

Educação Interprofissional e Prática Colaborativa: percepções de preceptores do internato médico em uma capital da Amazônia brasileira

Interprofessional Education and Collaborative Practice: perceptions of medical internship preceptors in a capital of the Brazilian Amazon

Arlindo Gonzaga Branco Junior¹, Katia Fernanda Alves Moreira², Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes³, Edson dos Santos Faraias⁴, Cleson Oliveira de Moura⁵

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: julho de 2021 – Aceito: novembro de 2021

RESUMO

Educação Interprofissional e Prática Interprofissional Colaborativa são temas emergentes, constituindo-se em componentes fundamentais de formação profissional e de atenção à saúde. Este trabalho teve como objetivo analisar as características de prontidão para o trabalho interprofissional bem como o uso da prática colaborativa dos preceptores do internato médico de Porto Velho, Rondônia. Trata-se de um estudo transversal, realizado a partir do questionário *The Readiness for Interprofessional Learning Scale*, traduzido e validado para o Brasil em 2015, aplicado a 30 profissionais de saúde, entre médicos e enfermeiros, preceptores do internato médico em Atenção Primária à Saúde. Entre os resultados, observou-se que, no domínio “identidade profissional” – que se refere à autonomia profissional e aos objetivos clínicos de cada profissão –, os profissionais avaliados estão nas zonas de alerta e de perigo, sendo as médias apuradas de $3,7483 \pm 0,96896$ para médicos e de $3,5873 \pm 1,09561$ para enfermeiros. Faz-se necessário, então, investir na qualificação de profissionais voltada aos temas “trabalho em equipe” e “trabalho colaborativo”, com ênfase no domínio “identidade profissional”.

Palavras-chave: Relações Interprofissionais. Preceptoría. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Interprofessional Education and Collaborative Interprofessional Practice are emerging themes, constituting fundamental components of professional training and health care, particularly in addressing the various morbidities for good user assistance. The objective was to analyze the characteristics of readiness for interprofessional work as well as the use of collaborative practice by preceptors of the medical internship in Porto Velho, Rondônia. This was a cross-sectional study based on The Readiness for Interprofessional Learning Scale questionnaire, which was translated and validated for Brazil in 2015 and was applied to 30 health professionals, including physicians and nurses, who are preceptors of medical internships in primary care and public health. Among the results, it was observed that, in the domain of professional identity, which refers to the professional autonomy and clinical objectives of each profession, both professions were evaluated as belonging to the alert and danger zone, with an average of 3.7483 ± 0.96896 for doctors and 3.5873 ± 1.09561 for nurses. It is, therefore, necessary to invest in the qualification of professionals focused on the theme of teamwork and collaboration, with an emphasis on the professional identity domain.

Keywords: Interprofessional Relations. Preceptorship. Primary Health Care.

¹ Universidade Federal de Rondônia (UNIR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4821-8677>. E-mail: gonzaga.arlindo@gmail.com

² Universidade Federal de Rondônia (UNIR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1460-0803>

³ Universidade Federal de Rondônia (UNIR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7238-5999>

⁴ Universidade Federal de Rondônia (UNIR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5031-4441>

⁵ Universidade Federal de Rondônia (UNIR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8122-8231>

INTRODUÇÃO

A Educação Interprofissional (EIP) e a Prática Interprofissional Colaborativa (PIC) são temas em ascensão no campo da saúde global, em que a equipe se tornou uma parte fundamental e de grande importância da reforma do modelo de formação profissional e de atenção à saúde, particularmente no atendimento às diversas morbidades, para uma boa assistência ao usuário. As evidências mostram que a educação interprofissional e a prática colaborativa na área de saúde têm um impacto positivo na melhoria dos resultados dos pacientes ^{1,2}, pois “preenchem uma lacuna significativa com experiências bem-sucedidas nos países que as adotaram e se apresentam como ferramentas importantes na consolidação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde” (SUS)¹ e na melhoria na qualidade do cuidado³.

A história da EIP mostra que é uma estratégia que pode melhorar a qualidade da assistência à saúde por meio do trabalho em equipe e de práticas colaborativas, estabelecendo vínculos profissionais e subsídios para a ampliação da assistência à saúde.⁴

A EIP tem como objetivo proporcionar uma melhor qualidade na assistência à saúde ao favorecer e desenvolver competências para a prática de tarefas coletivas.⁴ A Organização Mundial da Saúde¹ (OMS) reconhece que muitos sistemas de saúde no mundo estão fragmentados e têm dificuldades em apresentar respostas eficazes diante das necessidades de saúde não atendidas, como é o caso do Brasil. A força de trabalho atual e futura da saúde enfrenta o desafio de questões de saúde cada vez mais complexas¹.

A atenção à saúde vem sofrendo transformações, substituindo o foco na doença pela abordagem centrada na pessoa, que promove melhoria no acesso dos usuários e cuidados colaborativos de alta qualidade, especialmente na atenção primária à saúde baseada na comunidade⁵.

Baseado no supracitado, a atenção primária deve ser a porta de entrada preferencial do SUS, fornecendo cuidados de saúde generalizados ao longo da vida, desde a infância até a velhice, pois as evidências sugerem que a colaboração interprofissional aumenta a eficácia da APS no atendimento às necessidades de saúde da população⁶.

A relevância deste estudo fundamenta-se na exploração de temas referentes à APS pouco pesquisados em nosso estado. E, por ter escolas de saúde com poucos anos de existência, Rondônia torna-se um grande laboratório sobre essa temática para a academia e para o serviço.

A observação da realidade no município de Porto Velho demonstra fragmentação da atenção em saúde e o direcionamento para a doença bem como uma formação profissional com foco uniprofissional, com vistas à atenção especializada.

Embora o discurso atual se refira à reestruturação de um modelo com vistas à integralidade, o

modelo biomédico ainda está profundamente enraizado na estrutura dos diferentes níveis de atenção, e essas posturas, relações e condutas vinculam o processo de formação à ação tradicional, puramente técnica e curativa.

A alteração de uma prática educacional secular de predomínio do conhecimento e de relação de poder inquestionável no processo ensino-aprendizagem para um formato de educação interprofissional e de práticas colaborativas traz uma perspectiva de construção do conhecimento de forma criativa e reflexiva, o que vem ocorrendo, tímida e paulatinamente. Nesse contexto, as residências multiprofissionais em saúde da família e medicina de família e comunidade se colocam como espaços extremamente propícios à mudança dessa realidade.

Baseado no exposto acima, o objetivo do estudo foi analisar as características de prontidão para o trabalho interprofissional bem como o uso da prática colaborativa dos preceptores do internato médico de Porto Velho, Rondônia.

MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho é resultado de um estudo de delineamento transversal com 30 preceptores do Internato Médico que atuavam na atenção básica de Porto Velho, RO, em 2020. Para obtenção dos dados, foi utilizado um questionário com questões fechadas que intentou avaliar a disponibilidade para a educação interdisciplinar e a prática colaborativa. O questionário escolhido foi o “*Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)*” ou Escala de Medida da Disponibilidade para Aprendizagem Interprofissional, uma vez que esse é um questionário já traduzido e validado na língua portuguesa e já aplicado no contexto da APS⁷.

Os resultados dos fatores “Trabalho em equipe e colaboração” e “Atenção centrada no paciente”, com exceção da pergunta 11 do fator 1 (“Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes de meu próprio curso”), foram interpretados da seguinte forma: Zona de conforto (escores médios das respostas dos itens de 3,67 até 5,00), Zona de alerta (2,34 até 3,66), Zona de perigo (1,00 até 2,33). Por outro lado, os resultados do fator “Identidade profissional” que se referem à autonomia profissional e aos objetivos clínicos de cada profissão, além da pergunta 11 do fator 1, foram interpretados de maneira invertida: Zona de conforto (1,00 até 2,33), Zona de alerta (2,34 até 3,66), Zona de perigo (3,67 até 5,00)⁸.

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

A composição da amostra ocorreu de forma não probabilística por conveniência e foi baseada na escolha das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e dos profissionais de saúde que atuavam como preceptores do internato médico dos cursos de graduação de Medicina do Município de Porto Velho, RO. Foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

1. Unidades Básicas de Saúde com a ESF como única estratégia de atuação vigente há pelo menos dois anos.
2. Médicos e enfermeiros que atuassem na ESF em equipes completas de acordo com o preconizado pelo PNAB/MS⁹, isto é, compostas por médico, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde e/ou agente de endemias.
3. Enfermeiros e Médicos que atuassem nas equipes pelo menos há seis meses.

Quadro 1 – Classificação para a interpretação dos intervalos lineares das médias das pontuações da escala de LIKERT do questionário RIPLS, segundo Rodrigues⁸

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

Fonte: Rodrigues⁸

Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que estavam de licença prêmio ou atestado médico e os que não completaram a entrevista. Para a caracterização dos profissionais de saúde, foi utilizado um formulário estruturado, com as seguintes informações: idade, sexo, formação, curso de especialização ou aprimoramento em atenção primária e tempo na equipe. A entrada de dados foi feita no programa Excel[®], sendo, posteriormente, transferidos para o pacote estatístico IBM SPSS[®], versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, Estados Unidos). Para a análise do Perfil dos preceptores entrevistados, foram realizadas as frequências

absolutas e relativas (%). Para a análise de medida de tendência central e dispersão, foram utilizados os escores de médias e desvio padrão para avaliar o trabalho em equipe de preceptores médicos e enfermeiros entrevistados.

O presente estudo é vinculado ao projeto matriz “Educação interprofissional e prática colaborativa entre profissionais da Atenção Primária à Saúde em Rondônia”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), sob o parecer n. 3.605.943. O Projeto matriz foi financiado na CHAMADA 001/2018 - PPSUS - 2015/Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde.

RESULTADOS

Foram incluídos na presente pesquisa 30 preceptores do Internato Médico que atuavam na atenção básica de Porto Velho, com idade média de $34,7 \pm 10,612$, sendo a idade mínima de 23 anos e a máxima de 67 anos. Desses profissionais, 23,3% são do sexo masculino e 76,7% do sexo feminino. Quando falamos de tempo de formação dos entrevistados, observamos que 16,7% formaram-se no ano de 2018 (5 profissionais), 10% em 2009 e 10% em 2010 (três profissionais em cada ano). Podemos observar outras características na tabela 1.

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

	N	%
Formação		
Pública	3	10,0
Privada	27	90,0
Total	30	100,0
Tempo de serviço		
< 1 ano	11	36,7
Entre 1 e 4 anos	8	26,7
Entre 5 e 9 anos	5	16,7
Entre 10 e 15 anos	4	13,3
> 16 anos	2	6,6
Total	30	100,0
Há quanto tempo é preceptor?		
< 1 ano	20	66,7
Entre 1 e 4 anos	6	20,0
Entre 5 e 9 anos	3	10,0
> 10 anos	1	3,30
Total	30	100,0
Curso capacitação para preceptoria?		
Sim	10	33,3
Não	20	66,7
Total	30	100,0

	N	%	(Conclusão)
Sente necessidade de curso para preceptoria?			
Sim	29	96,7	
Não	1	3,3	
Total	30	100,0	
Caso lhe fosse ofertado um curso para preceptores, qual seria a modalidade mais adequada à sua rotina?			
Presencial	3	10,0	
EAD	7	23,3	
Presencial + EAD	20	66,7	
Total	30	100,0	

Legenda: EaD = Educação a distância

Fonte: elaborada pelos autores

Além das características mostradas na Tabela 1, dos preceptores desse estudo, 50% informaram que as atividades de preceptoria estão inclusas na carga horária semanal de trabalho.

Do total de preceptores, 90% disseram estar satisfeitos com o desempenho da Preceptoria com os internos; 56,7% afirmaram que, em sua graduação, foram trabalhadas questões pedagógicas, como modelos educacionais, metodologias ativas e métodos avaliativos; e 60% relataram estar suficientemente preparados (com conhecimentos pertinentes a sua área de atuação na APS) para desempenhar suas atribuições.

Quando perguntados se tinham conhecimentos sobre processos de avaliação da aprendizagem (por exemplo, avaliação por competência), 76,7% disseram sim e 80% dos preceptores informaram ter conhecimentos sobre técnicas de ensino no contexto da prática.

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

As respostas expostas na tabela 2 formam duas categorias: medicina e enfermagem. Os resultados, após análise estatística, estão dispostos abaixo junto à média e ao desvio padrão.

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

Zona de perigo e alarme, respectivamente.

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

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

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

Tabela 2 – Escore médio e desvio padrão referentes ao Trabalho em Equipe de preceptores médicos e enfermeiros entrevistados na Atenção Primária à Saúde em Porto Velho, Rondônia, 2020

		MEDICINA		ENFERMAGEM	
		M	DP	M	DP
Fator 1 – Trabalho em Equipe					
1	A aprendizagem junto com outros profissionais ajudou a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde.	4,8095	0,67964	4,2222	1,64148
2	Em última análise os pacientes seriam beneficiados se profissionais da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes.	4,7619	0,70034	4,8889	0,33333
3	Aprendizagem compartilhada com outros profissionais da área da saúde aumentou minha capacidade de compreender problemas clínicos.	4,6190	0,74001	4,7778	0,44096
4	A aprendizagem junto com outros profissionais da área da saúde durante a graduação melhora os relacionamentos após a graduação.	4,7143	0,46291	4,3333	1,32288
5	Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros profissionais da área da saúde.	4,6190	0,58959	4,4444	0,52705
6	A aprendizagem compartilhada me ajudou a pensar positivamente sobre outros profissionais.	4,5714	0,50709	4,5556	0,72648

(Continuação)

		MEDICINA		ENFERMAGEM	
Fator 1 – Trabalho em Equipe		M	DP	M	DP
7	Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os profissionais precisam confiar e respeitar uns aos outros.	4,9048	0,30079	4,8889	0,33333
8	Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os profissionais da área da saúde.	4,5714	0,81064	4,6667	0,50000
9	A aprendizagem compartilhada me ajudou a compreender minhas próprias limitações.	4,5238	0,81358	4,4444	0,72648
11*	Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com profissionais do meu próprio curso.	4,0952	0,99523	4,2222	0,97183
12	A aprendizagem compartilhada com profissionais de outras profissões da saúde ajudou a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais.	4,2857*	0,78376	4,5556*	0,72648
13	Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com profissionais de outras profissões da saúde.	4,3333	0,65828	4,2222	0,66667
14	A aprendizagem compartilhada ajudou a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.	4,2857	0,78376	4,4444	0,52705
15	A aprendizagem compartilhada durante a graduação contribuiu para tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe.	4,3810	0,86465	4,2222	1,30171
	Média geral	4,5340	0,69216	4,4921	0,76755
Fator 2 – Identidade Profissional					
10*	Considerando minha graduação, não desperdiçaria meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.	4,4286*	0,59761	4,6667	0,50000
16*	A função dos demais profissionais da saúde é principalmente de apoio aos médicos.	4,2857*	0,64365	3,7778	1,39443
17*	Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que profissionais de outras profissões da saúde.	3,7143*	0,95618	3,5556*	1,13039
18*	Eu me sentiria desconfortável se outros profissionais da área da saúde soubessem mais sobre um tópico do que eu.	3,6667*	1,19722	4,0000	0,86603

(Conclusão)

		MEDICINA		ENFERMAGEM	
19*	Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional.	3,0000*	1,22474	2,8889	1,16667
20*	Chegar a um diagnóstico é a principal função do meu papel profissional.	3,7143	0,95618	3,4444	1,13039
21*	Minha principal responsabilidade como profissional é tratar meu paciente.	3,4286	1,20712	2,7778	1,48137
	Média	3,7483	0,96896	3,5873	1,09561
Fator 3 – Atenção Centrada na Pessoa					
22	Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente.	4,5238	0,51177	4,5556	0,52705
23	Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim.	4,7619	0,43644	5,0000	0,00000
24	Procuro transmitir compaixão aos meus pacientes.	4,5714	0,59761	4,5556	0,72648
25	Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto.	4,8095	0,40237	4,8889	0,33333
26	Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes.	4,7143	0,46291	4,7778	0,44096
	Média	4,6762	0,48222	4,7556	0,40556

* O Fator 1, com exceção da pergunta 11, e fator 2 foram interpretados segundo Rodrigues⁸: Zona de alerta (2,34 até 3,66), Zona de perigo (1,00 até 2,33). A pergunta 11 do fator 1 e as perguntas do fator 2 foram interpretados de maneira invertida: Zona de conforto (1,00 até 2,33), Zona de alerta (2,34 até 3,66), Zona de perigo (3,67 até 5,00)
 Legenda: M = Média das respostas; DP: Desvio Padrão.

Fonte: elaborada pelos autores

DISCUSSÃO

A Idade média dos participantes desta pesquisa foi de 34,7 anos (variando entre 23 e 67 anos), o que difere em 10 anos da média em Aguiar¹⁰ (43,71 anos) na pesquisa realizada em uma residência multiprofissional.

No que se refere ao gênero, na presente pesquisa há predominância de mulheres, o que vem ao encontro dos achados de Amado¹¹, que teve um total de 67,4% de participantes do sexo feminino na

pesquisa realizada em terapia intensiva, e de Aguiar¹⁰, que teve um público feminino de 94,1% em seu trabalho, caracterizando o processo histórico de feminização do trabalho em saúde¹², particularmente na APS.

Também é importante ressaltar que estudos comprovam que o gênero feminino apresenta atitude e prontidão mais positivas do que o gênero masculino em relação às práticas colaborativas. Isso significa que o gênero feminino tem uma atitude mais positiva e prontidão em relação ao trabalho em equipe e à colaboração do que o gênero masculino¹³

Em relação ao tempo de atuação na preceptoria, quando comparado a Aguiar¹⁰, não há discrepância entre os trabalhos. Na presente pesquisa, 64,4% dos entrevistados atuavam no local por quatro anos e, em Aguiar¹⁰, a média do tempo foi de $3,06 \pm 0,92$ anos, não havendo nenhum profissional com mais de cinco anos de experiência, demonstrando que os participantes deste estudo não tinham muito tempo de experiência na preceptoria.

Arruda et al.¹⁴ informam que os preceptores da sua pesquisa assumiam a liderança da equipe e dos residentes em determinados momentos, mas, normalmente, eles assumiram mais uma postura de supervisão normativa. Os mesmos autores destacam que se faz necessário aperfeiçoar o papel de liderança do preceptor, podendo este ser um objetivo de educação permanente.

Para Peduzzi et al.,¹⁵ o trabalho em equipe é necessário e constitui um dos componentes estratégicos para responder às necessidades de saúde cada vez mais complexas, requerendo uma abordagem mais ampla e contextual bem como a organização dos serviços e sistemas de saúde em rede.

Ao analisarmos o eixo “Trabalho em Equipe” na escala respondida pelos preceptores em Porto Velho, observamos que a média dos domínios dos médicos e enfermeiros encontra-se na Zona de conforto, podendo-se então aprimorar cada vez mais as atitudes desse eixo.

Entretanto, ao verificarmos a assertiva 11 – “Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com profissionais do meu próprio curso” – vemos que está em Zona de perigo. Pode-se inferir que os médicos da APS são mais relutantes em compartilhar condutas terapêuticas com os demais membros da equipe, o que dificulta o trabalho em equipe.

Pensando no processo de formação dos futuros médicos que estão no internato, na escala RIPLS e nos estudos publicados, pode-se dizer que a colaboração entre o médico e o enfermeiro e o trabalho em equipe podem melhorar os resultados de saúde do usuário¹⁶ bem como acelerar os processos formativos colaborativos na APS na perspectiva da PIC. Entretanto, trabalho em equipe interprofissional não ocorre simplesmente pela reunião de diferentes profissionais¹⁷ nas equipes de Saúde da Família (eSF).

Com a complexidade dos problemas de saúde atuais, o trabalho em equipe exige que a liderança seja colaborativa, a qual se constrói na base da confiança e do compartilhamento de poder. Quer dizer,

as relações dos membros da equipe são horizontais e não hierárquicas, com polos de dominação-subordinação, havendo o reconhecimento de que todas as profissões são importantes¹⁸ na produção do cuidado.

Diante disso, os estudantes de graduação da área da saúde, particularmente os médicos, devem ser preparados com competências de liderança que lhes permitam enfrentar os desafios de liderar e de formar ações colaborativas e compartilhadas com outras profissões.

Rodrigues⁸, em um Hospital de Trauma, detectou que, no fator 2 (Identidade profissional), todas as profissões encontram-se na Zona de alerta para atitudes negativas ao aprendizado interprofissional, o que vai ao encontro dos resultados alcançados nesta pesquisa.

Com relação à identidade profissional, sua construção passa necessariamente pelos mecanismos de socialização das profissões, uma vez que é forte a competição, o conjunto dos valores e a cultura das categorias profissionais. Nossos resultados demonstraram que as maiores fragilidades estão localizadas na categoria “médicos”.

A partir da postura majoritariamente discordante dos sujeitos, diante das assertivas que abordam a dimensão IP, depreende-se que os preceptores do internato na APS desconhecem a importância da EIP e da PIC na formação do grupo para o trabalho em equipe. Isso significa que os profissionais apresentam atitudes preocupantes e de perigo quanto às afirmações dessa dimensão o que exige que a equipe reflita e se aprimore por meio de ações de gestão e proponha sugestões de intervenção mais eficazes para abordar a importância do trabalho interprofissional e colaborativo com vistas à atenção integral ao usuário.

Uma forte formação de identidade uniprofissional não é benéfica. Pode-se dizer que profissionais e estudantes de saúde com essa forte identidade profissional podem apresentar menor prontidão para colaboração e aprendizagem interprofissional, pois usarão fortemente a perspectiva de seu próprio grupo profissional no atendimento ao usuário¹⁹.

Isso significa que os preceptores do internato, médicos e enfermeiros, não consideraram importante o *feedback* de outros profissionais sobre seu trabalho.

A produção do cuidado em saúde é satisfatória quando há uma abordagem colaborativa, quer dizer, vários profissionais trabalhando com objetivos e metas comuns, respeito às profissões e cuidado centrado no usuário²⁰. Isso posto, não basta uma categoria profissional se mostrar mais aberta, com prontidão e atitude para as práticas colaborativas. Na perspectiva de propor uma formação interprofissional, esforços são necessários para garantir possibilidades da educação interprofissional em nível de graduação. Além disso, deve haver uma forte integração ensino-serviço para promover educação permanente com os profissionais na perspectiva da colaboração entre as profissões²¹ e cenários de

aprendizagem cujos preceptores tenham formação em preceptoria e contribuam para a criação do trabalho em equipe e a construção da identidade de equipe.

É importante destacar que a AB é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas com equipe multiprofissional e dirigidas à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária⁸.

Tendo-se em vista essas ações, a dimensão Atenção Centrada na Pessoa (ACP) foi a que apresentou melhores escores para a enfermagem e a medicina, pois ambas as profissões se encontram na Zona de conforto. Nessa perspectiva, a equipe tende a trabalhar com foco nas necessidades do usuário, favorecendo o trabalho em equipe, o que é muito positivo.

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

Agreli, Peduzzi e Silva²² relatam que, à “medida que os profissionais centram atenção no usuário e suas necessidades de saúde em todo processo de trabalho, operam, simultaneamente, um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e além de sua própria atuação profissional, que se restringe ao âmbito da profissão e da especialidade”. Esse movimento visa compartilhar práticas com profissionais de outras áreas, podendo ocorrer, assim, a prática colaborativa.

A relação usuário – profissional de saúde é horizontal e com vínculo, pois se sabe que, na atualidade, a maioria das pessoas que vão às UBS é portadora de condições crônicas, cuja terapêutica é a longo prazo. Em uma abordagem centrada na doença, o usuário recebe várias orientações, solicitações de exames, encaminhamentos e prescrições de medicamentos. Muitas vezes, o usuário não entende os procedimentos e as prescrições a serem seguidos, o que muito pouco contribui para sua autonomia e capacidade de cuidar de si. Vale destacar também que o principal saber envolvido nesse processo é o saber clínico, no sentido mais estrito, como saber técnico científico.

CONCLUSÃO

O presente estudo permite observar, através da análise das respostas e assertivas do RIPLIS, que há alteração no eixo Identidade profissional, permanecendo, porém, uma postura mais frequente de

competição e concorrência do que de cooperação e colaboração, relações de confiança, respeito e comunicação eficaz.

Destaca-se no estudo a necessidade de reflexões e intervenções voltadas para toda a equipe, focadas nos eixos de Identidade profissional e de Trabalho em Equipe e Colaboração.

Conclui-se que é necessário que se desenvolvam ações de educação permanente que demonstrem a importância do trabalho em equipe e que tais práticas educacionais apresentem ferramentas que estimulem entre os profissionais as práticas colaborativas.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS; 2010.
2. Christian LW, Hassan EZ, Shure A, Joshi K, Lillie E, Fung K. Evaluating Attitudes Toward Interprofessional Collaboration and Education Among Health Professional Learners. *Medical Science Educator*. 2020 [acesso em 2021 jun. 09]; 30(1): 467–478. <https://doi.org/10.1007/s40670-020-00931-2>
3. Carter BI, Bosworth HB, Green BB. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse, and teamwork in hypertension therapy. *Journal of Clinical Hypertension*. 2012 [acesso em 2021 jun. 10]; 14(1): 51-65. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3257828>
4. Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface*. 2015 [acesso em 2021 jun. 20]; 20(56): 197-8. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>
5. Farmanova E, Kirvan C, Verma J, Mukerji G, Akunov N, Phillips K, et al. Triple Aim in Canada: developing capacity to lead to better health, care and cost, 2016. *International Journal for Quality in Health Care*. 2017 [acesso em 2021 jun. 20]; 28(6): 830–837. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw118>
6. Swanson M, Wong ST, Martin-Misener R, Browne AJ, Samis S. The role of registered nurses in primary care and public health collaboration: A scoping review. *Nursing Open Journal*. , 2020 [acesso em 2021 jun. 22]; 7(4): 1197–1207. <https://doi.org/10.1002/nop2.496>
7. Peduzzi M, Norman I, Coster S, Meireles E. Cross-cultural adaptation of the Readiness for Interprofessional Learning Scale in Brazil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2015 [acesso em 2021 Jun. 20]; 49(SPE2): 7-15. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800002>
8. Rodrigues JRS. Educação interprofissional em um hospital de trauma: perspectivas dos profissionais do NEP em saúde e seus colaboradores. Dissertação [Mestrado profissional em ensino na Saúde] - Universidade federal de Alagoas; 2018.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [portaria na internet]. [acesso em 10 jun. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
10. Aguiar RBPM. Interdisciplinaridade e prática colaborativa na percepção de preceptores de um programa de residência multiprofissional em neurologia e neurocirurgia. Dissertação [Mestrado Profissional em Ensino em Saúde] - Centro Universitário Christus; 2018.

11. Amado E. Educação interprofissional e prática colaborativa em terapia intensiva: perspectiva dos profissionais da saúde. Dissertação [Mestrado Profissional em Ensino na Saúde] – Universidade Federal de Alagoas; 2016.
12. Santos WP. Influência dos programas de reorientação da formação do profissional da saúde no processo de trabalho: perspectiva dos preceptores. Dissertação [Mestrado em Ensino na Saúde] - Universidade Federal de Goiás; 2016
13. Wilhelmsson M, Ponzer S, Dahlgren LO, Timpka T, Faresjö T. Are female students in general and nursing students more ready for teamwork and interprofessional collaboration in healthcare? BMC Medical Education. 2011 [acesso em 2021 jun. 22]; 11(15): 1–10. Disponível em: <https://rdcu.be/cF52g>
- 14 - Arruda GMMS, Barreto ICHC, Ribeiro KG, Frota AC. The development of interprofessional collaboration in different contexts of multidisciplinary residency in Family Health. Interface. 2018 [acesso em 2021 ago. 10]; 22(Supl.1):1309-23. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0859>
- 15 - Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em Equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. Trab educ saúde. 2018 [acesso em 2021 ago. 20]; 18(s1): 1-20. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
- 16 - Khan AI, Barnsley J, Harris JK, Wodchis WP. Examining the extent and factors associated with interprofessional teamwork in primary care settings. Journal of Interprofessional Care. 2021 [acesso em 2021 jul. 21]; 35(2): 1–12. <https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1874896>
- 17 – Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. Journal of Interprofessional Care. 2017 [acesso em 2021 jun. 20]; 32(1): 1–3. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>
- 18 - Lestari E, Scherpbier A, Stalmeijer R. Stimulating Students’ Interprofessional Teamwork Skills Through Community-Based Education: A Mixed Methods Evaluation. J Multidiscip Healthc. 2021 [acesso em 2021 dez. 20]; 13: 1143–1155. <https://doi.org/10.2147/jmdh.s267732>
- 19 - Ambrose-Miller W, Ashcroft R. Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams. Health Soc Work. 2016 [acesso em 2021 jun. 11]; 41(2): 101–109. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw006>
- 20 - Morley L, Cashell A. Collaboration in Health Care. Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences. 2017 [acesso em 2021 ago. 21]; 48(2):207–216. <https://doi.org/10.1016/j.jmir.2017.02.071>
- 21 - Chetty S, Bangalee V, Brysiewicz P. Interprofessional collaborative learning in the workplace: a qualitative study at a non-governmental organisation in Durban, South Africa. BMC Medical Education. 2020 [acesso em 2021 ago. 21]; 20(346): 1–12. <http://doi.org/10.1186/s12909-020-02264-5>
- 22- Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. Interface. 2016 [acesso em 2021 jun. 21]; 20(59):905-16. <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>