissional mais engajado com as Políticas Públicas de Saúde e as necessidades de saúde da população (Dallegrave & Silva, 2006).

3.2 O Trabalho em Equipe no Contexto da Saúde

O trabalho sempre se estabeleceu enquanto uma atividade humana de cooperação entre os indivíduos visando alcançar um resultado final. A palavra trabalho é oriunda do latim *tripoliare*, que significa instrumento de tortura e punição, adquirindo assim a ideia de sofrimento, na medida em que o trabalho não era considerado fonte de desejo e sim uma necessidade de subsistir. Ao longo dos séculos, a organização do trabalho sofreu várias modificações, essas influenciadas pelo crescimento demográfico, avanços tecnológicos e industrialização do processo produtivo (Santos, 2008).

O período da Revolução Industrial no século XVIII alterou intensamente as condições de vida do trabalho. Houve grande deslocamento da população rural para as cidades, agravando as condições de trabalho, moradia e alimentação, além de o trabalhador ser facilmente explorado devido à falta de leis que o protegesse (Santos, 2008). É neste contexto que surge a teoria da Administração Científica de Taylor, em que o trabalhador é considerado como mero instrumento de uma das etapas do processo produtivo industrial, processo esse fragmentador e que desconsidera o potencial criativo e participativo do operário, acarretando num estado de insatisfação profissional, adoecimento mental e conseqüente queda da produtividade (Seligmann, 1994 como citado em Santos, 2008).

Outro importante marco que influenciou na forma de organização do trabalho foi a Revolução Científica iniciada no século XVII, tendo como expoentes os filósofos Galileu, Descartes, Newton e Bacon, que concebiam uma visão mecanicista e reducionista do Homem

e da Natureza. Segundo esses filósofos, o mundo era como uma máquina e, à semelhança desta, formado por um conjunto de peças que deveriam ser compreendidas separadamente (Albuquerque & Oliveira, 2002). Dentre os modelos, o cartesiano de René Descartes se destacou e deu origem ao racionalismo moderno que trouxe grandes contribuições à ciência, inclusive influenciando em grande parte o modelo biomédico tradicional de saúde. Porém, a excessiva disciplinarização, especialização e fragmentação do conhecimento acarretou em uma visão reducionista de ciência, na qual se acreditava que todos os aspectos dos fenômenos, até os mais complexos, poderiam ser compreendidos se reduzidos aos fragmentos constituintes do mesmo (Balestrin & Barros, 2010).

No âmbito da Saúde, somente em meados do século XX essas visões fragmentadas passaram a ser questionadas, sendo revista a forma como se pensava o trabalho em saúde e as necessidades de saúde tanto dos profissionais quanto dos usuários (Peduzzi, 2007). A década de 1950 marca o início das mudanças em âmbito internacional e a década de 1970 o início das mudanças nacionais. Dessa forma, no Brasil, a introdução dos conceitos de ‘qualidade’ e ‘integralidade’ na assistência à saúde, iniciada em 1970 e alcançando seu auge na década de 1990, teve destaque para se pensar essa nova forma de trabalho em saúde, em que os profissionais passaram a reconhecer a importância da contribuição de diferentes núcleos de conhecimento para atender às necessidades dos pacientes de forma eficiente e eficaz (Pinho, 2006).

Corroborando o exposto acima, Peduzzi (2007) sistematiza que o trabalho em equipe de saúde insurge em um contexto marcado por três vertentes: a) a visão de integração em saúde – conceito difundido pelo movimento da medicina preventiva nos anos 50, nos EUA, pela medicina comunitária nos anos 60 e pelos programas de extensão de cobertura criados no Brasil, nos anos 70; b) a mudança da concepção unicausal para multicausal no processo de saúde-doença; e c) a necessidade de alteração no processo de trabalho em saúde – ampliação

dos objetos de intervenção, redefinição do objetivo do trabalho, bem como a introdução de novas tecnologias de trabalho. E, a partir de então, torna-se imprescindível a integração das disciplinas e das profissões, sendo necessário para isso a transição de um trabalho em saúde marcado pelo pensamento cartesiano – reducionista, fragmentado, hierarquizado, individualizado e ‘racionalista instrumental’ – para um trabalho em equipe, apresentando uma visão mais abrangente de saúde e pautada na “integração, democratização das relações de trabalho, integralidade e cuidado em saúde” (Peduzzi, 2007, p.1).

Apesar de o trabalho em equipe nos contextos de saúde incorporar profissionais de diversas áreas, ainda hoje persiste o pensamento racionalista – individual, superespecializado e compartimentado, de que para se trabalhar em equipe basta a coexistência de vários profissionais num mesmo contexto de trabalho, compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela. Percebe-se, com isso, que o trabalho é organizado de maneira paralela e que o campo do conhecimento e da prática permanecem isolados (Coelho, 2013). Esta divisão de trabalho por justaposição de diferentes categorias profissionais recebe a denominação de trabalho em equipe multiprofissional. No entanto, ela não tem correspondido adequadamente à complexidade das demandas da atenção integral à saúde (princípio normativo do SUS), além de evidenciar a hierarquização que pode motivar a competição entre as áreas profissionais e/ou desresponsabilização pelo cuidado (Bonaldi et al., 2007 como citado em Soares, 2015).

Assim, a complexidade exigida pelo campo da saúde demonstra a necessidade de ações profissionais que articulem os múltiplos campos de conhecimentos, pois uma única profissão não dá conta das problemáticas apresentadas nesses contextos (Pasini, 2010). A literatura apresenta um consenso de que o trabalho em saúde caminha para o desenvolvimento de práticas interdisciplinares, no intuito de ampliar a qualidade da atenção em saúde e, portanto, tanto os médicos quanto outros profissionais da área devem ser considerados como

parte de um todo complexo e multifacetado (Scherer, Pires, & Schwartz, 2009), implicando em uma abertura das disciplinas, em que as profissões e os profissionais se permitam ser atravessados por outros modos de conhecer e atuar na saúde (Vasconcelos & Pasche, 2006).

3.3 Interdisciplinaridade no Campo da Saúde

Segundo J.L.C. Silva (2013), a interdisciplinaridade teve sua origem no campo acadêmico na década de 1960, na Europa (principalmente na França e Itália), a partir das inquietações de alunos e professores que propunham novas formas de Educação, que superassem a visão fragmentada da ciência. Os expoentes desse movimento foram Snow (1959), Kapp (1961), Gusdorf (1967), Piaget (1972), Palmade (1979) e Vygotsky (1986). Para o mesmo autor, entender a interdisciplinaridade não é uma tarefa fácil, visto que a literatura apresenta uma variedade de definições e discussões a seu respeito, além de estar presente em diversos campos de conhecimento (educacional, saúde, social, político, econômico, entre outros) e, ainda, apresentar uma série de terminologias relacionadas a ela que dispersam ainda mais sua construção de sentido. Tais dificuldades também foram apontadas no trabalho de revisão sistemática realizada no Reino Unido pelos pesquisadores Nancarrow, Booth, Ariss, Smith, Enderby e Roots (2013).

A literatura no campo da saúde aponta que os termos interdisciplinar, interprofissional, multidisciplinar e multiprofissional são frequentemente usados, de modo alternado e até mesmo sem distinção (Luz, 2009; Peduzzi et al., 2013; Nancarrow et al., 2013). De acordo com Nancarrow et al. (2013) alguns autores, dentre os quais se destaca Gusdorf (1967), utilizam os prefixo multi, inter e trans para se referir às diferentes intensidades de integração entre a equipe de saúde; já outros autores, como McCallin (2003), fazem uso das terminologias multi e interdisciplinar para definir equipes mais amplas, que contemplariam todos os membros da equipe de saúde – profissional e não-profissional (exemplos:

curandeiros, acupunturistas e massoterapeutas), e das terminologias multi e interprofissional para definir equipes mais restritas, em que a equipe de saúde se restringiria apenas aos profissionais de diferentes profissões ou disciplinas. Vale mencionar, ainda, a perspectiva da Educação Interprofissional (EIP) na área da saúde, uma iniciativa que busca clarificar o campo de trabalho em equipe de saúde, mediante a crítica ao uso indiscriminado e mesmo impreciso dos sufixos disciplinar e profissional que acompanham os prefixos multi, inter e trans, o que pode gerar confusões conceituais (Oandasan & Reeves, 2005).

A partir dessa breve exposição, observa-se a variedade de conceituações acerca das práticas de trabalho em saúde e, portanto, a dificuldade em se estabelecer uma definição única e estável para a interdisciplinaridade, objeto de interesse da presente pesquisa. Pode-se afirmar que, independente das distintas conceituações, o que se está em xeque é a importância de não se desviar da constituição de equipes de trabalho como modo de organização do processo de trabalho, se opondo desse modo ao fazer individual e fragmentado e tendo como objetivo principal a integralidade na atenção à saúde. Abaixo serão expostas as definições mais difundidas no país.

3.3.1 Principais perspectivas nacionais acerca da interdisciplinaridade

No Brasil, a interdisciplinaridade ganha destaque no campo da saúde pública em meados da década de 1970, momento de mobilização política, econômica e social em busca de análises mais integradas e abrangentes acerca da complexidade dos fenômenos humanos (Mendes et al., 2008; Borges, et al., 2010; Peduzzi et al. 2013). O primeiro trabalho significativo sobre o tema foi o livro “Interdisciplinaridade e patologia do saber”, de Japiassu, do ano de 1976 (Braitenbach, 2006; Peduzzi, 2007; Silva, 2013), influenciado pela perspectiva de Gusdorf (1967). Para explicar a interdisciplinaridade, Japiassu necessitou referenciar outros termos, tais como disciplinaridade, multidisciplinaridade,

pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade. A seguir, será reproduzida uma adaptação do quadro proposto por E. Jantsch e citado por Japiassu (1976:73-4), para explicar os níveis aqui apresentados.

Quadro 1 – *Níveis de inter-relação entre as disciplinas*

DESCRIÇÃO GERAL	TIPO DE SISTEMA
<p>Disciplinaridade: Área homogênea de estudo, com fronteiras bem delimitadas.</p>	<p>É um conjunto sistemático de conhecimentos, com método, objeto de estudo e plano de ensino específico.</p>
<p>Multidisciplinaridade: Gama de disciplinas que propomos simultaneamente, mas sem fazer aparecer as relações que podem existir entre elas.</p>	<p>Sistema de um só nível e de objetivos múltiplos; nenhuma cooperação.</p>
<p>Pluridisciplinaridade: Justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer aparecer as relações existentes entre elas.</p>	<p>Sistema de um só nível e de objetivos múltiplos; cooperação, mas sem coordenação.</p>
<p>Interdisciplinaridade: Axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas e definida no nível hierárquico imediatamente superior, o que introduz a noção de finalidade.</p>	<p>Sistema de dois níveis e de objetivos múltiplos; coordenação procedendo do nível superior.</p>
<p>Transdisciplinaridade: Coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas do sistema de ensino inovado, sobre a base de uma axiomática geral.</p>	<p>Sistema de níveis e objetivos múltiplos; coordenação com vistas a uma finalidade comum dos sistemas.</p>

Adaptado de Japiassu, 1976, p.73-74

Japiassu (1976) procurou diferenciá-las segundo o grau de interação entre as disciplinas. Assim, a disciplinaridade não apresentaria nenhuma interação, remetendo à extrema fragmentação e especialização; a multidisciplinaridade implicaria apenas na justaposição das disciplinas, o que não garantiria a integração entre elas; a interdisciplinaridade englobaria de fato a integração entre as disciplinas e trocas entre os

especialistas, havendo acordo entre conceitos e métodos; e a transdisciplinaridade iria além, não se restringindo às interações e às reciprocidades entre as disciplinas, uma vez que propõe não haver fronteiras entre elas. Japiassu foi um teórico da Educação, porém sua perspectiva ganhou espaço também na área da Saúde, sendo seu modelo multi, pluri, inter e transdisciplinar transposto para o trabalho em equipe de saúde. Iribarry (2003) se utiliza de exemplos práticos para explicar a transposição, conforme será exposto a seguir:

- Nível da multidisciplinaridade – o autor exemplifica um hospital em que diversos profissionais estão reunidos no mesmo espaço físico, porém trabalham isoladamente;
- Nível da pluridisciplinaridade – o autor exemplifica a procura por atendimento psiquiátrico realizado por um paciente. Este profissional realiza a orientação e prescrição psicofarmacológica e, além disso, faz um encaminhamento do paciente para um psicólogo. Deste modo, os profissionais cooperam, mas não se articulam necessariamente de modo coordenado;
- Nível da interdisciplinaridade – o autor utiliza como cenário uma equipe de atendimento ambulatorial de gestantes adolescentes de baixa renda, espaço onde há a integração de diferentes profissionais, além de estagiários de cada área, mas ainda prevalece o saber médico, sendo este o coordenador e orientador da equipe;
- Nível da transdisciplinaridade – o autor exemplifica o atendimento de uma equipe de posto de saúde a pacientes em sofrimento mental. Estes vários profissionais realizam uma avaliação do paciente e buscarão formular um diagnóstico através de uma compreensão conjunta, que deve permear sua própria área e a área dos outros profissionais.

Com o exposto acima, pode-se observar que o autor procurou conceituar o trabalho em equipe a partir do nível de interação disciplinar no trabalho, sendo que cada profissão seria equivalente a uma disciplina diferente. Portanto, a interdisciplinaridade e seus correlatos

estariam presentes não só na integração do conhecimento, mas também na integração das práticas profissionais (Iribarry, 2003; Shikasho, 2013). Essa noção de interdisciplinaridade, tanto no campo do saber quanto no campo da prática, foi e ainda é muito difundida no país, sendo comum a utilização das terminologias “trabalho em equipe interdisciplinar”, “equipe interdisciplinar”, “atuação interdisciplinar” e “prática interdisciplinar” para se referir à atuação profissional em saúde.

Dialogando com tal perspectiva, Saupe (2005) defende que a prática interdisciplinar surge a partir do reconhecimento da complexidade do objeto da saúde e da consequente exigência interna de um olhar plural e um trabalho conjunto. Assim, a interdisciplinaridade respeita as bases disciplinares de cada campo profissional, porém busca através de ações compartilhadas a resolução dos problemas das pessoas e das instituições. Além disso, conforme Souza e Souza (2009), o trabalho interdisciplinar em saúde não deve ser confundido com a simples troca de informações. Deve, sim, ser entendido como um método de se expor determinados acontecimentos e problemas por meio da articulação e da integração de variados saberes e práticas produzindo uma ação comum, horizontalizando saberes e relações de poder, sem deixar de reconhecer o saber e as atribuições de cada categoria profissional.

Vale destacar, ainda, os conceitos de campo e núcleo, pois guardam estreita relação com o conceito de interdisciplinaridade exposto acima. Núcleo refere-se às atribuições e saberes singulares/particulares de cada área profissional, demarcando a identidade profissional; e o campo diz respeito às atribuições e saberes comuns/compartilhados de várias profissões. Assim, a interdisciplinaridade compreende a interface entre os saberes e fazeres profissionais que se organizam por meio da harmonização de núcleos e campos. (Campos, 2000). Uma importante definição para a interdisciplinaridade foi dada por Scherer e Pires (2011), que, através da análise de diversas outras definições, elaboram uma mais abrangente, em que a interdisciplinaridade seria:

uma maneira complexa de entendimento e enfrentamento de problemas do cotidiano, instrumento e expressão de uma crítica do saber, que integra e renormaliza as disciplinas em articulação ou cooperação e as profissões delas decorrentes. A *inter* é inicialmente a cooperação entre especialistas que a divisão do trabalho separou, e concretiza ao final a íntima relação entre conhecimento e ação. Ela desenvolve-se a partir da incompetência em tratar a descontinuidade do objeto, e esta deve ser reconhecida pelos profissionais, o que implica num posicionamento ético e político compartilhado. Exige, portanto, diálogo e negociação para definição das competências necessárias para a resolução dos problemas enfrentados (p. 82).

Deste modo, pode-se pensar a interdisciplinaridade nessa concepção como um caminho de qualificação profissional através da integração do saber e da prática em busca de uma atenção integral em saúde (Scherer, Jean, & Pires, 2013). Além dessa, outra importante perspectiva vem ganhando visibilidade nos últimos anos no Brasil: a colaboração interprofissional ou interprofissionalidade (Peduzzi et al. 2013). Nesta segunda concepção, cabe distinguir os sufixos “disciplinar” e “profissional”, em que disciplinar deveria se referir apenas ao plano teórico, do conhecimento e do ensino e profissional ao plano da prática profissional. Essa diferenciação é sugerida como forma de dar clareza ao conceito, uma vez que várias disciplinas estão inseridas em um campo profissional, e, ainda, de evitar as confusões conceituais geradas pelo uso indiscriminado e impreciso desses sufixos (Neufeldt, 1990 como citado em Oandasan & Reeves, 2005; Peduzzi et al., 2013).

Desta forma, a interdisciplinaridade é vista como campo restrito à integração dos saberes e conhecimentos, e a interprofissionalidade como uma prática coesa entre profissionais de diversas áreas de atuação, envolvendo a troca de conhecimentos, o compartilhamento das práticas, a relação interpessoal e o estabelecimento da atenção em saúde centrada no paciente/cliente/familiar/comunidade (D’amour & Oandasan, 2005). Assim, segundo Peduzzi (2016), o SUS é interprofissional, uma vez que é necessário que se incorporem práticas colaborativas interprofissionais para que sejam honrados os principais basilares desse sistema de saúde.

Para a efetivação da colaboração interprofissional, é necessário o desenvolvimento de três tipos de competências: competências comuns a todas as profissões, competências

específicas de cada área e competências colaborativas (Batista, 2012). De acordo com a WHO (2010), a prática colaborativa só ocorre quando diferentes profissionais são treinados com a EIP e desenvolvem ações conjuntas, sendo necessária ainda a adesão de estratégias pedagógicas, como por exemplo a aprendizagem baseada na prática e nas interações.

Neste sentido, a prática colaborativa surge com uma proposta de formação em EIP no campo da saúde. A EIP vem sendo discutida nas três últimas décadas, principalmente nos EUA e Europa, com o intuito de aprimorar a formação e o cuidado em saúde por meio das práticas profissionais em saúde (WHO, 2010). No âmbito internacional, a EIP ainda apresenta-se apoiada por discretas iniciativas. Desde 2005, o *Centre for the Advancement of Interprofessional Education do Reino Unido* (CAIPE), procura incentivar publicações para construir e ampliar o referencial bibliográfico sobre o assunto e, em 2010, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010) publicou um material para a divulgação e apoio a EIP e às práticas colaborativas, porém foi observada que grande parte das atividades desenvolvidas sobre o tema foram de curta duração e não-sistematizadas.

A definição de EIP mais utilizada é a cunhada pelo CAIPE, no Reino Unido, em 1997: “a educação interprofissional ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde” (WHO, 2010, p. 7). Ela é vista como uma possibilidade para a formação voltada para a atuação integrada em saúde, na qual a colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas predominam frente à competição e a fragmentação (Barr, Koppel, Reeves, Hammick, & Freeth, 2005).

No Brasil, essa perspectiva mostra-se ainda mais incipiente, sendo que as poucas publicações acerca do tema são dos últimos cinco anos e, em sua maioria, de pesquisadores vinculados ao Campus Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina (UNIFESP). Além das ações desse grupo de pesquisadores, Peduzzi et

al.(2013) mencionam que as RMS e os projetos Pró-Saúde e PET-Saúde podem ser considerados como tímidas iniciativas da EIP no país.

Apesar das diferenças conceituais, nesta pesquisa não é pretendido privilegiar uma perspectiva, tendo em vista que se pode cair na armadilha de limitar a interdisciplinaridade em um só olhar, ao invés de aproveitá-la nos seus diversos aspectos. Para fundamentar tal posicionamento, lançarei mão da visão bachelardiana, que faz uma crítica a essa tentativa de unificar a interdisciplinaridade que pode levar ao retorno do ideal positivista e do caráter monodisciplinar da ciência (Braitenbach, 2006). Lançarei mão, também, da citação de Etges de que:

a interdisciplinaridade, enquanto princípio mediador entre as diferentes disciplinas, não poderá jamais ser elemento de redução a um denominador comum, mas elemento teórico-metodológico das diferenças e da criatividade. A interdisciplinaridade é o princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão dos seus limites, mas acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade (Etges, 1995, p.14).

A partir do exposto, o presente trabalho opta por valorizar a multiplicidade de olhares sobre a interdisciplinaridade como inerentes ao conhecimento e, portanto, como uma possibilidade de não limitar o objeto de estudo, mas compreendê-lo em sua complexidade. Essa escolha é possibilitada pela pesquisa qualitativa, que permite abrir espaço para as múltiplas percepções que os residentes multiprofissionais em saúde possam apresentar acerca da interdisciplinaridade, procurando observar se a concepção integrativa do saber e prática persiste e, também, até que ponto os residentes já estão familiarizados com o posicionamento da interprofissionalidade.

3.3.2 Desafios da interdisciplinaridade

Grande parte dos estudos sobre a interdisciplinaridade no campo da saúde apontam-na como um importante método para abordar uma situação-problema (Souza & Souza, 2009). Segundo Matos et al. (2009), a interação de diferentes saberes e cooperação de diferentes

profissionais enriquecem o conhecimento e a atuação em saúde, trazendo benefícios tanto para os usuários do serviço quanto para os profissionais. O vínculo, o acolhimento e a humanização da assistência, propiciados pelo trabalho em equipe interdisciplinar, permitem maior participação/autonomia do usuário nas decisões que dizem respeito à sua condição de saúde, refletindo diretamente na qualidade da assistência prestada a ele.

Apesar dos posicionamentos favoráveis ao enfoque interdisciplinar, observa-se certos desafios para a sua construção e implementação. Abaixo serão expostos, em ordem cronológica, alguns estudos que procuraram investigar a percepção dos profissionais da saúde acerca desses desafios e limitações ao exercício da prática interdisciplinar.

A pesquisa de Gomes e Deslandes (1994), embora não se trate de um estudo recente, apresenta uma visão sintetizada dos desafios enfrentados pela interdisciplinaridade, sendo esses ainda hoje referenciados, a saber: (a) a formação profissional tradicionalista, fortemente influenciada pela visão positivista e biocêntrica do tratamento de doenças; (b) os poderes envolvidos e conquistados pela disciplinarização; (c) a divisão em departamentos/institutos realizadas pelas instituições de ensino e pesquisa, que geralmente não dialogam entre si; e (d) os desafios inerentes à vivência interdisciplinar, como por exemplo “a operacionalização de conceitos, métodos e práticas entre as disciplinas” (p.109).

Em estudo de Campos e Domiti (2007), os autores discorrem sobre os principais obstáculos à interdisciplinaridade, sendo eles: (a) obstáculo estrutural – disposição dos setores da instituição por meio de departamentos; (b) obstáculos devido ao excesso da demanda de assistência em saúde e a carência de recursos financeiros; (c) obstáculo político e de comunicação devido à cultura de centralização do poder, sendo a gestão compartilhada um risco ao modelo vigente; (d) obstáculo subjetivo e cultural, uma vez que a atuação interdisciplinar demanda dos profissionais certa disposição subjetiva para se lidar com a dúvida, para receber e fazer críticas, além de a decisão ser tomada de maneira conjunta; (e)

obstáculo ético, sendo questionado o prontuário coletivo, em que estão presentes questões referentes ao sigilo e à confidencialidade da história do paciente; e (g) obstáculo epistemológico, visto que a maioria das especialidades trabalham com um referencial restrito/específico acerca do processo saúde-doença, muitas vezes desconsiderando a complexidade dos fatores envolvidos no adoecimento.

Escolbar (2010), por sua vez, elenca que as principais barreiras do trabalho interdisciplinar são: (a) a falta de uma linguagem comum a todas as disciplinas e profissões; (b) o egocentrismo intelectual que faz com que as disciplinas discutam o lugar de maior importância; (c) as estruturas institucionais e procedimentos fragmentados que dificultam a comunicação; (d) a ausência de uma concepção sistemática acerca da complexidade e variedade dos saberes e problemas que envolvem o âmbito da saúde; (e) o reconhecimento da interdisciplinaridade como uma ciência superficial/rasa.

Em pesquisa de Bueno (2011), os desafios encontrados para operacionalização da interdisciplinaridade foram: (a) a disposição física dos setores de saúde – departamentalização dos serviços; (b) os medos, preconceitos e equívocos sobre o conceito de interdisciplinaridade; (c) o sentimento de ameaça ao poder de determinadas classes profissionais devido à horizontalização das relações de poder prevista pela interdisciplinaridade; (d) a necessidade de uma identidade profissional especializada, com intuito de manter a segurança no fazer profissional para não perder o valor de seu trabalho.

Bispo et al. (2014) elencam, por fim, as seguintes dificuldades para a efetivação da interdisciplinaridade: (a) a dificuldade de conceituação da interdisciplinaridade quando ligada à prática profissional, muitas vezes aproximando-a aos conceitos de multidisciplinaridade e multiprofissionalidade; (b) a visão da interdisciplinaridade como algo apenas teórico, sem relação com a prática interdisciplinar; (c) o desconhecimento pelos profissionais da teoria e da prática interdisciplinar, devido à formação acadêmica/ profissional superespecializada, com

enfoque em práticas curativas e individuais; (d) a identificação de limitações na formação acadêmica e na pós-graduação; (e) o baixo investimento em ações de capacitação profissional – Educação Permanente em Saúde – para o aperfeiçoamento da prática profissional interdisciplinar; (f) a resistência, por parte da categoria médica, para o trabalho em equipe interdisciplinar, devido à centralidade do modelo biomédico e relação de poder estabelecida.

Pode-se observar que, em todas as pesquisas, a formação tradicionalista (especializada, curativa e fragmentada), a organização institucional em departamentos, a dificuldade de conceituação e as relações de poder foram mencionadas como obstáculos que devem ser refletidos e mesmo superados para a real efetivação da interdisciplinaridade.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- Compreender a percepção de residentes acerca da interdisciplinaridade em Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde.

4.2 Objetivos Específicos

Em residentes de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde objetivou-se:

- Compreender a percepção sobre as diferenças entre a atuação em equipe multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar;
- Comparar os olhares acerca da interdisciplinaridade de diversos profissionais, de diferentes áreas do conhecimento;
- Perceber o primeiro contato com o conceito da interdisciplinaridade proporcionado pela formação acadêmica e profissional;
- Compreender o conhecimento sobre a colaboração interprofissional;
- Entender os fatores que favoreceram e dificultaram a efetivação da interdisciplinaridade, segundo a perspectiva dos participantes.

5 MÉTODO

Esta pesquisa caracteriza-se por ser um estudo de levantamento transversal, com caráter exploratório e metodologia qualitativa. O método qualitativo aplicado à saúde utiliza-se da concepção advinda das Ciências Humanas, as quais não visa estudar o fenômeno em si, e sim compreender seu significado – individual ou coletivo – para as pessoas que o vivenciam. Esse método apresenta como principais atributos: a busca pelo significado dos fenômenos, o que eles representam; o ambiente natural do sujeito como campo de observação, sem a intenção de controlar as variáveis; o pesquisador – seus órgãos de sentidos – é considerado o próprio instrumento de pesquisa; a maior força no rigor da validade dos dados coletados, tendo em vista a observação e escuta do relato dos sujeitos de maneira meticulosa, atenta e em profundidade; e a valorização do processo e conceitos construídos, não tendo como foco a generalização matemática, quantitativa e estabelecimento de relação de causa e efeito dos resultados obtidos (Turato, 2005).

Assim, através dessa abordagem metodológica, busca-se responder de forma mais adequada à natureza da questão investigada, explorar os dados em profundidade descritiva, observando as nuances e contradições presentes nos discursos, além de permitir maior liberdade ao entrevistado para descrever com suas próprias palavras, podendo desmantelar o desequilíbrio de poder da relação pesquisador-participante (Günther, 2006).

5.1 Participantes

A presente pesquisa teve como participantes os residentes inseridos em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde de duas instituições parceiras – Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar, vinculado à Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Paciente em

Estado Crítico, vinculado à Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Esses participantes foram selecionados de maneira intencional, no período de dezembro de 2016 a julho de 2017.

A escolha das categorias profissionais e dos PRMS se deu devido a presença das mesmas profissões e características coincidentes entre eles. Ambos os Programas são vinculados ao Ministério da Saúde, com atendimento exclusivamente ao SUS e a Atenção Hospitalar como área de concentração. Além disso, o currículo engloba 60 horas semanais cada, sendo 48 horas de atividades práticas desenvolvidas principalmente na Atenção Hospitalar, e 12 horas de atividades teóricas, sendo essas divididas em três eixos – específico, transversal e integrador. As atividades do Eixo Específico são referentes a conteúdos específicos de cada categoria profissional e, portanto, acordadas a partir da disponibilidade dos tutores de cada categoria profissional. As atividades do Eixo Transversal abordam os conteúdos mais gerais relacionados à Saúde Pública e tem a participação de todos os residentes ingressados no mesmo ano, de todas as categorias profissionais que integram os PRMS vinculados à UFJF e à UFU. Já as atividades do Seminário Integrador têm a participação dos residentes de todas as categorias profissionais dos PRMS específicos na área de concentração em Atenção Hospitalar. Neste eixo são abordadas diversas temáticas em torno da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade.

Os sujeitos voluntariados a participar foram residentes multiprofissionais com idade superior a 18 anos, regularmente matriculados e atuando nos referidos programas, com experiência mínima de três meses, período de adaptação no qual ainda não poderia ser avaliada a percepção a respeito da interdisciplinaridade no PRMS que estão inseridos.

Foram selecionados três residentes de cada área profissional – Psicologia, Serviço Social, Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição – por instituição, tendo ao menos um residente do primeiro ano e um do segundo ano de residência. Participaram efetivamente da pesquisa,

do total de 48 residentes dos dois Programas, 29 residentes, sendo seis participantes de cada curso, exceto da área de Nutrição, com a participação de cinco residentes.

5.2 Instrumentos

5.2.1 *Questionário sociodemográfico, acadêmico e profissional* (Apêndice 2): foi elaborado um questionário contendo dados referentes à idade, gênero, escolaridade, estado civil, religião, profissão, local de graduação e local e nome do programa de residência que está inserido, procurando através dele a caracterização dos participantes do estudo. Optou-se por questões fechadas, com resposta de múltiplas escolhas, por possibilitarem maior uniformidade às respostas e por serem mais facilmente processadas.

5.2.2 *Entrevista semi-estruturada elaborada pela pesquisadora* (Apêndice 3): a escolha pela entrevista semi-estruturada se deu devido à maior liberdade de expressão que esse instrumento possibilita ao entrevistado. Durante a construção do roteiro de entrevista, foram levados em consideração alguns fatores que, segundo Minayo (2010b), devem ser observados. São eles: a) a elaboração de perguntas que conduzam os respondentes a discorrerem sobre suas vivências, evitando-se, entretanto, perguntas que levem a respostas dicotômicas ou abstratas e externas às experiências dos participantes; b) a elaboração de um roteiro guia que possa favorecer a ampliação e aprofundamento da comunicação estabelecida com participante; e c) o planejamento de questões condizentes com o delineamento do objetivo, com a finalidade de que todos os conteúdos possam contribuir para a ênfase na relevância do estudo e da participação na pesquisa.

5.3 Procedimentos

A pesquisa iniciou-se com a realização da revisão bibliográfica sobre a questão investigada, a qual teve continuidade nas demais etapas da pesquisa. Após, foi efetivado o contato com as coordenações dos PRMS das instituições pretendidas que concordaram e assinaram o documento de co-participação da pesquisa (Anexo 1 e 2), sendo realizada a submissão e aprovação do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora – CEP/UFJF (Anexo 3).

A segunda etapa consta de um pré-teste, que foi realizado para estimar o tamanho da amostra do estudo, testar e ajustar os instrumentos escolhidos.

A terceira consistiu na solicitação às coordenações dos PRMS uma listagem com os e-mails de todos os profissionais da saúde residentes ingressos nos anos de 2015 à 2017, além da permissão para ter acesso às aulas teóricas e aos campos práticos dos residentes onde foram realizadas abordagens individuais e/ou coletivas convidando-os a participar da pesquisa.

A partir dessa primeira abordagem deu-se início da quarta etapa, à coleta dos dados, momento que os instrumentos foram aplicados sob a forma de entrevista individual, de modo presencial, em condições que garantam o sigilo e a tranquilidade para que o procedimento fosse realizado. Com a permissão dos entrevistados, as entrevistas foram gravadas para a transcrição fidedigna das respostas, seguindo-se todos os procedimentos éticos assumidos junto ao CEP/UFJF para pesquisas com humanos.

A quinta e última etapa foi o tratamento dos dados e a elaboração do relatório de pesquisa (dissertação). Será ainda realizado o feedback às coordenações dos PRMS e aos residentes multiprofissionais. O feedback à coordenação do PRMS AH-UFJF e dos residentes ainda inseridos no PRMS será realizado de maneira presencial, primeiramente à coordenadora e, posteriormente, aos residentes durante uma das aulas teóricas. Já o retorno com os dados da

pesquisa para a coordenação do PRMS APEC-UFU, de seus residentes e demais residentes egressos de ambos os PRMS será oferecido via e-mail.

5.4 Análise dos Dados

A fim de compreender melhor o perfil dos participantes entrevistados, foi realizada a análise estatística descritiva dos dados sociodemográficos, acadêmicos e profissionais. Para tanto, foi usado o software Microsoft Office Excel - versão 2010, em que foram calculadas as frequências e percentuais, bem como os dados foram organizados e descritos por meio de tabelas.

Já os dados da entrevista semi-estruturada foram analisados qualitativamente por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (2016), sendo considerada “uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação” (p. 24). A análise de conteúdo visa, por meio da classificação ou categorização, obter indicadores – frequenciais ou temáticos – que permitam a inferência e interpretação dos resultados obtidos. Assim, dentre as técnicas de análise de conteúdo, optou-se pela análise temática, que consiste em descobrir os “núcleos de sentido” que constituem a comunicação cuja presença ou frequência de aparição podem representar algum significado para alcançar o objetivo analítico (Bardin, 2016). Essa técnica procura classificar os elementos das entrevistas organizando-os em núcleos temáticos, ou seja, em categorias que agrupem assuntos comuns (Bauer & Gaskell, 2007).

Deste modo, as categorias foram pré-definidas e identificadas no decorrer do processo de análise respeitando as seguintes etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2016).

- *Pré-análise*: Etapa de organização propriamente dita, que teve como objetivo capturar as ideias principais e os significados representativos do tema. Nessa etapa

foi realizada a leitura flutuante dos documentos a serem analisados para o estabelecimento das impressões e orientações a respeito dos mesmos, que visa elaborar os indicadores que fundamentem a interpretação final. Durante esse primeiro contato com os documentos, as seguintes regras foram adotadas: a) regra da exaustividade – não foi deixado de fora da análise nenhum elemento; b) regra da representatividade – houve rigor para a escolha da amostra, esta foi uma parte representativa do universo inicial; c) regra da homogeneidade – os documentos selecionados obedeceram a critérios precisos; e d) regra da pertinência – as fontes de informação selecionadas estavam em concordância com os objetivos da análise.

- *Exploração do material:* Etapa de análise propriamente dita, fase longa e exaustiva onde foram realizadas a codificação, decomposição e enumeração dos dados. Neste momento foi realizado o recorte das unidades de registro, seguindo critérios semânticos para o estabelecimento das categorias e subcategorias. O processo se deu em duas etapas: o inventário – isolamento dos elementos, e a classificação – agrupamento dos elementos semelhantes.
- *Tratamento dos resultados e interpretações:* Etapa definida pela transformação dos resultados brutos, de modo a caracterizá-los como significativos e válidos. Nesta fase foram realizadas as inferências e a interpretação dos dados seguindo o aporte teórico da pesquisa. Os dados foram tratados e analisados através do software ATLAS.ti versão 7.0, considerada uma sofisticada ferramenta na análise de dados qualitativos.

Observa-se que a Análise de Conteúdo apresenta como potencialidades a relevância dada ao contexto do conteúdo analisado, em contraponto à fragmentação da ciência positivista, e, também, a sua capacidade de trazer os elementos de forma clara, fácil e ampla, devido à elaboração sistemática e categórica que ensina o passo a passo (Flick, 2009).

Todavia, ela também apresenta uma limitação no que se refere à falta de neutralidade do pesquisador ao fazer as inferências, o que não quer dizer que o pesquisador será acrítico ou pouco rigoroso (Thompson, 1995). Por fim, para superar as limitações metodológicas, cabe ao pesquisador buscar critérios de validade e confiabilidade para suas análises através de rigor e detalhamento dos procedimentos aplicados (Mozzato & Grzybovski, 2011).

5.5 Aspectos Éticos

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, sob protocolo n. 1.742.673 (Anexo 3), seguindo-se os preceitos da Resolução nº 510/2016, segundo a qual ética em pesquisa com humanos consiste no respeito à dignidade humana, na proteção e garantia dos direitos dos participantes e na confidencialidade das informações, bem como na conduta do pesquisador de maneira a prever e evitar possíveis danos propiciados pelo estudo.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice 1), documento que informou o tipo da pesquisa, seus objetivos e esclareceu acerca da proteção ao sigilo e privacidade, preservação contra qualquer constrangimento, bem como resguardado o direito à autonomia, de forma que sua retirada da pesquisa poderia ser realizada no momento em que ele assim desejasse, sem que isto lhes cause qualquer dano ou ônus.

A pesquisa mostra-se benéfica devido à escuta cuidadosa e sem julgamento do entrevistador frente à percepção que o entrevistado possui do programa em que está inserido, podendo contribuir para a divulgação dos resultados obtidos às instituições parceiras, bem como para outras instituições, podendo gerar reflexões sobre como a formação está sendo estabelecida, além de propor melhorias e avanços na atividade prática dos PRMS. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos mínimos, e restringe-se ao sigilo, a identificação

e as informações referentes ao participante. No entanto, todos os cuidados serão tomados para preservar a sua identidade.

Os resultados serão divulgados em meios públicos com honestidade científica e mantendo os entrevistados em anonimato. Os arquivos físicos e digitais da pesquisa – TCLE assinados pelos participantes, os questionários e as entrevistas em áudio e digitalizadas – encontram-se arquivados no Núcleo Interdisciplinar de Investigação em Psicossomática, Saúde e Organizações (NUIPSO) do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora e permanecerão resguardados por, no mínimo, cinco anos após o término da presente pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta seção será apresentada com base em categorias pré-definidas e identificadas no decorrer do processo de análise, sendo que os dois primeiros subtópicos representam os resultados introdutórios das categorias e os demais se referem às categorias em si. Para tanto serão manifestados recortes dos discursos dos entrevistados, além de tabelas ilustrativas com intuito de elucidar a distribuição de respostas dos mesmos devido à quantidade de entrevistados, não influenciando no momento da criação das categorias, essas definidas a partir da análise temática das enunciações dos participantes. Os participantes serão identificados com a letra P acompanhada da ordem de participação da entrevista e ainda será mencionada a primeira letra do curso de formação profissional com a ordem de participação referente ao curso.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Com a finalidade de compreender melhor o perfil dos participantes da pesquisa realizou-se um levantamento de dados sociodemográfico, acadêmico e profissional, o qual se encontra detalhado a seguir, nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1

Dados sociodemográficos dos participantes

Variável	Categoria	N	Frequência Relativa
Gênero	Feminino	29	100%
	Masculino	0	0%
Faixa Etária	De 20 à 25 anos	21	72,3%
	De 26 à 30 anos	6	20,6%
	Acima de 31 anos	2	6,9%
Cor de Pele	Branca	23	79,3%
	Parda	6	20,7%
	Negra	0	0%
Religião			

	Católica	19	65,5%
	Espírita	4	13,8%
	Evangélica	2	6,9%
	Nenhuma	4	13,8%
Situação Conjugal			
	Solteiro	25	86,2%
	Casado	3	10,3%
	União Estável	1	3,4%
Reside			
	Com familiares	20	69%
	Outro	9	31%

Fonte: A Autora

Nota. O termo “Outro” refere-se a residir sozinho ou com amigos.

Tabela 2
Dados acadêmicos e profissionais dos participantes

Variável	Categoria	N	Frequência Relativa
Categoria Profissional			
	Psicologia	6	20,7%
	Fisioterapia	6	20,7%
	Enfermagem	6	20,7%
	Serviço Social	6	20,7%
	Nutrição	5	17,2%
Natureza da Instituição de Graduação			
	Pública	24	82,8%
	Privada	5	17,2%
Tempo de Formado			
	Até 12 meses	9	31%
	De 13 à 24 meses	14	48,5%
	Acima de 25 meses	6	20,5%
Local Da Residência			
	UFJF	15	51,7%
	UFU	14	48,3%
Tempo de Residência			
	Até 12 meses	13	44,7%
	De 13 à 24 meses	16	55,3%

Fonte: A Autora

Em suma, o perfil sociodemográfico, acadêmico e profissional dos participantes da pesquisa foram residentes multiprofissionais do sexo feminino (100%), com média de idade

registrada de 25,85 anos, brancos (79,3%), solteiros (86,2%), católicos (65,5%), formados em instituições públicas (82,8%), e com tempo de formado de até dois anos (79,5%). Tais resultados vieram ao encontro daqueles observados em duas publicações da área: em estudo de Franco, Barros, Nogueira-Martins, e Zeitoun (2011) realizado com residentes de enfermagem, a maioria da amostra compôs-se por mulheres (81.3%), solteiras (93.8%) e com idade média de 25.8 anos; e em pesquisa realizada por Goulart, Silva, Bolzan e Guido (2012) com residentes multiprofissionais demonstrou o predomínio de mulheres (83,78%), solteiras (81,08%), na faixa etária entre 25 e 29 anos (51,35%) e que com um ano após a conclusão do curso de graduação já ingressaram na RMS (41.66%).

Em relação ao gênero, dados do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (Enade) demonstram que a participação feminina no campo profissional da saúde encontra-se em ascensão, sendo que em 2007 as mulheres eram maioria em todas as categorias profissionais da área da saúde (Haddad et al., 2007). Apesar deste avanço da participação das mulheres no mercado de trabalho, observa-se um predomínio da figura feminina em profissões que as vinculam ao ato do cuidado, sendo a figura masculina menos presente, o que pode ser confirmado pelos dados levantados na pesquisa de Jesus et al. (2010) intitulada de “Preconceitos na enfermagem: percepção de enfermeiros formados em diferentes décadas”. Este estudo buscou compreender com um grupo de enfermeiros do sexo masculino, formados em épocas diferentes, acerca do preconceito e estratégias de enfrentamento envolvido na escolha profissional. O conteúdo dos discursos demonstrou a existência de estereótipos de gênero, bem como vivências de preconceitos no ambiente acadêmico e profissional tanto por parte dos profissionais em geral quanto dos pertencentes a mesma área de atuação.

Além disso, os dados sobre a predominância de recém-formadas, com idade entre 22 e 27 anos (92,9%) mostram-se condizentes com a proposta do MS para a criação dos PRMS, um programa de cooperação intersetorial que favorece inserção de jovens profissionais da

saúde no mercado de trabalho, prioritariamente com idade inferior a 29 anos, com objetivo de modificar o entendimento e as práticas de atenção em saúde (Brasil, 2005; Brasil, 2012).

Infere-se que o fato da maioria das participantes ser solteiras e residir com familiares relacionam-se à maior participação feminina no mercado de trabalho, bem como à valorização pelo PRMS da capacitação de profissionais jovens, criando um novo perfil de profissionais que atendam de forma mais qualificada às demandas do SUS (Goulart, Silva, Bolzan, & Guido, 2012).

6.2 CONTEXTUALIZAÇÃO DOS CAMPOS DE PESQUISA

O currículo dos dois PRMS (UFJF e UFU) – atendem as exigências do MS sendo dedicadas 12 horas para as atividades teóricas e 48 horas para as atividades práticas, essas desenvolvidas prioritariamente na Atenção Hospitalar (área de concentração dos programas), perfazendo um total de 60 horas semanais de dedicação exclusiva.

As **atividades práticas** dos PRMS em Atenção Hospitalar vinculado à UFJF (AH-UFJF) e Atenção ao Paciente em Estado Crítico vinculado à UFU (APEC-UFU) são desenvolvidas todos os dias, no período da manhã, nos hospitais universitários de referência de cada instituição (Hospital Universitário, unidade Santa Catarina – UFJF e Hospital de Clínicas – UFU). Além desse período, as atividades práticas de ambos os PRMS aconteciam no período da tarde nos dias nos quais os residentes não estavam participando das atividades teóricas.

Cabe expor algumas diferenças, entre as duas instituições, em relação ao **campo de atuação** que os residentes multiprofissionais circulam durante os dois anos de residência. No PRMS AH-UFJF as atividades práticas são desenvolvidas isoladamente (sem integração entre os residentes multiprofissionais) e concentradas no campo hospitalar, com exceção dos residentes de Psicologia e Enfermagem que mencionaram uma breve passagem nos

ambulatórios do Hospital Universitário – Unidade Dom Bosco. Já no PRMS APEC-UFU, apesar do campo de atuação também ser predominantemente o hospitalar, todos os residentes multiprofissionais circulam por algumas Unidades Básicas de Saúde durante quatro meses do primeiro ano de residência. Além disso, durante o primeiro ano de residência passam pelos campos de trabalho em grupo (no mínimo três residentes de profissões distintas), sendo esses pontos considerados como facilitadores de uma atuação multiprofissional e interdisciplinar, uma vez que no segundo ano que atuam sozinhos e apenas em setores do hospital, a comunicação ficara prejudicada e o trabalho foi mais específico de cada área profissional, como pode ser visto abaixo.

P14/F4 – A gente dentro do hospital talvez não trabalhe tanto interdisciplinar, multidisciplinar [...] mais em Capinópolis, na UBS, a gente consegue conhecer muito mais o trabalho do outro, o que o outro faz e aplica junto, os nossos conhecimentos.

P16/N3 – No R2 a gente trabalha mais sozinha, porque enquanto R1 a gente trabalha muito mesmo multiprofissional. [...] Em todo lugar que eu passei até agora o meu grupo esteve junto comigo, porque meu grupo tem uma psicóloga, uma enfermeira e duas fisioterapeutas.

As **atividades teóricas** dos PRMS são divididas em três eixos: *Eixo Específico*, *Eixo Transversal* e *Seminário Integrador*. As atividades do *Eixo Específico* são referentes aos conteúdos específicos de cada categoria profissional e, portanto, são acordadas a partir da disponibilidade dos tutores de cada categoria profissional. As atividades do *Eixo Transversal* abordam os conteúdos mais gerais relacionados a Saúde Pública e tem a participação de todos os residentes ingressados no mesmo ano, de todas as categorias profissionais e de todos os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde vinculados às respectivas instituições. As atividades do *Seminário Integrador* ou *Seminário Interdisciplinar*, como é denominado pelos residentes vinculados a UFU, tem a participação dos residentes de todas as categorias profissionais dos Programas de Residência Multiprofissional específicos na área de concentração em Atenção Hospitalar. Neste eixo são abordadas diversas temáticas em torno da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade.

Em relação ao Seminário Integrador alguns residentes do PRMS AH-UFJF manifestaram que o conteúdo é em formato mais expositivo e que devido à reivindicações dos próprios residentes isso vem sendo discutido e modificado neste ano de 2017 para que haja integração tanto teórica quanto prática entre os profissionais.

P26/F6 – Quinta-feira eu já tenho um encontro que antes era uma aula mesmo, agora virou um encontro, com o coordenador da residência e ele fala dessa coisa da integralidade na qual tem todos os profissionais multi, exceto médico, que participam dessa reunião trocando informações a respeito do paciente e tem algumas dinâmicas, mas é uma coisa que começou na última semana [...] só tive uma semana dessa experiência. [...] Ano passado todo era aula, [...] aula no sentido de ter o professor na frente, no quadro, com slide e os alunos do outro lado assistindo as palestras. Ai tem um momento no final ou no meio da aula que tem a integração e pergunta "o que vocês acham desse tema?" "o que vocês pensam a respeito?" e "o que vocês acham que pode melhorar?" Essa era uma pergunta que sempre faziam pra gente [...] e ai a gente sempre dava sugestões, o nosso ponto de vista a respeito do tema, mas sempre tinha reclamação mesmo da residência, da falta de integração entre os profissionais, que não tinha um momento pra ter essa integração.

Já no PRMS APEC-UFU duas participantes manifestam a importância desse eixo ao possibilitar espaços para integração e compartilhamento entre diferentes profissionais.

P18/P4 – As aulas que eu percebo que são muito boas, principalmente na questão da interdisciplinaridade, são as aulas [...] que a gente tem específica da Atenção a Paciente em Estado Crítico (Seminário Interdisciplinar). E ai eu percebo que a gente consegue fazer uma disciplina mais interdisciplinar mesmo, que a gente seleciona alguns tópicos pra apresentar os seminários e a gente tenta sempre escolher um tópico que dê para as várias áreas apresentarem juntas.

Nas falas acima, observa-se que os participantes de ambos os PRMS mencionam a importância das aulas do Seminário Integrador, momento que possibilita maior integração entre os residentes de diferentes profissões, podendo ainda ser melhoradas para atender mais adequadamente às demandas dos residentes e dos usuários.

Nesta categoria pode-se ainda notar que os dois PRMS atenderam às exigências impostas pelo MS em relação aos tipos de eixos, são eles: apresentar um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as categorias profissionais envolvidas no PRMS, esse com o objetivo de consolidar o processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar; pelo menos um eixo integrador para as áreas de concentração representantes

do Programa; e pelo menos um eixo específico de cada categoria profissional, de maneira a resguardar a identidade profissional (Brasil, 2012). No entanto, segundo a mesma Resolução do MS, os PRMS devem propiciar estratégias pedagógicas e metodologias de ensino ativas que visem a integração dos saberes e das práticas para o desenvolvimento de competências compartilhadas, bem como garantam uma formação baseada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar, sendo essas vistas pelos participantes como pouco presentes e, portanto, que devem passar por mudanças e melhorias.

6.3 CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO EM EQUIPE

Nesta categoria todos os participantes da pesquisa manifestaram que o trabalho em equipe é caracterizado por **algum tipo de interação/troca entre os profissionais**, dentre elas destacam-se: *ter diálogo e comunicação; trabalhar em conjunto; respeitar a opinião dos outros; ter espaços de discussão; tomada de decisão conjunta; e ter uma relação confiança e comprometimento entre os profissionais*, como exemplificado abaixo.

P23/P6 – Eu acho que o contato é muito importante, [...] pelo menos em algum momento no mesmo ambiente. É ter uma visão conjunta, poder ter uma abertura pra discutir aquele trabalho, colocar em prática também junto. Muitas vezes a gente precisa de fazer um atendimento envolvendo mais de um profissional, então eu acho que é essa série de fatores, né? A gente ter uma liberdade para discutir o caso, que as pessoas tenham uma abertura para escutar um pouco a visão do outro profissional em relação ao caso e na hora de colocar em prática que a gente também possa atuar junto.

P24/N4 – Acho que um trabalho em equipe é um trabalho que tenha mais de um profissional envolvido, de áreas diferentes, que consigam comunicar bem, consigam realizar uma conduta em comum, que não um profissional sozinho dite o que vai ser feito, mas que consiga ter uma conversa entre a sua equipe.

Outra importante definição citada por 14 participantes para o trabalho em equipe refere-se a **interação entre os profissionais em prol do pacientes**, aparecendo as seguintes expressões: *ter comunicação para agregar ao cuidado do paciente; ter como objetivo comum o paciente; pensar no que é melhor para o paciente; aceitar a opinião do outro pelo bem do paciente; e os vários profissionais trabalharem e discutirem os casos para o bem do paciente.*

P1/P1 – Um trabalho em equipe é onde cada um tem a possibilidade de expor sua área, expor seu conhecimento, mas que também trabalhem juntos, que possam ter uma conversa para agregar mais para o paciente. Não cada um só ir lá, escrever no prontuário o que você faz e não ter essa conversa. [...] Cada um tem uma especificidade da sua área, mas se todos fossem conversar, achar um ponto que seja bom para o paciente.

Nas falas de alguns participantes aparecem ainda que é necessário **ter visão integral do usuário**, demonstrado nas falas abaixo.

P8/SS2 – Eu acho que um trabalho em equipe está nas diferentes percepções que cada área consegue ter daquele usuário. Então assim, você conseguir enxergar o usuário mais do que um modelo hegemônico, hoje que é o biomédico [...] o ideal seria se o profissional conseguisse enxergar naquele usuário todas as dimensões da vida dele, a totalidade, a dimensão social, a dimensão econômica, a dimensão política também é muito importante. É... conseguir identificar nele quais são as necessidades sociais dele que vai muito além de curar a doença, as necessidades psicológicas, necessidades econômicas, entre outras dimensões.

P26/F6 – No meu ponto de vista é eu olhar todas as faces do paciente. Ele foi internado por uma coisa clínica, e é óbvio que essa é a primeira coisa que vai ser olhada no paciente. Os dados clínicos, os dados laboratoriais, [...] os medicamentos é a primeira linha quando o paciente está no hospital. Ele não veio para reabilitar, ele não está indo para uma atenção secundária, mas quando o paciente atinge a sua estabilidade clínica, hemodinâmica, é importante ver as outras faces do paciente, porque ele não é só a doença, ele é uma pessoa.

A partir dessa exposição observa-se que os participantes sugeriram a necessidade do trabalho em equipe ser realizado por mais de um profissional visando um objetivo comum indo ao encontro da literatura que define o trabalho em equipe como sendo uma atividade desenvolvida por grupos de pessoas com objetivos comuns, que através da complementação de suas habilidades, compartilhamento e cooperação entre si, visam alcançar melhores resultados (Moscovici, 1994). Mais especificamente, no âmbito da saúde, podemos pensar que tais falas caminham para um modelo de atenção mais integralizado, em que há necessidade de ações profissionais articuladas entre os múltiplos campos de conhecimentos, pois uma única profissão não dá conta da complexidade apresentada nesses contextos (Pasini, 2010).

6.4 TIPOS DE ATUAÇÃO EM EQUIPE DE SAÚDE

Esta categoria discorrerá sobre a percepção dos residentes acerca dos tipos de trabalho em equipe de saúde, são eles: **Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade**. Vale destacar que foi observada uma diversidade de respostas, sendo que abaixo serão expostas as unidades de registro que mais se destacaram de cada uma delas.

Em relação à **atuação multidisciplinar**, todos os participantes da pesquisa mencionaram que, para uma prática em saúde se configurar como multidisciplinar seria necessária a presença de várias categorias profissionais, porém as respostas diferiram quanto à presença ou ausência de interação entre os profissionais. Observam-se três principais unidades de registros nas falas dos participantes sobre sua percepção acerca da atuação multidisciplinar: *atuação entre vários profissionais sem necessariamente haver interação*, referenciada por 18 residentes; *contato/diálogo entre os profissionais, porém ainda fragmentado* (três participantes); e *comunicação e atuação de várias áreas profissionais juntas* (seis participantes), como exemplificados a seguir, respectivamente:

P9/E1 – Eu acho que o trabalho multidisciplinar a gente tem uma equipe composta por vários profissionais, mas não necessariamente a gente se comunica para tomar decisões em relação algum paciente. Então assim, eu faço a minha conduta, o médico tem a conduta dele, mas a gente não senta para discutir qual é a melhor conduta.

P25/SS5 – O Multi eu acho que seria todas as profissões no mesmo espaço [...] o espaço considerado multi aqui no hospital são as reuniões de equipe onde cada profissional, que está inserido naquela área, participa e fala se tiver que contribuir. Assim, meio que... é mais ou menos essa questão do disciplinar, mas acho que o disciplinar é mais meio que isolado. A questão multi você tem esse contato, tem esse diálogo, mas mesmo assim cada um fica muito na sua área.

P13/E3 – [...] multi eu acho que é você trabalhar com o outro, tipo, o enfermeiro junto com o fisioterapeuta, junto com o médico, tem a comunicação ali, né?

Nesse sentido, nota-se que a maioria dos participantes da pesquisa trouxe definições aproximadas da literatura, sendo a multidisciplinaridade considerada uma simples justaposição de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, problema ou assunto, sem que necessariamente os profissionais estabeleçam entre si efetivas relações no campo técnico ou científico (Japiassu, 1976; Almeida Filho, 1997) sendo, portanto, marcada

pela fragmentação do cuidado em que os saberes especializados norteiam a atuação de cada profissional (Alvarenga et al., 2013).

Vale destacar ainda respostas sobre a percepção do trabalho em equipe multidisciplinar que contemplavam exemplos referentes ao *modelo vigente no hospital*, independentemente da subcategoria a que pertence indo ao encontro de dados apresentados nos estudos de Iribarry (2003) e Araújo, Vasconcelos, Pessoa e Forte (2017). Segundo esses autores a Atenção Hospitalar ainda é representada pelo modelo multidisciplinar e multiprofissional, tornando-se mais desafiador superar essa lógica no contexto hospitalar, onde os profissionais de saúde estão no mesmo espaço físico, porém desempenham sua função, de modo mais ou menos isolado, geralmente não estabelecendo nenhuma interação ou cooperação e limitando-se muitas vezes em compartilhar o mínimo de informação entre eles – como exemplo a anotações em um prontuário comum.

P3/N1 – Multidisciplinar é o que a gente tem muitos hospitais, que tem uma equipe multiprofissional, tem várias profissionais de áreas diferentes, mas cada um atuando isoladamente.

P20/SS4 – [...] a gente vê que muita coisa acontece (aqui no hospital) porque as pessoas não dialogam, cada um faz a sua parte e pronto: "ah eu já fiz minha parte, coloquei lá no prontuário, está feito, se outro profissional se interessar ele que leia o prontuário e vê o que eu fiz."

Em relação à **atuação interdisciplinar**, é consensual a importância de se pensar em práticas interdisciplinares que superem o saber e o fazer fragmentado, porém ainda hoje se tem dificuldade em estabelecer uma definição única e estável para ela (Luz, 2009; Peduzzi et al., 2013). Segundo Japiassu (1976) a interdisciplinaridade englobaria de fato a interação, cooperação e comunicação entre as disciplinas e trocas entre os profissionais, ocorrendo a sistematização dos saberes de diferentes disciplinas.

Outra importante concepção que busca ampliar a compreensão acerca da interdisciplinaridade refere-se à integração tanto dos saberes quanto da prática profissional, sendo caracterizados pelo planejamento, atendimentos conjuntos, troca de saberes entre os profissionais, pela abertura para o diálogo e negociação com outros profissionais e, ainda,

permitir a participação do usuário na tomada de decisão de seu próprio plano terapêutico (Scherer et al., 2013).

Condizendo com o apresentado acima, a grande maioria dos participantes (22 residentes) expressou que *na atuação interdisciplinar ocorre uma maior interação entre as várias categorias profissionais, podendo inclusive estabelecer um trabalho conjunto.*

P20/SS4 – [...] a interdisciplinaridade vai muito além do que o profissional faz, é uma coisa de vamos construir juntos, para ter uma atuação ampliada, uma atuação equânime, que possa olhar o sujeito, olhar a situação como um todo. Então, acho que a interdisciplinaridade é você somar o seu fazer com o fazer do outro, isso em práticas conjuntas, não um fazer, depois o outro fazer, mas vamos fazer juntos. Eu acho que o que muito contribui pra essa interdisciplinaridade é a visita domiciliar, quando vão várias pessoas juntas, e todas elas estão somando, estão ai fazem um atendimento juntas, e tem essa discussão também conjunta. Eu acho os estudos de caso também muito importante pra essa interdisciplinaridade.

Outros participantes (três residentes) ainda sugerem que seja *uma interação entre várias disciplinas para um objetivo comum.*

P10/P03 – Essa (atuação) interdisciplinar acredito que seja... [...] não posso dizer que é uma intervenção, mas uma... uma combinação entre as disciplinas inter, né? elas interagem entre si, cada uma contribuindo com a sua parcela de conhecimento para um determinado objetivo comum.

Dialogando com tais perspectivas, a prática interdisciplinar surge a partir do reconhecimento da complexidade do objeto da saúde e a conseqüente exigência de olhá-lo em sua pluralidade e desenvolver um trabalho conjunto (Saupe, 2005). Portanto, o trabalho interdisciplinar em saúde não deve ser confundido com a simples troca de informações, deve sim, ser entendido como um método de se expor determinados acontecimentos e problemas por meio da articulação e da integração de variados saberes e práticas produzindo uma ação comum, horizontalizando saberes e relações de poder, sem deixar de reconhecer o saber e as atribuições de cada categoria profissional (Souza, & Souza, 2009).

Já a **transdisciplinaridade** é um conceito vinculado à complexidade do pensamento discorrido com domínio por Edgar Morin (2012), em que buscaria ir além das perspectivas disciplinares, tendo como conceito central a desconstrução dos limites rígidos entre as

disciplinas, em que os conteúdos devem ser trabalhados de forma a tornar imperceptível onde começa e onde termina cada disciplina.

Na pesquisa, a maioria dos participantes demonstrou *dificuldade para conceituar a atuação transdisciplinar*, sendo que sete *preferiram não opinar* e quatro *desconheciam o termo*, como observado, respectivamente, nas falas a seguir.

P10/P3 - E agora, a (atuação) transdisciplinar, é isso que eu estou te falando, que eu confundo os conceitos. Seria até bom mesmo estudar sobre isso. Seriam talvez os conteúdos transversais? Eu não sei se seria isso, assim [...] É isso (que) eu fico pensando, sempre achei que isso era meio confuso mesmo.

P20/SS4 - E a transdisciplinar eu nunca nem tinha... já ouvi, mas bem por cima, nunca tive a oportunidade de estudar e conhecer mais, então eu não sei falar a respeito.

P12/F3 - Bom, o transdisciplinar pra falar a verdade eu nem sei o que é, eu nunca ouvi falar.

Desta forma, na tentativa de manifestar suas percepções acerca da atuação transdisciplinar, muitos participantes a aproximaram do trabalho em equipe interdisciplinar, sugerindo ser *um estágio de integração acima do interdisciplinar; uma construção de um novo conhecimento; uma atuação ainda mais integrada entre os profissionais, porém, este conceito ainda mostra-se abstrato*.

P7/SS1 - O transdisciplinar, eu já li algumas coisas sobre isso. Seria é uma coisa além do inter, que é os saberes não agrupados, mas os saberes dialogando por um objetivo comum, seria uma coisa que é além disso, que assim... eu ainda tenho como um pouco abstrato, eu não consigo enxergar isso na realidade, então pra mim fica um pouco mais nebuloso.

P23/P6 - E a transdisciplinar eu acho que ela vai além disso, eu acho que a gente conseguiu propor juntos uma nova maneira de atuar. Consegue ter uma conversa, uma discussão tão profunda no caso que a gente consegue juntos desenvolver uma atuação para aquele paciente, pensando como uma equipe mesmo. [...] a transdisciplinar é uma coisa que pra gente ainda tá um pouco distante, até mesmo nas discussões [...] teóricas dos conceitos mesmos. O que a gente chega nas aulas é até o inter.

A partir dos expostos, destaca-se ainda nesta categoria que, apesar das tentativas de delimitação entre os tipos de atuação em equipe, muitos participantes da pesquisa, principalmente os vinculados à instituição UFU, demonstraram alguma dificuldade para diferenciar a atuação interdisciplinar da atuação multidisciplinar. Em relação à dificuldade de

diferenciação da atuação interdisciplinar e transdisciplinar, residentes de ambas as instituições mantiveram mesma proporção, como detalhado na Tabela 3 e discursos a seguir.

Tabela 3

Dificuldade de diferenciação dos tipos de atuação profissional em saúde

Atuações	Momento da manifestação	UFJF	UFU	N TOTAL
Multi e Inter				
	Na questão específica	2	7	9
	Em algum momento da entrevista	6	12	18
Inter e Trans				
	Na questão específica	7	7	14

Fonte: A Autora

P16/N3 – No caso eu estou achando que interdisciplinar é a mesma coisa que uma atuação multiprofissional, né?

P17/SS3 – [...] no decorrer mesmo da residência eu percebi que não foi tão multi como deveria, não houve essa multiprofissionalidade (interdisciplinaridade), cada um ficou no seu quadrado [...] cada profissão ficou mais atuando na sua especialidade, não houve tanta interação assim.

P18/P4 – É difícil, né? mas eu acho que é uma pergunta importante mesmo, porque, às vezes, não fica muito claro, a gente não consegue entender muito. É bom a gente pensar nisso pra entender um pouco da residência multiprofissional. É multi, é inter, como que é isso?

Tais achados corroboram os dados apresentados por diversos autores, entre eles Gosdorf (1976), Santos e Cutolo (2004), Costa (2007), Silva (2013), Bispo et al. (2014), acerca da dificuldade para estabelecer os limites e as diferenciações entre os tipos de atuação em saúde, especialmente no que diz respeito à atuação interdisciplinar e multiprofissional, muitas vezes aproximando-as, ou mesmo, colocando-as como sinônimas. Destaca-se que essa confusão conceitual é vista como um grande desafio a ser superado para se trabalhar de fato em equipe interdisciplinar de saúde (Bispo et al., 2014).

6.5 PRIMEIRO CONTATO COM A INTERDISCIPLINARIDADE

Ao buscar entender junto aos residentes multiprofissionais entrevistados quando haviam ouvido pela primeira vez sobre o conceito de interdisciplinaridade, estes mencionaram os seguintes momentos, como exposto na tabela 4:

Tabela 4

Quando ouviu pela primeira vez o termo Interdisciplinaridade

Categoria geral	Subcategoria	N	Profissão
Durante a Graduação (24)	Estágio/Extensão/PET Saúde	6	N-F-S-P-P-P
	Superficial	5	P-P-N-E-S
	Período específico	4	E-P-N-F
	Sem especificação	4	F-N-E-S
	Laboratório de Saúde	3	S-S-S
	Busca Pessoal	2	F-N
Durante a Residência (5)	Sem especificação	3	F-F-E
	Parte teórica/Aula	2	E-E

Fonte: A Autora

Nota. Os códigos F, N, P, E, S significam respectivamente Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Enfermagem e Serviço Social.

Os dados demonstram que a maioria dos participantes (24 residentes) teve o primeiro contato com o termo **durante a graduação**, sendo que desses seis mencionaram conhecimento *através da participação de estágios e extensões na área da saúde*, cinco consideraram que o conceito foi dado *durante a graduação de maneira superficial, vaga, ou mesmo, teórica*, sendo melhor compreendido durante a residência, quatro disseram que *foi durante algum período do curso ou disciplina específica*, outros quatro *não especificaram o momento* e dois manifestaram que foi por *busca pessoal ao final da graduação quando pretendiam prestar a Residência*. Já os participantes que responderam ter ouvido falar pela primeira vez **durante a residência** foram apenas cinco, destacando o fato de que três são residentes de enfermagem e dois residentes de fisioterapia, participantes de ambos os PRMS, portanto não observado interferência do local de graduação dos mesmos.

A partir disso, pode-se observar que o conceito de “interdisciplinaridade” já está inserido em algum momento nos cursos de graduação, mesmo que ainda apresente-se de modo apenas teórico e superficial, ou ainda em espaços específicos de estágios, programas de extensões e, em particular dos residentes formados em Serviço Social pela UFJF, em laboratórios de saúde como pode ser visto nas falas abaixo.

P6/N2 – Na verdade foi aqui na residência, né? Na minha graduação a gente não tem muito contato, uma matéria ou outra que fala [...] a importância de você ter uma atuação em equipe no hospital. [...] isso é muito vago, é na prática mesmo (que) esse conceito ficou mais claro, mais assim... introduzido com a residência.

P23/P6 – Eu ouvi falar pela primeira vez sobre esse conceito quando eu participei de um programa do Ministério da Saúde que chama PET Saúde [...] E, inclusive nesta época, eu tive muito contato com alguns colegas da graduação que hoje estão na residência e a gente tinha muito essa discussão do que se propunha ser interdisciplinar. E esse programa ele tinha por objetivo justamente isso, né? A gente não tinha a proposta de atuação da nossa área, não era atuação específica, era propor atuação em conjunto e esse programa contava com estudantes de todas as áreas da saúde, inclusive a medicina.

P25/SS5 – Eu acho que foi numa disciplina que eu tive na graduação, que era um laboratório da área da saúde [...] que foi mencionada essa questão da multi, da interdisciplinaridade, mas assim de forma superficial, acho que é um conceito que a gente tem que aprofundar muito.

Além disso, observa-se a importância dos PRMS para o maior esclarecimento acerca da interdisciplinaridade. Esses dados condizem com os apresentados por Peduzzi et al. (2013) e Rossit, Batista e Alves Batista (2014) ao mencionarem que nos últimos anos as bases curriculares vêm passando por mudanças e proporcionando um crescente reconhecimento das estratégias de educação em saúde voltadas para a integralidade e para o trabalho em equipe interdisciplinar, podendo também ser chamadas de Educação Interprofissional, tendo como marcadores na graduação as atividades extracurriculares como o PET-Saúde e na pós-graduação os PRMS.

Entretanto, apesar desses avanços na formação dos profissionais de saúde, as estratégias mostram-se ainda tímidas, havendo a manutenção da ênfase nos cursos em si, ou seja, a presença de uma visão ainda isolada, disciplinar e descontextualizada das diferentes profissões (Rossit et al., 2014), sendo que formar profissionais em saúde para uma atuação em equipe integral denota a ruptura não apenas com um modelo tradicional biomédico e hospitalocêntrico, como também, demanda uma reorganização dos serviços e análise crítica dos métodos de trabalho (Araújo, Miranda, & Brasil, 2014).

Especificamente no que diz respeito aos dados sobre os profissionais de Enfermagem e Fisioterapia, estes manifestarem o contato com o termo só durante a Residência, o que vai ao

encontro ao evidenciado no estudo de Gubert e Prado (2011) acerca da formação dos profissionais de Enfermagem, de que o ensino em Enfermagem permanece pautado pelo modelo tecnicista, centrado na atuação intervencionista e biologicista. Portanto, há desafios a ser superados na formação desses profissionais sob a ótica da integralidade, como pode ser visto na fala de uma das participantes.

P20/SS4 – Eu acho que começar pela nossa graduação, que às vezes o serviço social e a psicologia nem tanto, porque a gente é um curso considerado área da saúde, mas nossa formação é em ciências humanas aplicadas. Então a gente já tem uma bagagem anterior diferenciada, a gente aprende a conviver, a fazer trabalhos em grupos, a dialogar em conjunto. [...] Então eu acho que a gente tem essa visão um pouco mais ampliada, mas eu vejo que tem essa limitação (que) vem das outras graduações e nas aulas a gente percebe muito isso, principalmente nas aulas do SUS que é esse momento mesmo, que a gente fica todos juntos [...]. A gente vê que algumas outras profissões, mais voltadas a área da saúde técnica, o fazer técnico tem uma dificuldade maior em ver a interdisciplinaridade, eles [...] tem uma dificuldade muito grande em trabalhar, por exemplo, com o Serviço Social, com a Psicologia, porque trabalhar a nutrição, trabalhar a enfermagem [...] você está vendo ali só coisas técnicas, você não está vendo o sujeito como um todo, você não está vendo as famílias, você não está vendo a realidade de fora do sujeito do hospital, ou a realidade de um sujeito que veio de outra cidade, teve que mudar toda sua rotina pra estar aqui.

6.6 CONHECIMENTO ACERCA DA COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

O intuito desta categoria foi entender se os residentes multiprofissionais entrevistados conheciam o termo Colaboração Interprofissional e qual compreensão tinham a respeito, como pode ser visto na tabela 5.

Tabela 5

Conhecimento acerca da Colaboração Interprofissional

Categorias profissionais	Sim	Não	Relaciona com a interdisciplinaridade
Psicologia	0	6	2 (P2, P23)
Fisioterapia	0	6	1 (P26)
Enfermagem	1	5	2 (P22, P27)
Serviço Social	0	6	3 (P7, P8 e P17)
Nutrição	2	3	0
TOTAL	3	26	8

Fonte: A Autora

Nota. Os códigos P acompanhados pelos números (Pn°) referem-se à ordem das entrevistas.

Observa-se que a maioria dos entrevistados (26) informaram *desconhecimento acerca da terminologia colaboração interprofissional* e apenas três entrevistados relataram *já ter ouvido falar*. Entretanto, ao expor suas percepções, através de exemplos, a maioria dos residentes que disseram desconhecer (18 participantes) e todos que disseram conhecer (três participantes) a colaboração interprofissional apresentaram definições baseadas na nomenclatura do termo, como demonstrada nas falas abaixo.

P29/N5 – Não (ouvi falar). [...] Acho que é o que a gente faz aqui, né? A gente colabora um com o outro. Às vezes o fisioterapeuta precisa de substrato energético, eu dou o substrato para ele. A gente precisa do diagnóstico, o médico dá o diagnóstico pra gente. Eu acho que é isso.

P19/E4 – Sim (já ouvi falar), nesse sentido de solicitar a colaboração de outro profissional. [...] Por exemplo, estou com o meu paciente, exercendo o meu trabalho, então eu detecto uma necessidade de outro profissional intervir, então solicito a colaboração dele.

A partir do exposto acima, observa-se que independentemente de já terem ouvido falar ou não a respeito dessa terminologia, os residentes multiprofissionais expuseram conceitos de forma superficial, demonstrando desconhecer o que de fato caracteriza a colaboração interprofissional, todavia não destoando da temática central apresentada pela literatura, uma vez que as equipes interprofissionais são constituídas por duas ou mais categorias profissionais que partilham seus conhecimentos e práticas para o desenvolvimento de atividades centradas no paciente, cliente, familiar e comunidade (D'Amour D, Oandasan, 2005).

Adentrando mais profundamente no tema, dentre as capacidades necessárias para a prática da colaboração interprofissional estão o respeito mútuo e confiança, o reconhecimento do papel de cada categoria profissional, interdependência e compartilhamento dos conhecimentos e práticas em saúde centradas na melhoria da qualidade do cuidado ao paciente (D'Amour, Goulet, Labadie, Martín-Rodriguez, & Pineault, 2008). Assim, é preciso ainda traçar conjuntamente metas, planos de cuidado e tomadas de decisões com

responsabilidade e comprometido com a resolução dos problemas, sendo importante o diálogo e respeito entre os núcleos de saberes e fazeres de cada área profissional (Batista, 2012).

Outra importante definição apresentada pela literatura para o termo refere-se a necessidade dos profissionais de diferentes categorias compartilharem e refletirem sobre suas práticas em saúde, visando à integração e levando em consideração às demandas do usuário, sua família e comunidade. O usuário nesta perspectiva participa ativamente do seu plano de cuidado (Baar, Low, & Howkins, 2012).

Na presente pesquisa, nota-se ainda que dos 29 residentes entrevistados apenas oito manifestaram *relação com a interdisciplinaridade no que se refere a parte prática*, sendo que sete deles estão inseridos no PRMS da UFJF, onde observou-se maior clareza nas definições dos tipos de atuação profissional em saúde, bem como uma estruturação melhor dos eixos teóricos.

P8/SS2 – Eu imagino que seja muito próxima da interdisciplinaridade mas no sentido da prática, né? que é você trabalhar em conjunto com a questão do diálogo mesmo e de tentar enxergar os pontos em comuns para o usuário, mas na questão da prática mesmo, de diversos profissionais conseguirem dialogar entre si, no trabalho.

Neste ponto vale articular a percepção dos participantes deste estudo acerca do que elencaram enquanto características do trabalho em equipe e da atuação interdisciplinar sendo comumente colocados como sinônimos, e também, aproximando ao dissertado pelos autores acerca das competências e habilidades para o desenvolvimento de práticas colaborativas interprofissionais.

6.7 A INTERDISCIPLINARIDADE NOS PRMS: FACILITADORES E DIFICULTADORES

Nesta categoria buscou-se compreender com os residentes multiprofissionais se os PRMS possibilitaram uma atuação interdisciplinar. Para tanto, foram oferecidas três opções

de respostas – **Sim, Não e Em Partes**, sendo solicitada justificativa para as mesmas, nas quais os participantes manifestaram os principais fatores que facilitam ou dificultam sua efetivação, como exposto nas tabelas 6.

Tabela 6

A atuação interdisciplinar possibilitada pelo PRMS

Categorias Profissionais	Sim		Não		Em Partes	
	UFJF	UFU	UFJF	UFU	UFJF	UFU
Psicologia	0	1	1	0	2	2
Fisioterapia	0	2	1	0	2	1
Enfermagem	0	1	1	0	2	2
Serviço Social	0	0	1	1	2	2
Nutrição	1	1	1	0	1	1
TOTAL	1 + 5 = 6		5 + 1 = 6		9 + 8 = 17	

Fonte: A Autora

Nota-se que a maioria dos participantes (17) respondeu **Em Partes**. Alguns deles referiram que *dentro do contexto hospitalar o trabalho multiprofissional aconteceu, porém o interdisciplinar não*.

P1/P1 – Eu acho que no momento a gente está mais para o multiprofissional do que interdisciplinar. A gente conversa, têm um diálogo, mas é cada um na sua área, cada um vai atendendo individualmente, depois se tem alguma dúvida a gente junta pra conversar, mas eu não sei se a gente já chega no interdisciplinar. Eu acho que futuramente sim, a gente está caminhando pra isso.

Outros disseram que, *em alguns momentos a RMS possibilitou a atuação interdisciplinar*, dando exemplos específicos dos fatores que facilitaram sua ocorrência, são eles:

- *Dependência do campo de atuação que estavam alocados, onde a lógica do serviço favorece a integração dos profissionais.*

P11/E2 – Eu acho que quando ele vai para o campo da saúde pública (Atenção Básica) ele possibilita mais do que quando ele está no campo hospitalar. [...] Então eu acho que dentro do hospital ainda isso não é muito bem definido. Eu acho que eles não entendem muito bem, assim, como eles não entendem a residência muito bem, dentro do hospital. Mas no PSF, na UBS, principalmente em Capinópolis, isso já é muito fortalecido. As visitas são sempre em grupo, o plano de cuidado que a gente traça é em grupo. [...] Então eu acho que dentro da saúde pública que a gente passou, isso está bem fortalecido e mostra a

importância, só que eu acho que no hospital ainda eles precisam um pouco mais, não sei, um treinamento, alguma coisa que possibilite essa visão pra eles.

P25/SS5 – Então, aqui no hospital a gente tem um setor mais específico que a gente sabe que as coisas fluem mais em equipe, que é o setor da pediatria, que a gente consegue participar de todas as reuniões. Ainda é uma reunião muito médica, mas a gente sente que [...] a abertura é maior da pediatria. Os profissionais parecem que escutam mais a opinião dos outros profissionais, a gente tem uma abertura maior, mas isso muito por conta de uma determinada pessoa que ficou muitos anos na chefia da pediatria que tinha uma outra lógica de serviço.

- *Busca pessoal dos residentes.*

P23/P6 – Eu acho que a minha resposta seria em partes. O que possibilita é mais pelo que nós residentes buscamos. [...] o que eu venho observando é que entre nós que somos recém-formados, que a gente vem estudando essa lógica desde a graduação, a gente busca mais isso, mas de uma proposta que venha pela parte organizacional, estrutural da residência eu acho que são poucos os momentos. Foram poucos os momentos teóricos em que nós fomos convidados a discutir aquilo em conjunto, [...] de maneira interprofissional. E nas reuniões que a gente participa a gente vê uma lógica bem multiprofissional. Na maioria das vezes essas reuniões, elas são espaços em que o saber médico vem a frente e que conta com outros profissionais, mas a gente não é chamado em nenhum momento a participar daquilo.

A resposta **Sim**, o PRMS possibilitou uma atuação interdisciplinar, foi manifestada por seis participantes sendo que cinco deles estavam vinculados à instituição UFU. Os participantes relataram como possíveis fatores de favorecimento da ocorrência da atuação interdisciplinar *as reuniões de equipe nos setores, a confiança da equipe do serviço nos residentes* e, especificamente no PRMS da UFU, *a organização em grupos de residentes no primeiro ano de Residência e passagem durante quatro meses pela Atenção Básica*, como exemplificado nas falas abaixo.

P12/F3 – Sim, com certeza. Eu achava que não, porque no nosso R1era muito mais difícil. Como R1 o pessoal, às vezes, acha que a gente não existe aqui dentro do hospital. A gente só está aqui pra tocar serviço e olha lá. Agora como R2 que já veio à confiança, o vínculo com a equipe toda, com o hospital, que já conhece mais (a gente).

P16/N3 – [...] já ouvi na graduação que o trabalho multidisciplinar é importante, mas aqui a gente vê que realmente é importante. Principalmente quando a gente passa na Atenção Básica, que a gente trabalha muito com grupos, sala de espera. [...] eu não vejo como um profissional trabalhar sozinho [...] Porque a gente não vê o paciente só em relação à nutrição, eu vejo vários aspectos.

Seis participantes responderam que **Não**, o PRMS não possibilitou atuação interdisciplinar, sendo que cinco deles estavam vinculados ao programa da UFJF, aparecendo nas falas da maioria dos participantes a *dificuldade de diálogo com os profissionais de Medicina*, citando inclusive o obstáculo gerado pela separação dos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, como exposto a seguir.

P7/SS1 – [...] a nossa dificuldade maior é em relação à medicina, que eles têm um afastamento muito grande, e a gente precisa deles, muito deles, assim como eles precisam da gente para o atendimento integral.

P2/P2 – Aqui, no hospital, ainda tem muito a questão da hegemonia médica. Por mais que a gente acompanhe, esteja junto, discute, mas acaba, por exemplo, do paciente ter alta e aí a nutricionista tinha toda uma indicação do que a pessoa em casa vai comer, o que ela pode e o que ela não pode, que influencia inclusive no estado de saúde da pessoa e, acaba essa pessoa voltando porque não teve uma alimentação adequada em casa e aí quando a gente vê a pessoa já foi, né? [...] Isso é uma das coisas que atrapalha a equipe, acho que a equipe tem que ter essa integração, a gente ainda não caminha nesse ponto, mas é o ideal.

P22/E5 – [...] a gente tenta chegar o mais próximo possível [...] porque existem duas Comissões de Residência, a Comissão de Residência Médica e a Multiprofissional, enquanto as duas não tiverem caminhando juntas, isso não vai ser possível, porque a carga horária é a mesma, mas a gente tem um tempo para o nosso eixo transversal, a gente está disposto a discutir, eles não estão dispostos. É reunião, é cirurgia que está marcada, é aula que eles não têm um tempo pra estar junto com a gente. Então enquanto isso não andar junto, não vai existir.

Em relação a ausência do profissional de Medicina na equipe do PRMS apenas duas residentes – uma enfermeira e outra fisioterapeuta – ligadas ao PRMS APEC-UFU, consideraram que a separação dos PRMS não atrapalhou a articulação e integração dos profissionais. Em vista disso, foi quase unanimidade a opinião dos participantes, sendo referenciada por 27 entrevistados como prejudicial tanto para a equipe quanto para a integralidade do cuidado ao usuário, como pode ser visto nos discursos abaixo.

P26/F6 – Eu acho que é um fator complicado. [...] mesmo que existe as especificidades do programa, não há trabalho em conjunto entre as coordenações pra promover espaços em que a gente possa estar junto. [...] Como a gente fala um Programa de Residência Multiprofissional onde não há o médico, que é uma figura logicamente esperada dentro da área da saúde? E, ao mesmo tempo, isso caminha para esse reforço de que a gente é uma equipe de apoio do serviço.

Vale mencionar ainda que, ao final das entrevistas, alguns participantes (*P2/P2*, *P4/F1*, *P25/SS5* e *P27/E6*) sugeriram que fosse realizada uma futura pesquisa com os residentes de medicina para entendermos qual a percepção que eles possuem acerca do trabalho em equipe interdisciplinar.

P4/F1 – Às vezes poderia ser uma ideia, ver o que o profissional da medicina pensa das outras profissões ou se ele já teve na graduação alguma coisa que tenha mais esse contexto de interdisciplinaridade. [...] Então às vezes, futuramente, vê se faz com multiprofissional e médica, quem sabe a gente não consegue ter uma outra visão, né? [...] trazer eles pra perto, conseguir unir as duas, a multi e a médica, parar de ter essa separação tão gritante, ai eu acho que as coisas vão fluir melhor.

Para além do obstáculo *relação com a medicina*, esse percebido em destaque, já que foi referenciado pela maioria dos profissionais, em algum momento da entrevista, cabe ressaltar outros importantes fatores considerados limitantes para a realização do trabalho em equipe interdisciplinar nos PRMS, são eles: *formação acadêmica* – diz respeito à formação uniprofissional, especializada, sem a visão de integralidade da saúde do usuário; *questões institucionais* – refere-se lógica vigente no contexto hospitalar medicocêntrica, além da falta de confiança e reconhecimento dos residentes enquanto profissionais graduados, muitas vezes sendo vistos como estagiários; *questões próprias da organização dos PRMS* – como extensa carga horária, divisão dos residentes em setores distintos e visão fragmentadora de preceptores e tutores; e ainda *reconhecimento do assistente social* – remete à dificuldade encontrada pelo assistente social de se inserir na equipe. Dados sistematizados na tabela 7 e exemplificados por falas dos participantes abaixo.

Tabela 7

Dificuldades e limitações da interdisciplinaridade nos PRMS

Fatores limitantes da Interdisciplinaridade	UFJF	UFU	N Total
Formação	8	2	10
Confusão conceitual	6	12	18
Questões institucionais	10	10	20
Questões próprias do PRMS	9	8	17

Relação com a medicina	11	5	16
Reconhecimento do Assistente Social	0	2	2

Fonte: A Autora

P7/SS1 – [...] a organização do próprio serviço, porque muitas vezes os nossos preceptores – não só do serviço social, de todas as áreas – ainda não entenderam essa questão do trabalho multi e não aceitam muito bem essa questão do trabalho interprofissional. Então eles acabam afastando um pouco esse contato com a gente. (Questões institucionais)

P20/SS4 – Então para a interdisciplinaridade dar certo, funcionar, é preciso que as pessoas aprendam a conversar e dialogar mais, que a gente não tem formação pra isso. A gente tem uma formação do que é meu, é meu, o que é do outro, é do outro, então a gente tem que avançar muito. (Formação profissional)

P24/N4 – Eu acho que até o trabalho prático. Eu falo assim, como a carga horária é muito extensa e tem muitos trabalhos, tem uma demanda muito grande, isso também demanda um tempo maior, quando você tem que tomar uma decisão em conjunto. Isso eu acho que acaba atrapalhando um pouco. (Questões próprias do PRMS)

P25/SS5 – A hegemonia de algumas profissões sobre as outras que são consideradas um pouco subalternas, então a gente tem ainda essa diferenciação entre as próprias profissões mesmo. [...] Na prática essa questão das próprias profissões ainda terem essa lógica de formação muito fragmentada [...] Algumas profissões que se consideram, superiores e não querem dialogar ou acham que a equipe multi não é importante. (Relações de poder reforçadas pelo modelo de formação acadêmico-profissional)

Esses fatores que contribuem ou dificultam a efetivação da atuação interdisciplinar também foram encontrados em outros estudos, dentre eles destacam-se a recente pesquisa realizada por Anjos e Souza (2017) com trabalhadores da área da saúde, os quais manifestaram que a disponibilidade dos profissionais para a troca de saberes e práticas, além da presença de reuniões em equipe foram os fatores que contribuíram para um efetivo trabalho em equipe. Como limitantes os participantes expressaram a carência de ações de educação permanente, as dificuldades pessoais de compartimento de saberes, além da excessiva demanda de trabalho que impedem maior articulação e planejamento de ações entre os profissionais.

As pesquisas de Gelbcke, Matos e Sallum (2012) e Bispo et al. (2014) expressam que a principal desafio do trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar é romper com a prática fragmentada e a valorização das especialidades, produto da formação ainda disciplinar,

bem como a própria lógica em que o trabalho em saúde está estruturado, onde o investimento em ações de aprimoramento da prática profissional interdisciplinar ainda são pequenas. Outras dificuldades apresentadas por Bispo et al. (2014) referem-se: a dificuldade de conceituação da interdisciplinaridade quando ligada à prática profissional, muitas vezes aproximando-a aos conceitos de multidisciplinaridade e multiprofissionalidade; a visão da interdisciplinaridade como algo apenas teórico, sem relação com a prática; e a resistência, por parte da categoria médica, para o trabalho em equipe interdisciplinar, devido à centralidade do modelo biomédico e relação de poder estabelecida. Essa última mencionada em estudo de Bueno (2011) como o sentimento de ameaça ao poder devido à horizontalização das relações prevista pela interdisciplinaridade.

Há de se destacar também a pesquisa de Scherer et al. (2013), que explicita como possíveis obstáculos para o trabalho em equipe interdisciplinar: a limitação da formação acadêmica ainda fragmentada; as dificuldades pessoais e disputas de poder evidenciadas pela insegurança e desvalorização de seu próprio trabalho; o desconhecimento sobre o trabalho em equipe interdisciplinar e de como operacionalizá-lo; as questões políticas, organizacionais e estruturais que envolvem tanto as problemáticas institucionais, como gestão e cultura organizacional, quanto os impasses da própria Residência em Saúde; e ainda a predominância do poder médico e como lidar com essa questão.

Ao final desta categoria observa-se que, em ambos os PRMS, a maioria dos residentes consideraram que a interdisciplinaridade foi possibilitada “em partes”, sendo exemplificadas com situações específicas, essas de determinações mais pessoais e de singularidades de alguns campos de atuação por onde se deslocavam, do que propiciadas pelo contexto hospitalar ou de Residência, estando em acordo com estudo de Araújo et al. (2017) que evidencia ainda hoje o predomínio do modelo médico-centrado e da assistência tecnicista. Porém, a RMS seria um dispositivo com potencial para fomentar, através dos vários olhares dos profissionais, a

transformação do conhecimento e das práticas em saúde, em busca de concretização dos princípios e diretrizes do SUS, tendo a integralidade um dos seus pilares de sustentação.

6.8 EXPECTATIVA DE ATUAÇÃO EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E INTERDISCIPLINAR

Esta categoria refere-se se as expectativas dos residentes em relação a atuação multiprofissional e interdisciplinar no PRMS foram atendidas, tendo como possibilidades de resposta **Sim**, **Não** e **Em Partes**, cada uma delas justificadas, como será exposta abaixo, na tabela 8 e nas falas exemplificativas.

Tabela 8

Atendimento das expectativas de atuação em equipe multiprofissional e interdisciplinar possibilitado pelo PRMS

Categorias profissionais	Sim		Não		Em Partes	
	UFJF	UFU	UFJF	UFU	UFJF	UFU
Psicologia	0	3	2	0	1	0
Fisioterapia	0	3	2	0	1	0
Enfermagem	0	3	0	0	3	0
Serviço social	0	1	1	0	2	2
Nutrição	1	0	0	1	2	1
Total	1 + 10 = 11		5 + 1 = 6		9 + 3 = 12	

Fonte: A Autora

Os dados evidenciam que doze participantes manifestaram **satisfação parcial** em relação a atuação interdisciplinar no PRMS, sendo que a maioria pertence ao PRMS AH-UFJF. As principais justificativas para tal resposta foram: *multiprofissional acontece, mas o interdisciplinar não; multiprofissional acontece, mas o interdisciplinar ainda é pouco; dependem da abertura dos profissionais do serviço; acontece devido a busca pessoal dos residentes; e no primeiro ano sim por circularem juntos nos campos de atuação* (resposta específica dos participantes vinculados ao PRMS APEC-UFU).

PI/PI – Eu acho que multiprofissional sim, porque a gente da Psicologia trabalha muito individualmente, em clínica. Então a experiência que eu tinha anteriormente era mais de clínica,

individual. Quando a gente vem pro hospital a gente conhece outras áreas, acaba entendendo um pouco mais do trabalho deles. Trabalhando juntos de uma forma multiprofissional, acho que atendeu. Interdisciplinar a gente tenta, às vezes junta pra discutir um caso, pra tentar montar alguma coisa, alguma alta compartilhada, mas isso ainda é muito pouco, você vê (que) os médicos não aceitam ainda, ainda isso falta muito.

Em relação às respostas **Sim**, as expectativas de atuação interdisciplinar foram atendidas, onze residentes entrevistados a manifestaram, sendo que desses dez estavam ligados ao PRMS APEC-UFU. Os participantes mencionaram como positiva a experiência no PRMS uma vez que *conheceram melhor o trabalho das outras áreas, abrindo seus horizontes de atuação*; outros referiram que *saem da graduação com pouco conhecimento, sendo a residência um espaço que oportuniza esse crescimento profissional*; e ainda, que *a forma de organização do PRMS durante o primeiro ano de residência*, período que os residentes circularam juntos pelos serviços de saúde, inclusive passando durante alguns meses nos campos de Atenção Básica.

P11/E2 – Eu considero, porque hoje em vista do R1 pra cá, hoje eu já sei que eu não preciso dar conta de tudo, que eu tenho o apoio do outro profissional e sei que é o trabalho dele. Então, a enfermagem, às vezes, tem um pouco uma mania de abarcar tudo, né? A gente quer... não é que a gente quer, mas a gente acaba sendo, às vezes, o psicólogo que escuta o paciente, o fisioterapeuta que ajuda tirar do leito e tudo. E aí eu pude perceber que não precisa, que eu tenho esses profissionais aqui dentro do hospital [...] O paciente quer conversar comigo eu não vou “não, não, espera aí que o psicólogo está aqui”. Mas assim, eu sei que ele pode ter um suporte psicológico, ele pode ter um cuidado melhor com a fisioterapeuta avaliando coisas que não é da minha competência, que eu nem aprendi, né? Então eu acho que no R2 eu percebi muito melhor essa diferença.

P21/P5 - Eu considero que sim. Eu acho que eu aprendi muito. Aprendo muito com as meninas. Mas eu acho que isso vai um pouquinho também [...] porque a gente está dividido na equipe multi, então a gente vai interagir multi. Mas no hospital ainda tem dificuldade estruturadinhas, burocráticas, assim.

Apenas seis participantes responderam **Não**, o PRMS não atendeu suas expectativas de atuação interdisciplinar, sendo que cinco deles estavam vinculados ao PRMS AH-UFJF. As justificativas dadas foram: *esperavam mais trabalho interdisciplinar no campo hospitalar*; *a propaganda que fazem não condiz com a realidade do PRMS*; e *desarticulação do que se*

aprende nas disciplinas teóricas com o que acontece na prática, como exemplificado na fala a seguir.

P7/SSI – Na verdade não (risos). [...] Eu entrei na primeira turma dessa nova residência e quando a gente entrou foi feito aquela propaganda “agora é o trabalho multi, trabalho inter, é trabalho não sei o que, todo mundo vai trabalhar junto e não sei o que” e quando a gente chega na realidade é outra coisa. Então eu acho que a expectativa era grande demais para as dificuldades que hoje eu vejo que a gente tem aqui no hospital, entendeu?

A partir dos resultados encontrados nesta categoria, tal como na anterior, convém elucidar diferenciações entre os relatos dos residentes das duas instituições. Os residentes vinculados ao PRMS APEC-UFU manifestaram maior presença e satisfação com o trabalho em equipe interdisciplinar do que os residentes vinculados ao programa da UFJF, podendo-se pensar na hipótese de que a forma de organização do primeiro possa ter favorecido tal posicionamento, uma vez que os pontos de favorecimento estavam muito mais relacionados à passagem, mesmo que breve, pela Atenção Básica e, também, pelo fato de circularem em grupos de residentes durante o primeiro ano de Residência.

Neste ponto, a suposição pode ser fortalecida pelos dados das pesquisas de Callegari et al. (2015) e de Araujo et al. (2017) uma vez que nelas evidenciam-se especificidades do contexto de trabalho hospitalar e da Atenção Básica. No ambiente hospitalar o modelo que está mais presente é o médico-centrado e a assistência é focada na doença e no tratamento clínico, já na Unidade Básica de Saúde (UBS) o serviço se apresenta mais abrangente, levando em consideração além dos aspectos biológicos, os aspectos sociais, psicológicos e ambientais do usuário.

Entretanto, vale destacar ainda que os residentes do PRMS AH-UFJF manifestaram as diferenças entre as atuações com maior clareza do que os residentes do PRMS APEC-UFU, esses últimos apresentando maior confusão com a terminologia multiprofissional, colocando-a como sinônima da atuação interdisciplinar e integrada entre os profissionais.

Os participantes da UFJF relataram que, após reivindicarem por mudanças no formato das aulas, os eixos teóricos – principalmente o Seminário Integrador, passou a possibilitar maior integração e compartilhamento dos saberes e das práticas entre os residentes das diferentes categorias profissionais, podendo se pensar que esse investimento em formação teórica favoreceu tal percepção, porém, ainda não sendo suficiente para que a interdisciplinaridade fosse implementada no campo prático, e mesmo, reforçando a insatisfação com o PRMS. Já os participantes da UFU manifestaram que as aulas foram mais esporádicas e fragmentadas o que leva a suposição que isso possa ter dificultado a compreensão e clareza dos conceitos de trabalho em equipe, porém não inviabilizando a presença de uma atuação mais integralizada entre os residentes em alguns campos de atuação.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilitou perceber que há entre os residentes participantes do estudo dificuldades significativas na diferenciação entre os tipos de trabalho em equipe em saúde, principalmente no que diz respeito aos termos multiprofissionalidade e interdisciplinaridade quando pensados no campo prático, sendo seu uso muitas vezes indiscriminado e mesmo inapropriado, o que pode sugerir como um fator fundamental para a dificuldade de efetivação da atuação interdisciplinar no contexto de saúde pública. Desde modo, demandaria das coordenações dos PRMS fomentar ainda mais a discussão sobre as características e importância da interdisciplinaridade através de metodologias ativas de ensino e estratégias de articulação entre os conteúdos teóricos e a prática em serviço visando a consolidação dos princípios do SUS, à integração dos profissionais e à qualidade da atenção ao usuário enquanto totalidade e não apenas como um corpo biológico a ser explorado.

Outro fator que chama a atenção nesta pesquisa refere-se a relação que os participantes estabelecem entre a dificuldade de conceituação e efetivação da interdisciplinaridade com o modelo de formação acadêmica e profissional predominante, o qual demonstra poucas iniciativas de divulgação e valorização da Educação Interprofissional, essas de caráter extra-curriculares ou de pós-graduação. Surgem aqui algumas reflexões: onde nossas instituições de ensino e formação estão falhando? Como mudar esse cenário? Por onde começar? Quais medidas estão sendo tomadas para a mudança desse cenário já discutido desde a década de 1970?

Referindo-se ainda à formação, percebeu-se que, conforme os participantes, há um distanciamento dos profissionais de Medicina com os demais e a necessidade de maiores problematizações e medidas que visem a horizontalização das relações entre eles, em um movimento que busque valorizar todos os saberes profissionais, sendo esses vistos como complementares e não sobrepostos.

Vale ressaltar também que, apesar dos PRMS estarem distantes do que os residentes consideram como uma atuação em equipe interdisciplinar ideal, esses são vistos como um espaço potente de diálogo e troca entre os multiprofissionais, os quais vêm buscando difundir novos modos de saber e fazer em saúde que distanciem da lógica biomédica, disciplinar e fragmentadora. As RMS estão abrindo caminho para que as ações em saúde sejam mais integralizadas e diminuam as fronteiras entre o conhecimento e as práticas profissionais em saúde. Ao problematizar a prática interdisciplinar, elas, enquanto ferramentas de formação continuada, contribuem para o desenvolvimento de práticas profissionais contextualizadas à realidade da comunidade e, conseqüentemente, mais efetivas à área da saúde.

Assim, a formação em serviço de saúde, em especial os PRMS, tem demonstrado papel fundamental no desenvolvimento e na consolidação do SUS, estabelecendo um novo perfil profissional e contribuindo para a produção da atenção integral e interdisciplinar ao usuário. Entretanto, necessitam de maiores investimentos na formação de base para que os profissionais, independentemente de participar de uma RMS, cheguem aos espaços de trabalho em saúde conhecendo e valorizando as práticas interdisciplinares.

A pesquisa, ao problematizar a prática interdisciplinar, colabora com o debate científico e dá abertura para o desenvolvimento de novas pesquisas e políticas públicas que demonstrem as contribuições da atuação interdisciplinar na Atenção Hospitalar em Saúde, bem como nas RMS, uma vez que nesses contextos esse tema ainda é pouco abordado.

Conclui-se então, que este estudo atingiu o objetivo proposto ao buscar compreender um pouco mais sobre a percepção de residentes multiprofissionais acerca da interdisciplinaridade, sua relevância, obstáculos e perspectivas de efetivação. No entanto, a pesquisa apresenta uma limitação, tendo em vista que durante a elaboração do roteiro de entrevista foi dedicado um espaço para os fatores que dificultaram a interdisciplinaridade, não sendo considerados os fatores que a favoreceram, apesar destes terem aparecido nas falas dos

participantes, demonstrando certo enviesamento do olhar da pesquisadora que partiu da pressuposição que a interdisciplinaridade poderia não estar presente neste espaço de trabalho.

Destaca-se ainda a necessidade de novos estudos que possam compreender e aprofundar sobre a formação acadêmica e profissional em saúde (Uni, Multi e Interprofissional), bem como ampliar a reflexão ao buscar entender também o olhar dos residentes médicos acerca da interdisciplinaridade e os principais desafios para o desenvolvimento de práticas compartilhadas e interdisciplinares entre todos os profissionais envolvidos na atenção à saúde dos pacientes/usuários do serviço.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, C.M.S., & Oliveira, C.P.F.D. (2002) Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. *Millenium*. Recuperado em 20 de julho, 2016, de http://www.ipv.pt/millenium/Millenium25/25_27.htm
- Almeida Filho, N. D. (1997). Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2(1-2), 5-20.
- Alvarenga, J. D. P. O., et al. (2013). Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. *Revista de enfermagem UFPE on line-ISSN: 1981-8963*, 7(10), 5944-5951.
- Anjos Filho, N.C. D., & Souza, A. M. P. D. (2017). A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21(60), 63-76.
- Araújo, D., Miranda, M. C. G., & Brasil, S. L. (2014). Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 31, 20.
- Araújo, T. A. M. D., Vasconcelos, A. C. C. P., Pessoa, T. R. R. F., & Forte, F. D. S. (2017). Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 21(62), 601-13.
- Balestrin, M. F., & Barros, S. A. B. D. M. (2010). A relação entre concepção do processo saúde e doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. *Voos Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá*, 1(1), 18-41. Recuperado em 12 de julho, 2016, de http://www.revistavoos.com.br/seer/index.php/voos/article/viewFile/17/02_Vol1_VOOS_2009_CS
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (L. de A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70, Almedina Brasil (Obra original publicada em 1977).
- Barr, H., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth, D. (2005). Effective interprofessional education: Assumptions, argument and evidence. *Oxford: Blackwell Publishing*.
- Barr, H., Low, H., & Howkins, E. (2012). Interprofessional education in pre-registration courses: a CAIPE guide for commissioners and regulators of education. *London: CAIPE*.
- Batista, N.A. (2012). Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, 2(2), 25-8.
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.
- Bispo, E. P. F., Tavares, C. H. F., & Tomaz, J. M. T. (2014) Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*. 18 (49), 337-

350. Recuperado em 16 dezembro, 2015, de <http://www.scielo.org/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130158.pdf>

Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 30(3), 634- 649.

Borges M.J.L., Gurgel I.G.D., & Sampaio A.S. (2010). Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. *Ciência Saúde Coletiva* 17(1), 147-156. Recuperado em 16 outubro, 2015, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a17v17n1>

Braitenbach, D.P.F. (2006). *Interdisciplinaridade: reflexões sobre o atual campo da saúde mental no Brasil*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA. Recuperado em 10 de março, 2016, de <https://twiki.ufba.br/twiki/pub/PPGEFHC/DissertacoesPpgefhc/paim2003.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS no 198/2004, de 13 de fevereiro de 2004. (2004). *Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Recuperado em 20 de setembro, 2017, de www.saude.gov.br/sgtes

Brasil. Lei, nº 11.129, 30 de junho de 2005. (2005). *Institui o programa Nacional de inclusão de jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional da Juventude; altera as leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Recuperado em 05 de outubro, 2016, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (2006). *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília, DF. Série B. Textos Básicos de Saúde. Recuperado em 10 setembro, 2015, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf

Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.077, 12 de novembro de 2009. (2009). *Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde*. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Recuperado em 12 setembro, 2016, de <http://www.redeunida.org.br/noticia/portaria-interministerial-no1077-de-12-de-novembro-de-2009>

Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 1.320, 11 de novembro de 2010. (2010). *Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS*. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Recuperado em 12 setembro, 2016, de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=7345-portaria-interministerial-1320&Itemid=30192

- Brasil. Ministério da Saúde. (2010a). *Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Organização de Fajardo, A.P., Rocha, C.M.F., Pasini, V.L. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. (2010b). Formação e intervenção. Brasília, DF. Série B. Textos Básicos de Saúde; *Caderno Humaniza SUS, 1*, 242.
- Brasil. Ministério da Educação. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde nº 2, de 13 de abril de 2012. (2012). *Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde*. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Recuperado em 24 de maio, 2016, de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192
- Brasil. Ministério da Educação. Resolução Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde de nº1, de julho de 2015. (2015). Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Recuperado em 24 de maio, 2016, de <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/servlet/INPDFViewer?jornal=1&pagina=16&data=22/07/2015&captchafield=firistAccess>
- Bueno, R. K., & Monteiro, M. A. (2011). Prática do psicólogo no contexto interdisciplinar da equoterapia. *Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI*, 7(13), 172-178. Recuperado em 25 de outubro, 2017, de http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_013/artigos/artigos_vivencias_13/n13_19.pdf
- Callegari Silva, J., Contim, D., Ohl, R. I. B., Chavaglia, S. R. R., & Amaral, E. M. S. (2015). Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(2).
- Campos, G. W. D. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230.
- Campos, G. W. D. S., & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de saúde pública*. Recuperado em 10 de outubro, 2017, de http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Apoio_matricial_e_equipe_de_refer%C3%Aancia_uma_metodologia_para_gest%C3%A3o_do_trabalho_interdisciplinar_em_sa%C3%BAde.pdf
- Ceccim, R. B., & Armani, T. B. (2001). Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. *Divulgação Saúde Debate*, (23), 30-56.
- Ceccim, R. B. (2009). Ligar gente, lançar sentido: onda branca da guerra - a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. *Interfaces: comunicação saúde educação*, 13(28), 213-237.

- Coelho, L. C. A. (2013). *Educação interprofissional na formação superior em saúde: análise do Programa Educação pelo Trabalho – PET-Saúde/Saúde da Família*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Ceará, Sobral, CE
- Costa, R. P. (2007). Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental*, 5(8), 107-124.
- D'amour, D., & Oandasan, I. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of interprofessional care*, 19(sup1), 8-20.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J. F., San Martín-Rodriguez, L., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC health services research*, 8(1), 188. Recuperado em 20 de setembro, 2017, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2563002/>
- Dallegrave, D., & Silva, Q. T. A. D. (2006). Residência Integrada em Saúde:(trans) formação (inter) disciplinar. *Monografia (Curso de Residência Integrada em Saúde)*. Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre.
- Dallegrave, D. (2008). *No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. Recuperado em 12 de agosto, 2016, de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13065/000637637.pdf?sequence=1>
- Dimenstein, M., & Macedo, J.P. (2012). Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32, 232-245. Recuperado em 05 de outubro, 2016, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000500017>
- Etges, N. J. (1995). Ciência, Interdisciplinaridades e Educação. In: Jantsch, A. P., & Bianchetti, L.(Orgs.). *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. Petrópolis: Editora Vozes, 3, 51-84.
- Feliciano, A.B. et al. (2013). A Residência em Saúde da Família e a Comunidade da UFSCAR: desafio do conhecimento para a formação do trabalhador para o SUS. In: Silva, G.T.R. (Org.). *Residência Multiprofissional em Saúde: vivências e cenários da formação*. (1ª edição, Cap 6, pp. 83-108). São Paulo: Martinari Tadeu Reis da Silva, CAP 6, 2013, p. 99-100).
- Ferraz, L., Vendruscolo, C., & Marmett, S. (2014). Educação Permanente na Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. *Revista Baiana de Enfermagem*, 28(2), 196-207.
- Feuerwerker, L. C. M. (1998). Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2(3), 52-72. Recuperado em 05 de outubro, 2016, de <http://lct-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/EDUCACAOMEDICAEFORMACAO.pdf>
- Flick, U. (2009). Introdução à pesquisa qualitativa (3a ed., J. E. Costa, Trad.). São Paulo: *Artmed*. (Obra original publicada em 1995).

- Fórum Nacional de Residências em Saúde [FNRS]. (2015, 30 de outubro). V ENRS - Encontro Nacional de Residências em Saúde [Carta do Fórum]. Recuperado em 05 de outubro, 2016, de http://venrs.fepese.org.br/Carta_de_Florianopolis_30_out_2015.pdf
- Fórum Nacional de Residências em Saúde [FNRS]. (2016, 08 de julho). V ENRS - Encontro Nacional de Residências em Saúde [Carta do Fórum]. Recuperado em 05 de outubro, 2016, de http://portal.cfmv.gov.br/uploads/files/Carta_VI_ENRS_Curitiba_final.pdf
- Franco, G. P., Barros, A. L. B. L. D., Nogueira-Martins, L. A., & Zeitoun, S. S. (2011). Burnout in nursing residents. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 12-18. Recuperado em 12 de setembro, 2017, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100002
- Furtado, J. P. (2009). Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1(1), 1-11. Recuperado em 05 de outubro, 2016, de <http://stat.ijkem.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1013/1136>
- Gelbcke, F. L. L., Matos, E. M., & Sallum, N. C. (2012). Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(4), 31-39.
- Gomes, R., & Deslandes, S.F. (1994). Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2(2), 103-114.
- Gontijo, L.P.T. (2015, sem data). 4º Fórum do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde – Multiprofissional e Uniprofissional [Apresentação dos Fóruns online]. Recuperado em 05 de outubro, 2016, de <http://www.frm.famed.ufu.br/apresentacao>
- Goulart, C. T., da Silva, R. M., Bolzan, M. E.D.O., & Guido, L.D.A. (2012). Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública. *Northeast Network Nursing Journal*, 13(1). Recuperado em 10 de agosto, 2017, de <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/29/25>
- Gubert, E., & do Prado, M. L. (2011). Desafios na prática pedagógica na educação profissional em enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 13(2), 285-95.
- Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 22(2), 201-210.
- Haddad, A. E., Morita, M. C., Pierantoni, C. R., Brenelli, S. L., Passarella, T., & Campos, F. E. (2010). Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Revista de Saúde Pública*.
- Iamamoto, M. V. (2002). Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. *Atribuições privativas do (a) assistente social em questão*.
- Iribarry, I. N. (2003). Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicologia: reflexão e crítica*, 16(3), 483-490. Recuperado em 05 de outubro, 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n3/v16n3a07>

- Japiassu, H. (1976). *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Imago Editora.
- Jesus, E.D.S., Marques, L.R., Assis, L.C.F., Alves, T.B., Freitas, G.F.D., & Oguisso, T. (2010). Preconceito na enfermagem: percepção de enfermeiros formados em diferentes décadas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1). Recuperado em 10 de agosto, 2017, de <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a24v44n1.pdf>
- Lessa, G. M. (2000). Residência multiprofissional como experiência de atuação interdisciplinar na assistência à saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53(SPE), 107-110.
- Luz, M.T. (2009). Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas-análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*, 18(2), 304-311.
- Matos E, Pires D.E.P, & Campos G.W.S. (2009) Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. *Revista brasileira Enfermagem*, 62(6), 863-69.
- Mendes, J.M.R., Lewgoy, A.M.B., & Silveira, E.C. (2008). Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. *Ciência & Saúde*, 1(1), 24-32.
- Minayo-Gomes, C. Thedim-Costa (1997) A Construção do Campo da Saúde do Trabalhador: Percursos e Dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(2).
- Minayo, M.C.S. (2010a). Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. *Revista Emancipação*, 10(2), 435-442. Recuperado em 10 setembro, 2016, de <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao>
- Minayo, M.C.S. (2010b) O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: *Hucitec*.
- Morin, E. (2012). Introdução ao pensamento complexo. 5. ed. *Lisboa: Instituto Piaget*.
- Moscovici, F. (1994). Equipes dão certo. *Rio de Janeiro: Editora José Olímpio*.
- Mozzato, A. R., & Grzybovski, D. (2011). Análise de conteúdo como técnica de análise de dados qualitativos no campo da administração: potencial e desafios. *Revista de Administração Contemporânea*, 15(4), 731-747. Recuperado em 05 de outubro, 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/rac/v15n4/a10v15n4>
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human resources for Health*, 11(1), 1.
- Neto M.V.M., Leonello V.M., & Oliveira M.A.D.C. (2015). Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 68(4), 586-593. Recuperado em 20 de setembro, 2016, de http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n4/en_0034-7167-reben-68-04-0586.pdf

- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional care*, 19(sup1), 21-38
- Pasini, V. L. (2010). *Residência multiprofissional em saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS*. (Tese de Doutorado em Psicologia). Pontífica Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS. Recuperado em 24 de outubro, 2016, de <http://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/4833/1/000425610-Texto%2bCompleto-0.pdf>
- Peduzzi, M. (2007). *Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população*. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.
- Peduzzi, M., Norman, I. J., Germani, A. C. C. G., da Silva, J. A. M., & de Souza, G. C. (2013). Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(4), 977-983. Recuperado em 24 de outubro, 2016, de <http://dx.doi.org/10.1590/reeusp.v47i4.78051>
- Peduzzi, M. (2016). The SUS is interprofessional. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), 199-201.
- Pinho, M.C.G de (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciências & Cognição*, 8, 68-87.
- Rossit, R., Batista, S. H., & Alves Batista, N. (2014). Formação para a integralidade no cuidado: potencialidades de um projeto interprofissional/Training for integrality in Health Care Careers: Potential for an Interprofessional Project. *Revista internacional de humanidades médicas*, 3(1), 55-64. Recuperado em 30 de setembro, 2017, de http://www2.unifesp.br/centros/cehfi/documentos/revista_hum_med_vol3_num1_2014.pdf
- Santos, M. A. M., & Cutolo, L. R. A. (2004). A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no programa saúde da família. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 33(3), 31-40. Recuperado em 20 de março, 2016, de <http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/182.pdf>
- Santos, C. M. F. D. (2008). *Dinâmica do Prazer-Sofrimento na Organização do Trabalho da Enfermeira*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA. Recuperado em 20 de setembro, 2016, de <https://pgenf.ufba.br/sites/pgenf.ufba.br/files/CRISTIANE%20MAGALI%20FREITAS%20DOS%20SANTOS.pdf>
- Saupe, R. et al. (2005). Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface – Comunicação Saúde Educação*, 9(18) 521-536.

- Scherer, M. D., Pires, D., & Schwartz, Y. (2009). Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 43(4), 721-725.
- Scherer, M.D.A., & Pires, D. (2011). Interdisciplinaridade: Processo de conhecimento e ação. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 5(1), 69-84. Recuperado em 15 fevereiro, 2016, de <http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/919/929>
- Scherer, M.D.A., & Jean, R. e Pires, D. (2013). A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(11), 3203- 3212.
- Shikasho, L. (2013). *Os programas de residência e a integralidade da atenção: um estudo sobre a micropolítica do trabalho e da formação em saúde*. (Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, MG.
- Silva, A. L. D. (2005). Reflexões sobre perspectivas da pós-graduação. *Acta Cirurgica Brasileira*, 20(6), 411-413.
- Silva, J. L. C. (2013). Das concepções disciplinares na Ciência da Informação e/ou de suas configurações epistemológicas: o desiderato percebido da interdisciplinaridade. *Investigación bibliotecológica*, 27(59), 67-92. Recuperado em 05 de outubro, 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-358X2013000100004&lng=es&tlng=pt
- Soares, G. M. M. (2015). *Colaboração e educação interprofissional na pós-graduação em saúde: estudo de caso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família*. (Dissertação de Mestrado). Univerisdade Federal do Ceará, Fortaleza, CE.
- Souza, D. R. P. D., & Souza, M. B. B. D. (2009). Interdisciplinaridade: identificando concepções e limites para a sua prática em um serviço de saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(1), 117-123. Recuperado em 24 de outubro, 2016, de <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a15.htm>
- Thompson, J. B. (1995). *Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Petrópolis: Vozes, 288, 1928-1940.
- Toledo, D. A. C., & Guerra, A. C. (2009). Um estudo sobre o prazer no trabalho: pensando dimensões de análise. *Encontro da Associação de Pós-Graduação e Pesquisa em Gestão*, 33. São Paulo, SP.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde pública*, 39(3), 507-14.
- Uebel, A. C., Rocha, C. M., & Mello, V. R. C. (2003). Resgate da Memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM). *Bol. Saúde*, 17(1), 117-123.
- Vasconcelos, C. M. D. & Pasche, D. F. (2006) O Sistema Único De Saúde. In: Campos, G. W. S. et al. (orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de janeiro: Ed. Fiocruz.

Vosgerau, D. S. R., & Romanowski, J. P. (2014). Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Revista Diálogo Educacional*, 14(41), 165-189. Recuperado em 05 de outubro, 2017, de doi: 10.7213/dialogo.educ.14.041.DS08 World Health Organization [WHO]. (2010). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. *Geneva: World Health Organization*.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF

36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Percepção de Residentes Multiprofissionais acerca da Interdisciplinaridade”**. Nesta pesquisa pretendemos investigar a percepção de residentes multiprofissionais a respeito da prática interdisciplinar desenvolvida nos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde. O motivo que nos leva a estudar o tema é a originalidade do mesmo no contexto das Residências Multiprofissionais em Saúde e pela possibilidade de que, ao problematizar a prática interdisciplinar, possa contribuir para o desenvolvimento de práticas profissionais contextualizadas à realidade da comunidade e conseqüentemente, mais efetiva à área da saúde.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr (a) participará de uma atividade de entrevista individual, de modo presencial, em condições que garantam o seu sigilo e a tranquilidade para que o procedimento seja realizado. Com a permissão do Sr (a), as entrevistas serão gravadas para a transcrição real das respostas. Os riscos envolvidos na pesquisa consiste em riscos mínimos, e restringe-se ao sigilo a identificação e as informações referentes ao participante, no entanto todos os cuidados serão tomados para preservar a sua identidade. A pesquisa mostra-se benéfica devido à escuta cuidadosa e sem julgamento do entrevistador frente à sua percepção do programa em que está inserido, podendo contribuir para a divulgação dos resultados obtidos às instituições parceiras, bem como outras instituições, podendo gerar reflexão sobre como a formação profissional está sendo estabelecida, além de propor melhorias e avanços na atividade prática dos programas de residência multiprofissional buscando atender mais adequadamente às demandas do cuidado integral ao usuário, princípio norteador do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a

participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“Percepção de Residentes Multiprofissionais acerca da Interdisciplinaridade”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2016.

Nome	Assinatura participante	Data
------	-------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador responsável	Data
------	------------------------------------	------

Nome	Assinatura pesquisador participante	Data
------	-------------------------------------	------

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF

Campus Universitário da UFJF

Pró-Reitoria de Pesquisa

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Ana Paula de Sousa Silva Baquião

Departamento de Psicologia - Campus Universitário da UFJF

CEP: 36025-290

Fone: (35) 9 9910-7733

E-mail: anapaulasousa.psico@gmail.com

APÊNDICE 2 – QUESTIONÁRIO SÓCIODEMOGRÁFICO, ACADÊMICO E PROFISSIONAL

Nº de identificação do questionário: _____

Telefone e e-mail de contato: _____

Data de aplicação: ____/____/____

Os dados abaixo são objetivos, serão mantidos em sigilo e não é necessária a identificação. Por favor, responda da melhor forma que puder.

Data de nascimento: ____/____/____ **Tempo de residência:** _____ meses

Gênero: _____ **Cor da Pele:** branca parda negra amarela

Estado civil: Solteiro(a) Divorciado(a)/separado(a)
 Casado(a) Viúvo(a)
 União Estável Outro

Mora: Com familiares Sozinho Com amigos Outro: _____

Religião:

Católica Espírita Evangélica
 Testemunha de Jeová Umbanda Judaísmo
 Ateu/ateia Nenhuma Outra: _____

Natureza da Instituição de Graduação: Pública Privada

Nome da Instituição Formadora: _____

Tempo de Formado: _____

Instituição vinculada à Residência: UFJF UFU

Nome do Programa de Residência: _____

Área de Concentração: _____

Especialidade:

Enfermagem Fisioterapia Psicologia Serviço Social

APÊNDICE 3 – ENTREVISTA

As perguntas a seguir são sobre a interdisciplinaridade nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Por favor, responda da melhor forma que puder.

1. Conte-me como é a rotina das atividades práticas e teóricas do Programa de Residência que faz parte?
2. Em seu ponto de vista o que caracteriza um trabalho em equipe?
3. De acordo com a sua percepção qual a diferença entre a atuação disciplinar, multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar?
4. Em qual lugar ou contexto você ouviu falar pela primeira vez sobre a interdisciplinaridade?
5. Você já ouviu falar em colaboração interprofissional? () SIM () NÃO
 - 5.a) Se sim. Qual sua compreensão sobre a colaboração interprofissional?
 - 5.b) Se não. O que imagina que seja a colaboração interprofissional?
6. Você considera que o Programa de Residência Multiprofissional que pertence possibilita uma atuação interdisciplinar? Justifique sua resposta.
() SIM () NÃO () EM PARTES
7. Quais fatores você elencaria que dificultaram ou limitaram a efetivação da interdisciplinaridade no Programa de Residência Multiprofissional que está inserido?
8. Dê sua opinião sobre a ausência do profissional de medicina na equipe do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde?
9. Você considera que sua inserção na residência atendeu as suas expectativas de atuação em um trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar? Justifique sua resposta.
() SIM () NÃO () EM PARTES
10. Você gostaria de acrescentar alguma informação que não lhe foi perguntada ou manifestar alguma sugestão de modificação deste instrumento para futuras pesquisas?