

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

VANESSA MORENO BLANCO

**A PRÁTICA COLABORATIVA INTERPROFISSIONAL NA
PERSPECTIVA DE RESIDENTES DA ÁREA DA SAÚDE DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PAULISTA**

**SÃO PAULO
2022**

VANESSA MORENO BLANCO

**A PRÁTICA COLABORATIVA INTERPROFISSIONAL NA
PERSPECTIVA DE RESIDENTES DA ÁREA DA SAÚDE DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PAULISTA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Valéria Marli Leonello

SÃO PAULO

2022

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Catálogo-na-publicação (CIP)
Biblioteca Wanda de Aguiar Horta
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Blanco, Vanessa Moreno

A prática colaborativa interprofissional na perspectiva de residentes da área da saúde de um hospital universitário paulista / Vanessa Moreno Blanco. São Paulo, 2022.

137 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientador(a): Prof.^a Dr.^a Valéria Marli Leonello

Área de concentração: Fundamentos e Práticas de Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde.

1. Equipe de cuidados de saúde. 2. Hospitais universitários. 3. Relações interprofissionais. I. Título

Ficha catalográfica automatizada.

Bibliotecária responsável: Fabiana Gulin Longhi (CRB-8: 7257)

Nome: Vanessa Moreno Blanco

Título: A prática colaborativa interprofissional na perspectiva de residentes da área da saúde de um hospital universitário paulista.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em: ___/___/___

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*À minha mãe Vânia pelo amor,
incentivo e apoio incondicional.*

AGRADECIMENTOS

A **Deus** pela generosidade imensurável em minha vida.

A **minha família** pelo exemplo de que o mundo pode ser melhor.

A minha **avó Lenita** pelo amor, força e estímulo.

A minha **mãe** por não medir esforços para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao **Pablo** pelo amor, companheirismo, compreensão e por tornar meus dias mais felizes.

As minhas **tias Célia e Celi** e minha **prima Isabela** pelo acolhimento e ajuda nas fases difíceis da pesquisa.

As minhas amigas do PPGEEn **Camila, Nathália e Raíssa** pela amizade e maravilhosa parceria acadêmica.

Aos meus **amigos e colegas profissionais da OSS Microrregião Jaçanã Tremembé** por serem minha referência de trabalho interprofissional.

Aos **participantes da pesquisa** pela disponibilidade e gentileza em compartilhar suas experiências nas entrevistas.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)** pela concessão de bolsa por um período.

À **Universidade de São Paulo (USP)** por me fazer sonhar, me receber e me proporcionar tanto aprendizado e desenvolvimento.

À professora Profa. Dra. **Heloíse Agreli** pela inspiração e contribuição nesta pesquisa.

A minha querida orientadora Profa. Dra. **Valéria Marli Leonello** pelo exemplo de ser humano. Obrigada pela confiança, carinho e compartilhamento de sua sabedoria.

***"No final das contas, não são os anos de sua vida que contam.
É a vida em seus anos."***

Abraham Lincoln

APRESENTAÇÃO

O interesse por esse tema de estudo iniciou-se durante meus estágios de graduação em enfermagem quando identifiquei a importância da colaboração entre os profissionais de saúde para a qualidade da assistência.

Após graduada, especializei-me em Saúde Pública e, posteriormente, continuei meus estudos com especializações em Pré-Natal, Estratégia Saúde da Família (ESF) e *Master Business Administration* (MBA) em Serviços de Saúde.

Em minha trajetória profissional, atuei como enfermeira de educação permanente para profissionais da Atenção Primária à Saúde, enfermeira de ESF, analista de educação em saúde para profissionais de Atenção Primária e Secundária à Saúde, docente na graduação de medicina e enfermagem em universidades privadas e neste momento, atuo como enfermeira na área de saúde do trabalhador.

Durante o ano de 2018, iniciei minha participação no grupo de pesquisa Gestão e Educação em Saúde e Enfermagem na Perspectiva Colaborativa Interprofissional do PPGEn e foi por meio das discussões do grupo que me interessei em pesquisar do sobre a Prática Colaborativa Interprofissional (PCI).

Aprimorando as discussões no grupo de pesquisa e associando minha experiência profissional identifiquei a dificuldade de alunos e profissionais de saúde sobre a colaboração entre as diferentes categorias profissionais da saúde.

Após levantamento teórico e conversas com a orientadora deste trabalho, surgiu a motivação de pesquisar sobre a PCI com residentes de saúde, já que estes são profissionais graduados que continuam em formação em serviço.

Blanco VM. A prática colaborativa interprofissional na perspectiva de residentes da área da saúde de um hospital universitário paulista [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem; 2022.

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial de Saúde define a Prática Colaborativa Interprofissional (PCI) como uma das abordagens para o enfrentamento dos desafios e crescente complexidade no cuidado por trazer melhoria na qualidade da atenção. A PCI representa uma alternativa para a fragmentação das ações desenvolvidas pelos profissionais de diferentes áreas, por meio da integralidade do cuidado. A formação profissional passa a requerer processos formativos que permitam desenvolver competências relacionadas à PCI, tais como as pós-graduações *lato sensu*, na modalidade de residência, que se constituem uma formação pelo/com o serviço de saúde. **Objetivos:** Compreender a experiência dos residentes sobre a PCI em um hospital universitário, identificar como e onde as experiências de PCI ocorrem e o sujeitos envolvidos, identificar como ocorre a participação dos usuários e identificar as barreiras e potencialidades para PCI no contexto analisado. **Método:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa. Foram realizadas 14 entrevistas individuais semiestruturadas com base na Técnica do Incidente Crítico com residentes da pós-graduação *lato sensu* nas modalidades Residência Multiprofissional de Saúde e em Área Profissional de Saúde de seis programas de residência que tem como *locus* o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). As entrevistas semiestruturadas foram transcritas e analisadas segundo análise temática de Bardin e os dados empíricos organizados por meio do software *Atlas.ti*. Todos os procedimentos éticos foram realizados e a pesquisa iniciada após autorização do comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e do HU-USP. **Resultados:** As experiências dos residentes constituíram três categorias: o contexto do ambiente hospitalar universitário e a PCI; os sujeitos envolvidos na PCI; e as ações de PCI no hospital universitário. Os resultados apontaram uma experiência limitada dos residentes em relação à PCI devido predominantemente a barreiras institucionais e de formação dos profissionais. Na estrutura enrijecida dos processos de trabalho relatados, destacaram-se as ações informais, e entre os sujeitos, os residentes foram apontados como potencializadores da PCI. **Conclusões:** Apesar das frágeis evidências de PCI, o HU-USP caracteriza-se como cenário favorável para o seu desenvolvimento. A educação interprofissional por meio da educação permanente em saúde e o apoio institucional são chaves para o sucesso da PCI no HU-USP. Por fim, espera-se que esta pesquisa fortaleça a PCI em contextos hospitalares e permita ampliar a reflexão sobre a temática no âmbito de hospitais universitários e mais especificamente, no contexto das residências multi e uniprofissionais.

Palavras-chave: Equipe de cuidados de saúde. Hospitais universitários. Relações interprofissionais.

Blanco VM. Interprofessional collaborative practice in a residents perspective of a paulist teaching hospital [dissertation]. São Paulo: Escola de Enfermagem; 2022.

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization defines Interprofessional Collaborative Practice (ICP) as one of the approaches to face the challenges and growing complexity in care, as it improves the quality of care. ICP represents an alternative to the fragmentation of actions developed by professionals from different areas, by means of comprehensive care. Professional education requires training processes that allow the development of competencies related to ICP, such as lato sensu post-graduate courses, in the modality of residency, which constitute training by/with the health service. **Aims:** To understand the residents experience about ICP in a university hospital, to identify how and where the ICP experiences occur and the subjects involved, to identify how user participation occurs and to identify the barriers and potentialities for ICP in the context analyzed. **Method:** This is a research with a qualitative approach. Fourteen individual semi-structured interviews based on the Critical Incident Technique were carried out with residents of the lato sensu post-graduation in the modalities Multiprofessional Health Residency and in Professional Health Area of six residency programs that have as locus the University Hospital of the University of São Paulo (UH-USP). The semi-structured interviews were transcribed and analyzed according to Bardin's thematic analysis and the empirical data organized using the *Atlas.ti* software. All ethical procedures were performed, and the research started after authorization from the ethics committee on research with human beings of the School of Nursing of the University of São Paulo and UH-USP. **Results:** The residents' experiences constituted three categories: the context of the university hospital environment and ICP; ICP actions in the university hospital; and the subjects involved in ICP. The results pointed to a limited experience of residents in relation to ICP predominantly due to institutional barriers and training of professionals. In the rigid structure of the work processes reported, informal actions stood out, and among the subjects, residents were pointed out as enhancers of ICP. **Conclusions:** Despite the fragile evidence of ICP, the UH-USP is characterized as a favorable scenario for its development. Interprofessional education through continuing education in health and institutional support are key to the success of ICP in UH-USP. Finally, it is expected that this research will strengthen the ICP in hospital settings and allow broadening the reflection on the theme within university hospitals, and more specifically, in the context of multidisciplinary and uniprofessional residencies.

Keywords: Patient Care Team. Hospitals, University. Interprofessional Relations.

LISTA DE SIGLAS

ACP	Atenção Centrada no Paciente
APS	Atenção Primária à Saúde
ATLAS.TI	Software de apoio a análise de dados qualitativos
CIHC	Canadian Interprofessional Health Collaborative
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional
CoCEX-USP	Conselho de Cultura e Extensão Universitária
COMEP	Comissão de Ensino e Pesquisa
COREMU-USP	Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EIP	Educação Interprofissional em Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HU	Hospital Universitário
HU-USP	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
IES	Instituições de Ensino Superior
IPEC	Interprofessional Education Collaborative Expert Panel
MEC	Ministérios da Educação e Cultura
MBA	Master Business Administration
MS	Ministérios da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCI	Prática Colaborativa Interprofissional
PRCTB	Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial
PRESCA	Programa de Residência em Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente
PRESAI	Programa de Residência em Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso
PREO	Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica
PRFCAT	Programa de Residência em Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica
PRMPSCAH	Programa de Residência em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar
PSI	Pronto Socorro Infantil
RAP	Residência em Área Profissional
RAPS	Residência em Área Profissional da Saúde
RMS	Residências Multiprofissionais em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Técnica de Incidente Crítico
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 TEMÁTICA DO ESTUDO.....	14
1.2 CONTEXTO DO ESTUDO.....	19
1.3 RESIDÊNCIAS DE SAÚDE E A PRÁTICA COLABORATIVA INTERPROFISSIONAL: REVISÃO DE LITERATURA	22
2 OBJETIVOS	31
2.1 OBJETIVO GERAL.....	31
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	33
4 METODOLOGIA	38
4.1 DESENHO DE ESTUDO.....	38
4.2 LOCAL DE ESTUDO.....	38
4.3 PARTICIPANTES.....	42
4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS.....	43
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	44
4.6 ANÁLISE DE DADOS.....	45
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
5 RESULTADOS.....	49
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	49
5.2 A EXPERIÊNCIA DOS RESIDENTES SOBRE PCI.....	50
<i>5.2.1 O contexto do ambiente hospitalar universitário e a PCI.....</i>	<i>51</i>
5.2.1.1 Cenário potencializador para a PCI.....	51
5.2.1.2 O modelo biomédico na atenção à saúde.....	54
5.2.1.3 Falta de compreensão sobre a PCI.....	55
5.2.1.4 Escassez de profissionais e sobrecarga de atividades.....	58
5.2.1.5 Necessidade de estrutura organizacional que apoie a PCI.....	60
<i>5.2.2 Os sujeitos envolvidos na PCI no hospital universitário.....</i>	<i>61</i>
5.2.2.1 A PCI entre trabalhadores e residentes.....	61
5.2.2.2 A PCI entre residentes.....	64
5.2.2.3 A participação do usuário e família na PCI.....	69
<i>5.2.3 Ações de PCI no hospital universitário.....</i>	<i>71</i>
5.2.3.1 Comunicações informais e formais.....	71
5.2.3.2 Atendimentos compartilhados.....	74
5.2.3.3 Reuniões.....	77

6 DISCUSSÃO	83
6.1 O CONTEXTO DO AMBIENTE HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO E A PCI	83
6.2 OS SUJEITOS ENVOLVIDOS NA PCI NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	91
6.3 AÇÕES DE PCI NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO.....	97
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	103
8 REFERÊNCIAS.....	107
ANEXOS.....	118
APÊNDICES.....	132

1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

1.1 TEMÁTICA DO ESTUDO

Esta pesquisa tem como objeto de estudo a experiência dos residentes da área da saúde sobre a Prática Colaborativa Interprofissional (PCI) no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

A partir de 1950, o trabalho em equipe de saúde começa a ser praticado em um cenário de mudanças das concepções de saúde e doença e do modo de organização dos serviços de saúde, orientados pela abordagem biopsicossocial do processo saúde-doença e da noção de atenção integral ao usuário (Peduzzi, Ciampone, 2009).

O conceito de saúde foi ampliado e as ações em saúde necessitaram ser expandidas com o propósito de contemplar intervenções capazes de garantir a integralidade da assistência à saúde (Frenk et al., 2010).

Conforme o passar dos anos, os movimentos para a evolução dos sistemas de saúde e os debates sobre a integralidade do cuidado também possibilitaram o avanço das pesquisas e da abordagem em relação ao trabalho em equipe e a prática colaborativa (Peduzzi, Agreli, 2018).

Com isso, nos anos 2000, o trabalho em equipe passa a ser compreendido de maneira correlacionada à prática colaborativa, pois se entende a necessidade das equipes de um mesmo serviço contribuírem entre si. Além disso, é necessário que os profissionais desenvolvam competências adequadas na lógica da PCI (Peduzzi, Agreli, 2018).

O estudo da prática interprofissional passou a ter maior destaque na literatura acadêmica nos últimos 30 anos (Bispo, Rossit, 2017). Orchard, Curran e Kabene (2005) definem a abordagem interprofissional como uma parceria entre uma equipe de profissionais de saúde e um paciente em um processo participativo, colaborativo e coordenado visando à tomada de decisão compartilhada em torno de questões de saúde. Porém, ainda não há um consenso entre os autores para o conceito de interprofissionalidade (Arruda, Moreira, 2018).

Para os pesquisadores da temática, a abordagem interprofissional potencializa a qualidade dos resultados da assistência prestada ao paciente, visto que pode favorecer a adesão das equipes a novos protocolos clínicos e assistenciais, maior satisfação dos usuários, implementação de atualizações nos processos clínicos a

partir da corresponsabilização e tomada de decisão compartilhada, diminuição do índice de erros clínicos e aumento da colaboração entre os profissionais (Silva et al., 2015).

A literatura apresenta o tema sobre trabalhar em conjunto de diversas formas: prática interprofissional, colaboração interprofissional, prática colaborativa interprofissional e o trabalho em equipe: multidisciplinar; interdisciplinar; multiprofissional; interprofissional; transdisciplinar (Xyrichis, Lowton, 2008). Embora os termos guardem diferenças, eles devem ser considerados de forma complementar.

Na multidisciplinaridade, não há nenhuma cooperação entre as disciplinas, consideradas áreas de conhecimento; a interdisciplinaridade se dá quando um grupo de disciplinas conexas são coordenadas por uma delas e a transdisciplinaridade define uma coordenação de todas as disciplinas em conjunto (Iribarry, 2003).

Para Reeves, Xyrichis, Zwarenstein (2017), é preciso considerar a articulação das ações para entender os diferentes conceitos, e classificam seis elementos que afetam o trabalho em equipe: identidade de equipe, clareza de objetivos e papéis, interdependência, integração, responsabilidade compartilhada e tarefas de equipe.

A PCI é recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma estratégia inovadora para a redução da crise mundial na força de trabalho em saúde reduzindo a competição entre profissionais e substituindo o desequilíbrio nas relações de poder no cuidado em saúde, por relações de parceria interprofissional e responsabilidade coletiva. A PCI vai ao encontro dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) com foco na atenção integral à saúde e pode contribuir para melhorar a qualidade e a efetividade da atenção à saúde, o bem-estar e a satisfação aos membros das equipes (Agreli, 2017, Khalili, Hall, DeLuca, 2014; WHO, 2010).

Avaliar a existência da PCI em uma instituição é uma necessidade e um desafio. Ter um parâmetro mensurável de avaliação para que a instituição possa pautar suas decisões estratégicas é fundamental para todos os envolvidos, afinal, a equipe tem a clara visão do que se espera dela, minimizando, com isso, situações de desconhecimento de metas e objetivos a serem alcançados, além de ter a ciência do que precisa ser aprimorado no ambiente de trabalho, visando à efetividade da PCI (Arruda, Moreira, 2018).

Atualmente, a Educação Interprofissional (EIP) é apresentada como dispositivo importante para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, de forma que os futuros profissionais de saúde e os que já estão inseridos na realidade do trabalho

em saúde, desenvolvam a colaboração como competência que assegure a mudança na lógica do modelo de atenção à saúde. Profissionais colaborativos asseguram práticas em saúde integrais por meio do trabalho colaborativo com maior capacidade de respostas aos problemas e às necessidades de saúde (Reeves, 2016).

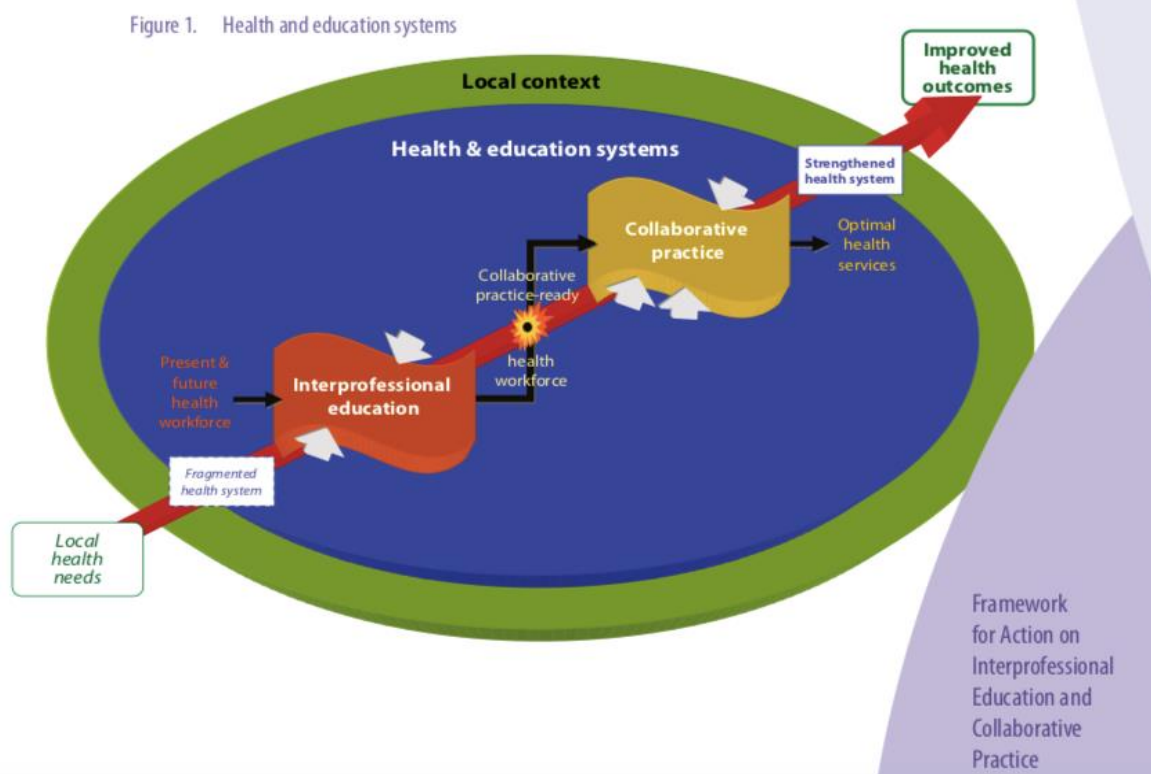
Na EIP, as profissões aprendem juntas sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada uma, em função da melhoria da qualidade no cuidado ao usuário, e se compromete com uma formação para a interprofissionalidade, no qual o trabalho em equipe, a discussão de papéis profissionais, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisão são características marcantes. Mundialmente, é discutida como proposta de formação, em especial, nos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Austrália, com o intuito de estimular o aprimoramento do cuidado em saúde por meio do trabalho de equipe (Reeves, 2016; WHO, 2010).

No Brasil, ainda são poucas as experiências sobre EIP. A aprendizagem conjunta existe, mas raramente com o objetivo de desenvolvimento de competências para a interprofissionalidade. As produções nacionais relativas ao tema ainda são escassas, apesar de relatarem experiências de EIP importantes para o cenário brasileiro. Atualmente, vivências e relatos de experiências de treinamento conjunto e aprendizagens compartilhadas em políticas indutoras de mudanças na graduação têm-se revelado como potenciais espaços de EIP (Souto, Batista, Batista, 2014; Toassi, 2017).

Nesta vertente, ressalta-se que não existe um modelo pronto de EIP, as experiências bem-sucedidas em todo o mundo se consolidaram por sucessivos movimentos, erros e acertos (Ribeiro, 2019).

Para reforçar a força de trabalho global em saúde, os formuladores de políticas buscam estratégias inovadoras que possam ajudá-los a desenvolver políticas e programas. Então, falar sobre Educação Interprofissional e Prática Colaborativa pode trazer destaque em relação à colaboração interprofissional assim como ao trabalho em equipe colaborativo (WHO, 2010).

Figura 1 - Sistemas de Saúde e Educação



Fonte: WHO, 2010.

Os sistemas de saúde e educação devem trabalhar juntos para coordenar as estratégias da força de trabalho. Se o planejamento e a formulação de políticas da força de trabalho em saúde estiverem integrados, a EIP e a PCI podem ser totalmente apoiadas (WHO, 2010).

Nesse sentido, entende-se que as residências profissionais constituem um modelo de formação que potencializa tais aspectos, pois são profissionais graduados, aptos para trabalhar e que, além de fazerem parte da força de trabalho do hospital, estão em formação em e pelo serviço, por isso, são *locus* favoráveis para a realização de pesquisas e estudos relacionados ao trabalho em equipe e práticas colaborativas.

Os programas de residência são pautados em estrutura teórica e pedagógica que vão ao encontro princípios e as diretrizes do SUS, associando o aprendizado à prática, de maneira a problematizar o modelo técnico-assistencial (Araújo, 2017).

A implantação de um Programa de Pós-graduação na modalidade residência é tradicionalmente realizada em Instituições de Ensino Superior (IES), mas pode ser desenvolvida em serviços de saúde, como Hospitais Universitários (HU), caracterizados pela excelência na assistência prestada, articulação com as atividades

de ensino, bem como a disposição estrutural para conceber novos cursos (Domingos, Nunes, Carvalho, 2015).

No Brasil, os HU são entendidos como centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologias para a área de saúde, que prestam serviços à população, elaboram protocolos técnicos para diversas patologias e oferecem programas de educação continuada, que permitem atualização técnica dos profissionais do sistema de saúde (Brasil, [s.d.]).

Embora sejam importantes cenários na rede de atenção à saúde, os HU brasileiros têm sido pouco investigados empiricamente, especialmente quanto a sua estruturação e funcionamento (Araújo, Leta, 2014).

Dentre os HU, destaca-se o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), que além da sua importância assistencial, tem como função primordial o ensino, envolvendo as unidades de ensino da área de saúde da Universidade de São Paulo (Medicina, Enfermagem, Odontologia, Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Ciências Farmacêuticas e Serviço Social). Em média, anualmente o HU-USP recebe cerca de 2500 alunos e produz aproximadamente 400 pesquisas (Bonacin, Araújo, 2010).

É importante dizer que a lógica e a estrutura atual da formação profissional (inclusive as estruturas físicas) são obstáculos para a EIP. Os cursos funcionam em estruturas próprias, legitimando e fortalecendo a separação e dificultando a interação entre os cursos da área da saúde. A formação específica é muito forte e exerce importante influência na construção das identidades profissionais (Costa, 2016).

Este cenário desperta a reflexão para o desafio da atuação de profissionais de saúde dispostos e capazes de trabalhar juntos num contexto institucional no qual é predominante a formação uniprofissional. Haja vista a necessidade de reforçar e fortalecer a compreensão de que as especificidades são complementares e de que a EIP e a PCI sustentam a lógica de um trabalho mais efetivo no atendimento das complexas e dinâmicas necessidades sociais e de saúde.

Considerando a importância da PCI para o cenário atual e sua interdependência com a EIP; a residência um processo de ensino imerso no ambiente profissional; e o HU ser uma instituição que tem como o objetivo de formação de profissionais; esta pesquisa pretende compreender a experiência dos residentes sobre a PCI em um hospital universitário.

De acordo com Heidegger (1987, p.147):

[...] fazer uma experiência com algo significa que algo nos acontece, nos alcança; que se apodera de nós, que nos tomba e nos transforma. Quando falamos em "fazer" uma experiência, isso não significa precisamente que nós a façamos acontecer, "fazer" significa aqui: sofrer, padecer, tomar o que nos alcança receptivamente, aceitar, à medida que nos submetemos a algo. Fazer uma experiência quer dizer, portanto, deixar-nos abordar em nós próprios pelo que nos interpela, entrando e submetendo-nos a isso. Podemos ser assim transformados por tais experiências, de um dia para o outro ou no transcurso do tempo.

Aqueles que experenciam algo foram sujeitos expostos, formados e transformados e, somente o sujeito da experiência é capaz de relatar o impacto provocado. "É experiência aquilo que "nos passa", ou que nos toca, ou que nos acontece, e ao nos passar nos forma e nos transforma" (Bondía, 2022, p.25).

Com a realização da pesquisa espera-se fortalecer a PCI em contextos hospitalares e conhecer e investir sobre a temática no âmbito de hospitais universitários e, mais especificamente, em residências multi e uniprofissionais.

Assim, fez-se necessário contextualizar as Residências em Saúde e revisar a literatura para evidenciar ações, lacunas e potencialidades da PCI a fim de compreendê-la nesse contexto.

1.2 CONTEXTO DO ESTUDO

As residências em saúde compõem um cenário rico para a pesquisa do tema, por abranger profissionais que continuam sua formação por meio do ensino em serviço. São profissionais já graduados e que se dedicam a se desenvolver dentro de uma temática de sua profissão.

Na residência, os residentes desenvolvem suas competências, habilidades e conhecimentos, guiados por um preceptor. O preceptor é o profissional da saúde que deve acompanhar diretamente os residentes e promover a articulação da prática ao conhecimento científico (Araújo, 2017).

Já o tutor é responsável por promover articulação do programa com outros programas de residência em saúde, como também implementar estratégias pedagógicas as quais integram os saberes e práticas. Tutor e preceptor são responsáveis pela organização de reuniões periódicas para implementação e avaliação, assim como por participar efetivamente do planejamento e implementação de atividades de educação (Peres et al., 2019).

A implantação do primeiro programa de treinamento profissional em serviço ocorreu em 1889, no *John Hopkins Hospital* (Estados Unidos), por Willian Malested,

com o objetivo de qualificar os médicos através do ensino em serviço. Desde então, médicos e outros profissionais da saúde têm sido treinados no mesmo processo de formação (Herbella et al., 2011).

No Brasil, a residência médica foi criada em 1945, seguindo a mesma concepção dos programas desenvolvidos no começo do século nos Estados Unidos para treinamento e capacitação de médicos. O marco foi impulsionado pela política desenvolvimentista brasileira da época que repercutiram diretamente na saúde da população, o que levou à ampliação da assistência médica individualizada, buscando-se profissionais capacitados para atender às novas demandas da sociedade (Aguiar, Moura, Sória, 2004).

Com as novas demandas e o foco assistencial para as ações curativas, houve crescimento dos serviços médico hospitalares, avanços tecnológicos no contexto da indústria farmacêutica, de materiais e insumos, o que culminou no interesse da ampliação dos cursos de residência médica, originando sua regulamentação legal em 1977, por meio do decreto 80.281 (Aguiar, Moura, Sória, 2004; Brasil, 1977; Peres et al., 2019).

Definida como modalidade de ensino de pós-graduação e caracterizada por treinamento em serviço para profissionais médicos em instituições de saúde, universitárias ou não, as residências médicas foram os primeiros programas de residência em saúde, sendo modelo de inspiração para a criação das Residências em Enfermagem e outras áreas profissionais da saúde (Peres et al, 2019).

Em paralelo à expansão da residência médica, surge no Brasil em 1961, a residência em enfermagem com o objetivo implícito de complementar a formação do enfermeiro para o mercado de trabalho (Aguiar, Moura, Sória, 2004; Torres et al., 2019).

A partir de sua exitosa contribuição aos serviços de saúde, os programas de residência foram se expandindo timidamente na ausência de um órgão que regulamentasse e/ou fiscalizasse a implementação desses programas (Aguiar, Moura, Sória, 2004).

Em 1976, foi criada a primeira Residência em Medicina Comunitária, logo tornando-se residência multiprofissional em 1979. Foi pioneira nesse modelo de ensino e segue existindo até os dias de hoje sendo de grande relevância para o desenvolvimento da área no cenário nacional (Peduzzi et al., 2013; Martins et al., 2016).

Impulsionadas durante o contexto da Reforma Sanitária e a implantação do Programa Saúde da Família, outras experiências de Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) surgem a partir de 1999, como proposta de melhoria da formação e qualificação dos profissionais para atuação nos serviços públicos de saúde, e têm como atributo formar profissionais segundo as necessidades locais e regionais (Brasil, 2005; Peduzzi et al., 2013).

A RMS é resultante da união entre os Ministérios da Educação e Cultura (MEC) e o da Saúde (MS), no intuito de criar estratégias para formar profissionais qualificados para trabalhar, e comprometidos com o SUS, na busca da integralidade da assistência (Brasil, 2009).

Depois da virada do século, em 2005, mais de 40 anos depois do surgimento da primeira residência em área profissional de saúde, a Lei 11.129 e a Portaria Interministerial MS/MEC Nº 2.117 instituem a RMS e a Residência em Área Profissional da Saúde (RAPS) que são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais com abrangência das profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e Física Médica (Brasil, 1998; Brasil, 2014).

Por RMS foram classificados os programas em modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço destinados às profissões da saúde, excetuada a médica. Para ser caracterizado como RMS, o programa deve ser constituído com, no mínimo, três dessas profissões visando à integração das diferentes profissões da Saúde para atuarem em equipe multiprofissional com proposta de trabalho interdisciplinar na perspectiva da integralidade (Brasil, 2012; Brasil, 2014; Torres et al., 2019).

As RAPS foram definidas como modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu*, também caracterizada pela educação em serviço, destinada às categorias profissionais que integram a área da saúde, excetuada a médica, porém em modelo de formação uniprofissional (Brasil, 2009). Apesar de ser um modelo de formação uniprofissional, as RAPS possuem em suas diretrizes a determinação de um ensino baseado em estratégias multiprofissionais e interdisciplinares (Brasil, 2012; Brasil, 2014; Torres et al., 2019).

Até 2014, as residências em saúde eram regulamentadas nos termos “Residência Médica”, “Residência Multiprofissional” e em “Área Profissional”. A partir de então, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), órgão instituído para fiscalizar as duas últimas, passou a se referir a elas como Residências em Área Profissional (RAP), diferenciando suas modalidades em “Multiprofissional” e “Uniprofissional” (Torres et al., 2019).

Neste estudo, será utilizado o termo Residência Uniprofissional para programas de residência da área da saúde que ofertam a formação apenas para uma área profissional e o termo Residência Multiprofissional para programas de residência da área da saúde que ofertam a formação para três ou mais categorias profissionais em conjunto.

Alguns programas de residência multiprofissional utilizam o termo Residência Integrada em Saúde que apesar de não ser adotada pela CNRMS tem sido um modelo defendido buscando demarcar que para além de serem multiprofissionais, essas modalidades de formação devem estar voltadas para os princípios e diretrizes do SUS, para a Reforma Psiquiátrica brasileira e para o trabalho interprofissional (Arruda et al., 2018; Torres et al., 2019; Wetzel et al., 2018).

No Brasil, as residências em saúde possuem o objetivo de capacitar os profissionais de saúde para que possam atuar em um mundo globalizado, tecnológico, condizente com a realidade dos serviços e sistemas de saúde e, principalmente, a partir das necessidades de saúde dos usuários, famílias e grupos sociais. Já em países como Estados Unidos, Canadá e Espanha, os artigos relatam que programas de Residências em Área Profissional têm um caráter complementar à graduação e dão ênfase à formação para pesquisa e docência (Torres et al., 2019).

1.3 RESIDÊNCIAS DE SAÚDE E A PRÁTICA COLABORATIVA INTERPROFISSIONAL: REVISÃO DE LITERATURA

Visando identificar as evidências disponíveis na literatura sobre a Prática Colaborativa interprofissional em cenários de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde, foi realizada uma revisão da literatura com a seguinte questão norteadora: O que há na literatura sobre evidências de PCI no cotidiano das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional de Saúde?

As bases de dados selecionadas foram *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) via PubMed, e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS) via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A busca foi realizada no mês de maio de 2020 com o auxílio da bibliotecária da Universidade de São Paulo e a seleção e análise dos resultados foi realizada pela pesquisadora.

Devido à associação de termos correlatos à PCI e a não padronização de um descritor para residências em saúde exceto a residência médica, adotou-se a estratégia de busca com palavras chaves que foram utilizadas igualmente em todas as bases: "interprofessional health team" OR "professional teamwork" OR "interprofessional communication" OR "interprofessional work" OR "interprofessional teamwork" OR "interdisciplinary health team" OR "interdisciplinary communication" OR "interdisciplinary practice" OR "interdisciplinary teamwork" OR "interdisciplinary work") AND (residency OR "medical residency" OR "non-medical residency").

Os Descritores em Ciências em Saúde que abrangem a temática das residências são dois: “Internato e Residência” que abordam os temas de estágio, internato, pessoal interno e residências médica e em odontologia e, “Internato não Médico” sendo esse para programas avançados de treinamento para responder a certas exigências em outros campos que não a medicina ou a odontologia, por exemplo, a farmacologia, a nutrição, a enfermagem entre outras áreas (DeCS, 2017).

A revisão de Dallegrave e Ceccim (2013) propõe a criação de um novo descritor que seja integrador, que englobe as Residências Médica, Multiprofissional e em Área Profissional. A existência de um descritor que esteja focado no assunto também auxilia na distinção entre outras temáticas tangenciais, como, por exemplo, o internato, estágio curricular obrigatório que se enquadra dentro da graduação de medicina e odontologia e está inserido no descritor Internato e Residência.

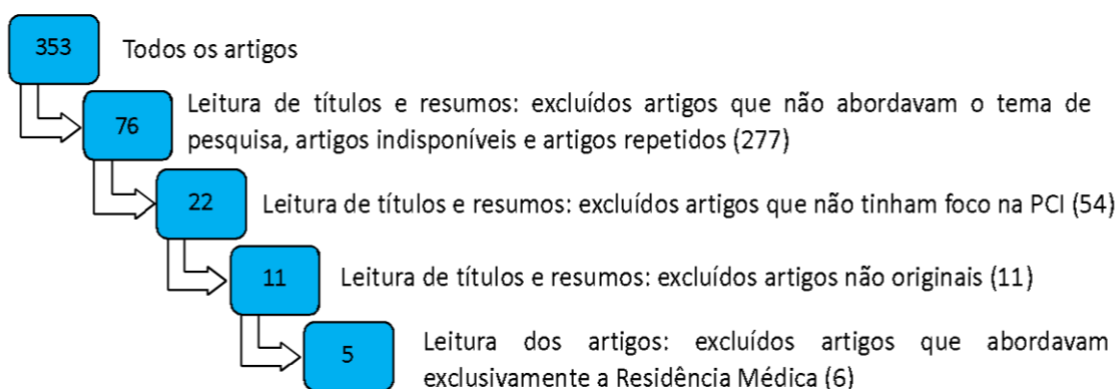
Do total de estudos encontrados, observou-se predominância de estudos em inglês; abordagens com foco na EIP ou outros temas que incluíam elementos da PCI de forma superficial; os cenários das Residências Médicas; e grande quantidade de artigos não originais, provenientes de relatos de experiências e revisões de literatura.

Foram incluídos artigos escritos em inglês, português ou espanhol e artigos que abordassem a temática proposta. Excluíram-se estudos de revisão, relatos de

experiência, teses, dissertações, artigos repetidos, indisponíveis gratuitamente e artigos que abordassem apenas a Residência Médica.

Foram identificados 353 artigos (PubMed= 319, LILACS= 27, BDEF= 7 e IBICS= 5) e após a aplicação dos critérios de seleção foram incluídos apenas 5 estudos. O percurso da seleção ocorreu com a delimitação das etapas descritas no Fluxograma 1.

Fluxograma 1 - Etapas de seleção dos artigos



Fonte: Blanco, VM. A Prática Colaborativa Interprofissional na perspectiva de residentes da área da saúde de um hospital universitário paulista [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2022.

Apesar de se tratar de um contexto de educação e formação, a revisão concentrou-se na análise das práticas interprofissionais, não tendo a pretensão de analisar EIP ou a estrutura curricular das residências.

Foi elaborado um quadro (Quadro 1) contendo as seguintes informações: título do artigo, autores, periódico, ano de publicação, cenário e modelo de residência, o que permitiu identificação e organização do material.

Quadro 1 - Caracterização dos artigos analisados

Título	Autores	Periódico	Ano de Publicação	Cenário	Modelo de residência
The Implementation of Interdisciplinarity in the Work Routine of the Family Health Care Team	Scherer MDA, Pires DEP, Jean R.	Cien Saude Colet	2013	APS	Multi
Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma	Araújo TAM et al.	Interface (Botucatu)	2017	Hospital Universitário	Multi

residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores					
Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade	Arnemann CT et al.	Interface (Botucatu)	2018	Hospital	Multi
O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família	Arruda GMMS et al.	Interface (Botucatu)	2018	APS	Multi
Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial	Wetzel C et al.	Interface (Botucatu)	2018	Centro de Atenção Psicossocial	Multi

Fonte: Blanco, VM. A Prática Colaborativa Interprofissional na perspectiva de residentes da área da saúde de um hospital universitário paulista [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2022.

As cinco publicações, apresentadas no quadro 1, ocorreram no período de 2013 a 2018 e foram decorrentes, em unanimidade, de estudos brasileiros. Fato divergente ocorreu quanto aos estudos com abordagem das Residências Médicas (filtro anterior), sendo um total de seis estudos internacionais, com predominância americana (66,6%), além de um (16,6%) estudo canadense e um (16,6%) holandês.

Não foram encontrados artigos com foco na PCI em cenários de residências uniprofissionais. Todos os artigos incluídos abordam exclusivamente residências multiprofissionais, o que explica a presença de apenas artigos nacionais já que a Residência Multiprofissional é um modelo de formação exclusivo do Brasil (Martins et al., 2016).

Todos os estudos possuem abordagem qualitativa sendo quatro (80%) com participantes residentes e um (20%) com preceptores. Embora existam ferramentas qualitativas para avaliar a interprofissionalidade, observam-se limitações quanto à sua validade, confiabilidade, eficácia em diferentes grupos profissionais e como examinam a evidência e os problemas da prática colaborativa (Reeves et al., 2017).

Em relação aos periódicos, quatro (80%) foram publicados na revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação (Botucatu) e um (20%) publicado na Revista Ciência & Saúde Coletiva.

Dentre os cinco estudos da amostra, foram trabalhados os temas: interprofissionalidade (40%), colaboração interprofissional (20%), interprofissionalidade e multiprofissionalidade (20%) e, interdisciplinaridade e multiprofissionalidade (20%). Os contextos analisados foram hospitais (40%), Unidades Básicas de Saúde (40%) e um Centro de Atenção Psicossocial (20%).

A pesquisa sobre PCI é dificultada pelo uso de termos correlatos como colaboração interdisciplinar, coordenação multidisciplinar, trabalho em equipe transprofissional, entre outros, o que resulta em confusão conceitual dentro do campo. Reeves e colaboradores (2010), relatam que apesar dos termos guardarem relações e, por vezes, complementaridade, não são sinônimos e intercambiáveis, pois se referem a diferentes modalidades de trabalho em conjunto.

Essa imprecisão evidencia que ainda não há um consenso sobre os elementos principais que constituem as diversas formas de trabalho compartilhado, além de dificultar o processo educativo da temática (Peduzzi et al., 2020).

De maneira geral, há um grau de intensidade de interação, integração e coordenação das disciplinas ou profissões conforme a sequência dos prefixos: multi, inter e trans. Já o termo subsequente, classifica sobre o que está se referindo, disciplinar sobre áreas de conhecimento e profissional sobre práticas profissionais (Furtado, 2007; Peduzzi et al., 2013, 2020). É necessário cuidado durante as pesquisas para garantir a compreensão do construto (Reeves et al., 2017).

Por fim, a análise da relação entre a PCI e as residências uni e multiprofissionais, realizada a partir dessa revisão da literatura, possibilitou responder à questão norteadora e, desse modo, identificar as ações relacionadas à PCI realizadas nos cenários de residência multiprofissional, suas barreiras e suas potencialidades (Quadro 2), já que não foram encontradas evidências com o foco na PCI em cenários de residências uniprofissionais.

Quadro 2 - Caracterização da PCI em cenários de Residências Multiprofissionais

<p>Ações relacionadas à PCI</p>	<p>Ações integradas</p> <p>Acolhimento dos residentes pelos preceptores</p> <p>Atendimentos compartilhados</p> <p>Coordenação do cuidado compartilhado</p> <p>Envolvimento da rede</p>
---------------------------------	--

	<p>Planejamento</p> <p>Projeto Terapêutico Singular - Clínica ampliada</p> <p>Rounds multiprofissionais</p> <p>Troca de saberes para atendimento específico</p> <p>Vivências em outros cenários</p>
<p>Barreiras relacionadas à PCI</p>	<p>Amplitude de territórios</p> <p>Características pessoais (timidez, imaturidade, medo de errar)</p> <p>Centralidade médica</p> <p>Cobrança de produtividade</p> <p>Desconhecimento de como trabalhar de forma interprofissional</p> <p>Diferentes terminologias sobre a temática</p> <p>Dificuldade na logística</p> <p>Disputas de poder</p> <p>Enfraquecimento dos objetivos e da visão compartilhados na equipe de residentes e preceptores</p> <p>Extenuante jornada de trabalho dos profissionais</p> <p>Falta de alinhamento entre os preceptores</p> <p>Falta de preparo dos preceptores</p> <p>Falta de reconhecimento dos profissionais sobre o papel do residente</p> <p>Frágil incentivo institucional</p> <p>Fragilidade do núcleo de competência profissional</p> <p>Fragmentação entre as dimensões clínica e política</p> <p>Limitações da formação na graduação</p> <p>Não valorização do seu próprio trabalho</p> <p>Racionalidade biomédica das ações em saúde</p> <p>Redução de atividades dos residentes em conjunto ao longo da residência</p> <p>Sobrecarga de trabalho dos preceptores</p> <p>Tempo do residente no campo</p>
<p>Potencialidades relacionadas à PCI</p>	<p>Autorreflexão</p> <p>Construção de vínculo</p> <p>Convivência fora do trabalho</p> <p>Estabilidade no cargo e na organização</p> <p>Institucionalizar o trabalho interprofissional</p> <p>Liderança central (consenso p/ instância formadora x executora)</p> <p>Liderança descentralizada (ideias individuais)</p> <p>Noção de atuação profissional</p> <p>Pensar coletivamente</p> <p>Relações entre os profissionais</p> <p>Tempo e espaço compartilhado</p> <p>Valores pessoais</p> <p>Valorização do outro profissional</p>

Fonte: Blanco, VM. A Prática Colaborativa Interprofissional na perspectiva de residentes da área da saúde de um hospital universitário paulista [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2022.

Foram identificadas algumas ações que evidenciam a PCI e que inclusive, perpassam entre suas formas de trabalho interprofissional. As evidências sinalizam a capacidade dos profissionais dos serviços e residentes responderem às necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidades com colaboração mesmo frente às dificuldades do trabalho interprofissional.

Dentre as barreiras e desafios, podem-se destacar o processo de formação acadêmica uniprofissional, o modelo biomédico de ensino, a fragmentação das práticas de saúde, a especialização precoce e a conseqüente postura individualista dos profissionais de saúde em relação às práticas assistenciais.

Considerando o ensino e o serviço em saúde áreas interligadas e interdependentes, o planejamento contínuo das ações entre os tutores, preceptores e profissionais do campo seria o início do trabalho interprofissional, na construção de um modelo de ensino que valoriza a integração ensino-serviço-comunidade necessária aos cursos de graduação e residências em saúde, promovendo processos participativos de construção da formação e desenvolvimento profissional no e para o SUS (Brasil, 2018).

Porém, de acordo com Torres e colaboradores (2019), esse trabalho interprofissional inicial não ocorre, caracterizado pela dissociação entre os tutores e profissionais do campo na rede de saúde, com dificuldade e resistência para a discussão e planejamento em conjunto para o melhor aprendizado do acadêmico.

Há uma dificuldade relacionada ao (re)conhecimento do papel dos residentes nos cenários de prática que é observada por meio da percepção de profissionais de saúde que interpretam a presença do residente como um membro da equipe para preencher lacunas ligadas ao dimensionamento de pessoal, o que corrobora com a dualidade ou confusão de entendimento sobre o residente ser estudante ou profissional, também evidenciada na pesquisa de Drago e colaboradores (2013). Tal evidência reflete as fragilidades que envolvem a gestão e a tímida apropriação sobre o papel dos residentes. Esta percepção pode dificultar a PCI fomentando a uniprofissionalidade apoiada no frágil entendimento quanto à inserção e ao papel dos residentes no contexto dos serviços de saúde (Araújo, 2017).

A formação interprofissional em saúde é um desafio a ser superado pelas novas gerações. É uma proposta inovadora e está em constante transformação com a finalidade de adequar a assistência prestada às necessidades da atenção integral à saúde (Albuquerque, Santana, Rossit, 2018).

A interprofissionalidade é um termo relativamente recente e pouco conhecido pelos profissionais de saúde dos serviços. Dessa maneira, foi observado uma necessidade de melhor preparo dos preceptores e profissionais de saúde sobre a importância do trabalho interprofissional (Araújo et al., 2017).

Além disso, a viabilização da interprofissionalidade perpassa e depende de diversas questões. As potencialidades foram apontadas nos estudos como recursos de forma a incentivar as práticas colaborativas em direção às necessidades para a colaboração interprofissional.

A literatura apresenta fragilidade em conteúdos que discutem a PCI nas residências multi e uniprofissionais como foco de pesquisa primária, sem estar aliada a uma nova estratégia, uma atividade educativa específica, um novo protocolo ou até mesmo identificada de forma superficial como uma das ações promissoras para a eficácia clínica de um tratamento.

Os resultados apresentados trazem evidências de que a PCI é mais discutida a partir de seus desafios em realizá-la do que sobre seus exemplos exitosos. A escassez de artigos que abordem a PCI em cenários de residência em saúde com o intuito de descrever as formas e atividades que ela é executada, corroborou com número reduzido de estudos que respondessem à pergunta de pesquisa.

Portanto, esta revisão possibilitou compreender a necessidade de identificar as possibilidades de PCI, mesmo frente às barreiras encontradas pelos profissionais e residentes de saúde, além de compreender a residência como um espaço facilitador de educação permanente para os trabalhadores e residentes do serviço. Dessa forma, este estudo tem como questão norteadora “Quais e como são as experiências dos residentes relacionadas à PCI no contexto de Residências Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde?”

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a experiência dos residentes sobre a PCI em um hospital universitário.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar como e onde as experiências de PCI ocorrem e os sujeitos envolvidos;
- Identificar como ocorre a participação dos usuários;
- Identificar as barreiras e potencialidades para PCI no contexto analisado.

3 Fundamentação Teórica

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A PCI é caracterizada como a ação colaborativa de profissionais de saúde, de diferentes áreas, que atuam em conjunto com foco nas necessidades dos usuários, família e comunidade para promover atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços com base na integralidade (Agreli, 2017; Reeves et al., 2010).

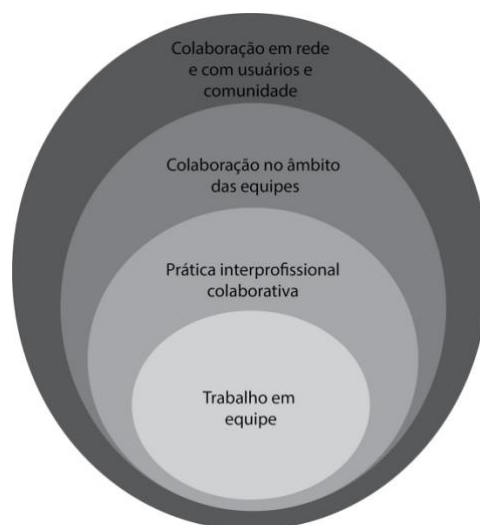
De acordo com Morgan, Pullon, McKinlay (2015), a PCI está inserida juntamente com o trabalho em equipe, em um termo mais abrangente, a colaboração interprofissional.

D'Amour e colaboradores (2008) conceituam colaboração quando profissionais de diferentes áreas querem trabalhar juntos para prover atenção à saúde de melhor qualidade aos usuários, mas reconhecem que têm seus próprios interesses e querem reter algum grau de autonomia.

A colaboração caracteriza-se como forma mais flexível de trabalho interprofissional, com níveis menores de compartilhamento, reconhecimento de papéis e interdependência das ações, abrangem situações de menor complexidade, menos imprevisíveis e com menor urgência. Propõe reduzir as relações de poder e a competição entre os profissionais, já que comprometem a colaboração interprofissional e a qualidade dos cuidados aos usuários, famílias e comunidade (Gergerich, Boland, Scott, 2018; Peduzzi e Agreli, 2018; Peduzzi et al., 2020).

Peduzzi e colaboradores (2020) apresentam a colaboração interprofissional dividida em dois modelos: (1) em rede e com usuários e com a comunidade, sendo uma modalidade de colaboração intersetorial e de participação social, quando os profissionais colaboram com outros serviços, setores e com os usuários, família e comunidade; (2) colaboração no âmbito das equipes, quando os profissionais colaboram entre si entre os próprios membros da equipe (Figura 2).

Figura 2 - Diferentes formas de trabalho interprofissional



Fonte: Peduzzi et al., 2020. Adaptado de Morgan, Pullon, McKinlay, 2015 e Reeves et al., 2010 e adaptado de Peduzzi, Agreli, 2018; Agreli, 2017.

O trabalho em rede descrito por Reeves e colaboradores (2010) funciona com menor nível de identidade da equipe, clareza dos papéis e objetivos, interdependência das ações, integração e a responsabilidade compartilhada, tarefas previsíveis, não complexas e não urgentes, mas com a integração em rede mantida (Peduzzi et al., 2020, Reeves et al., 2017).

Semelhante ao trabalho em equipe, a PCI requer responsabilidade compartilhada, alguma interdependência entre indivíduos e clareza de papéis e objetivos, porém, com certa autonomia entre as profissões. Envolve negociação e interação constantes entre os profissionais, usuários, família e comunidade, valorizando a experiência e as contribuições de vários sujeitos (Agreli, 2017; Peduzzi et al., 2020; Reeves et al., 2017; Reeves, Xyrichis, Zwarenstein, 2017).

O trabalho em equipe constitui a menor unidade de produção do cuidado em saúde e caracteriza-se por um pequeno grupo de profissionais com intensa interdependência das ações, integração, clareza dos papéis, compartilhamento de valores, objetivos e identidade de equipe. Todavia, o trabalho em equipe não é considerado como principal forma de trabalho interprofissional, os profissionais devem alternar os modelos de trabalho interprofissional para o cuidado em saúde (Peduzzi et al., 2020; Peduzzi e Agreli, 2018; Reeves, Xyrichis, Zwarenstein, 2017; Reeves et al., 2010).

Alguns autores ainda questionam a falta de equivalência da colaboração interprofissional ao trabalho em equipe explicitando a ausência de consenso do constructo (Morgan, Pullon, McKinlay, 2015).

A alternância entre os modelos de trabalho descritos deve ser baseada nas necessidades locais, em uma abordagem contingencial do trabalho interprofissional. À proporção que as equipes alternam as diferentes formas de trabalho interprofissional – em equipe, colaboração e em rede – as equipes se tornam mais efetivas (Peduzzi e Agreli, 2018; Reeves et al., 2017; Reeves et al., 2010).

A OMS define a PCI como um princípio essencial para cuidados efetivos na Atenção Primária à Saúde (APS) e estratégia inovadora para o enfrentamento dos desafios em crescente complexidade trazendo melhoria na qualidade do cuidado (WHO, 2010).

Nesse sentido, a lógica do trabalho em equipe e o desenvolvimento de competências profissionais, são percebidas principalmente nesse nível de atenção à saúde. Por isso, a APS foi o cenário no qual ocorreu exponencial avanço das propostas de organização dos serviços de saúde norteadas pelas diretrizes do trabalho em equipe e das práticas colaborativas (Peduzzi, Agreli, 2018).

Não somente em âmbitos de cada equipe, a PCI deve ser promovida entre as diversas equipes de um mesmo serviço, além de ultrapassar as barreiras físicas e atingir equipes de diferentes serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Agreli, 2017).

A PCI tem sido recomendada como alternativa redução da especialização à medida de que possui abordagem mais abrangente no sentido da atenção integral à saúde podendo contribuir para melhorar a qualidade da atenção à saúde (Hammick et al., 2007).

Embora haja um reconhecimento de que a PCI melhore a oferta de cuidados e resultados em saúde, revisão recente mostrou que ainda é necessário ampliar as evidências sobre os efeitos das intervenções relacionadas ao trabalho interprofissional (Reeves et al., 2017).

A literatura sobre prática colaborativa ultrapassa as questões interprofissionais e inclui a perspectiva do usuário, família e comunidade na busca de “cuidar com as pessoas, ao invés de cuidar para as pessoas” Essa abordagem reconhece a Atenção Centrada no Paciente (ACP) como um elemento central da PCI (Peduzzi, Agreli, 2018, Domajnko et al., 2015).

A importante participação dos usuários, família e comunidade na prática colaborativa torna clara a noção de que não se trata de uma prática restrita às relações entre profissionais, embora frequentemente seja utilizado o termo “interprofissional” para designá-la (Agreli, 2017). Torna-se primordial que os serviços de saúde consigam desenvolver uma prática assistencial interprofissional alinhada à ACP.

A literatura apresenta que alguns elementos são essenciais para a efetividade da PCI, como paciência, tolerância, respeito, confiança, relações amigáveis e correta delegação das atividades. Outros elementos também são essenciais como a clareza dos papéis profissionais, diversidade de habilidades, flexibilidade e efetiva comunicação (Batista, Peduzzi, 2019).

Grupos internacionais norte-americanos e canadenses desenvolveram um conjunto de competências para a PCI a fim de suprir limitações na formação em saúde (Arruda, Moreira, 2018). Em 2011, o grupo norte-americano *Interprofessional Education Collaborative Expert Panel* (IPEC), elaborou competências centrais para a PCI com ênfase na segurança, alta qualidade, no acesso e cuidado centrado no usuário: valores/ética para prática interprofissional, papéis e responsabilidades profissionais, comunicação interprofissional e trabalho em equipe (Silva et al., 2015).

O grupo *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) estabeleceu seis domínios de competências essenciais para a PCI: a comunicação interprofissional; o cuidado centrado no usuário, cliente, família e comunidade; a clarificação de papéis profissionais; a dinâmica de funcionamento da equipe; a resolução de conflitos interprofissionais e a liderança colaborativa, considerando os dois primeiros como base para os outros domínios (Araújo, 2017; CIHC, 2010).

Diante deste contexto, a formação dos profissionais passa a requerer um processo educativo que permita adquirir e desenvolver conhecimentos teóricos, técnicos e práticos, sendo capaz de desempenhar uma polivalência funcional e, ao mesmo tempo, específica para possível atuação em diferentes cenários e práticas, respeitando os diferentes saberes, para então obter a efetividade da articulação das ações propostas na PCI (Peduzzi, Leonello, Ciampone, 2016).

4 Metodologia

4 METODOLOGIA

4.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa. O estudo exploratório tem por finalidade permitir a compreensão de conceitos que são utilizados possibilitando inferências e reformulações para abordagens futuras e específicas (Bardin, 2010), o descritivo engloba a análise, o registro e a interpretação dos fatos (Barros, Lehfeld, 1986).

A pesquisa qualitativa tem base no caráter subjetivo e busca compreender os fenômenos por meio da coleta de dados sobre algo que pode ser melhor conhecido, pela capacidade de apresentar novos aspectos na perspectiva do sujeito (Serapioni, 2000).

De acordo com Pomare e colaboradores (2020) pesquisas qualitativas sobre PCI podem considerar o ambiente e o contexto observado e assim, proporcionar uma maior compreensão dos sujeitos e das condições desenvolvidas.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Essa pesquisa foi realizada com residentes da área de saúde do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), instituição pertencente à rede pública estadual, localizada na Cidade Universitária, região oeste da cidade de São Paulo. Além de ser um centro de ensino, o HU-USP tem como objetivo produzir assistência e pesquisa tanto à comunidade USP quanto à população da região do Butantã. Possui ao todo 235 leitos, distribuídos em quatro especialidades relacionadas ao nível secundário: médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica (HU-USP, [s.d.]).

O Hospital Universitário foi inaugurado em 1981 a partir da preocupação com o ensino da área médica e de outras áreas da saúde, como enfermagem, odontologia, farmácia, psicologia e saúde pública, tendo como marco inicial o atendimento em pediatria e, em dezembro do mesmo ano, iniciou-se o atendimento em ginecologia e obstetrícia. Após quatro anos, contemplava também a clínica médica e a clínica cirúrgica (HU-USP, [s.d.]).

O HU-USP tem como:

MISSÃO: Desenvolver atividades de ensino e pesquisa na área de saúde e assistência hospitalar de média complexidade, preferencialmente às populações do Distrito de Saúde do Butantã e da Comunidade Universitária da

USP prestando um serviço diferenciado com atendimento de excelência. VISÃO: O Hospital Universitário deverá se consolidar como referência para hospital de complexidade média por possibilitar ensino adaptado à realidade e propiciar pesquisa de tecnologias aplicáveis às demais instituições. VALORES: Assistência e Ensino com conteúdo integralizador de todo o processo de diagnóstico, tratamento, cuidado e reabilitação com ênfase no recurso humano por ser o capital principal do HU (COMEP/HU, 2017, pag 8).

Este hospital universitário também é cenário de práticas de programas de RMS, RAPS e Residência Médica. Neste estudo abordaremos programas de Residência Multiprofissional e Área Profissional da Saúde pois possuem o HU-USP como principal cenário de práticas dos residentes.

A Residência Médica não fará parte deste estudo, pois não possui o HU-USP como principal cenário de práticas, sendo este o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, embora seja considerada de extrema importância avaliar a PCI neste modelo de residência.

O HU-USP é campo de estágio para apenas alguns Programas de Residência Médica e, de acordo com o Relatório de Atividades 2019 – COMEP enviado à pesquisadora pela superintendência do HU-USP em abril de 2020, a carga horária dos residentes médicos no HU-USP é reduzida comparada aos outros programas de residência. Portanto, os residentes médicos não atendem aos critérios de inclusão determinados para que os sujeitos possam vivenciar e relatar experiências de PCI no HU-USP.

As Residências Uniprofissionais e Multiprofissionais são consideradas pós-graduação *latu sensu* caracterizadas pelo ensino em serviço, com carga horária de 60 horas semanais e tempo de duração de dois ou três anos (PRCEU, [s.d.]).

As duas modalidades dos programas de RAP da USP são regulamentados pelas normas dos Ministérios da Educação e da Saúde e da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS) (PRCEU, [s.d.]).

No que se refere à USP, os programas são pautados nas normas da Comissão de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (COREMU-USP) que se trata de um colegiado assessor da Câmara de Formação Profissional, vinculada ao Conselho de Cultura e Extensão Universitária da USP (CoCEX-USP). A COREMU é responsável por planejar e zelar pela execução dos RAP e atividades correlatas (PRCEU, [s.d.]).

A USP oferece programa de residência para bacharéis de 13 profissões, sendo elas: Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia,

Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Física Médica (PRCEU, [s.d.]).

Dentre residências uniprofissionais e multiprofissionais da USP, seis programas exercem suas atividades no HU-USP sendo cinco deles programas de residência uniprofissional: Programa de Residência em Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente (PRESCA), Programa de Residência em Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso (PRESAI), Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica (PREO), Programa de Residência em Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica (PRFCAT), Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (PRCTB); e apenas um programa multiprofissional: Programa de Residência em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar (PRMPSCAH) – que contempla as áreas de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional (PRCEU, [s.d.]).

Os programas de residências envolvidos neste estudo tiveram início de 2011 a 2013. Os dados foram encontrados nos Projetos Políticos Pedagógicos (PPPs) de cada programa que foram solicitados e enviados pelas respectivas coordenações via *e-mail* para leitura, exceto o PPP do PRMPSCAH que não possui essa informação. De acordo com Toldrá e colaboradores (2019), o PRMPSCAH foi criado em 2012.

Todos os seis programas possuem além do HU-USP outros cenários de prática, apenas o PRCTB possui unicamente o HU-USP. Os residentes dos outros programas atuam também em outros serviços da rede do SUS (PPPs dos Programas de Residência - 2020)

Anualmente, os Programas de Residência oferecem um total de 45 vagas, variando de duas a 17 vagas anuais de acordo com cada programa (PPPs dos Programas de Residência - 2020)

Quadro 3 - Caracterização dos Programas de Residência

Programa de Residência	Área Profissional	Ano de Criação	Duração	Vagas por ano	Cenários de Prática
Programa de Residência em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (PRCTB)	Odontologia	2011	3 anos	2 vagas	HU-USP
Programa de	Enfermagem	2013	2 anos	6 vagas	HU-USP e

Residência em Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente (PRESCA)					equipamentos da rede do SUS
Programa de Residência em Enfermagem na Saúde do Adulto e do Idoso (PRESAI)	Enfermagem	2013	2 anos	6 vagas	HU-USP e equipamentos da rede do SUS
Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica (PREO)	Enfermagem	2013	2 anos	6 vagas	HU-USP e equipamentos da rede do SUS
Programa de Residência em Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica (PRFCAT)	Farmácia	2012	2 anos	8 vagas	HU-USP, Farmácia Universitária da USP, Unidades Básicas de Saúde e Núcleo de Farmacovigilância da Secretaria Estadual de Saúde
Programa de Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar (PRMPSCAH)	Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional	2012	2 anos	17 vagas	HU-USP, Unidades Básicas de Saúde e Programa PET-Saúde do Ministério da Saúde e Educação

Fonte: PPP dos Programas de Residência - 2020.

Considerando que os dois modelos de residência têm como finalidade a formação profissional como orientação para o processo de cuidar, tendo em vista os princípios do SUS, o direito à saúde e cidadania, fez-se a opção incluir no estudo as duas modalidades de residência, mesmo reconhecendo *a priori*, as diferenças entre a formação no que se refere a integração entre as áreas profissionais (PRCEU, [s.d.]). A multiprofissional integra saberes e práticas de diferentes profissões enquanto a uniprofissional conta com residentes de apenas uma profissão. Investigar os dois modelos de residência foi importante para entender as características, desafios e eventuais resistências nos dois tipos de programas de residência em saúde que visam

favorecer a inserção qualificada de profissionais de saúde no mundo do trabalho.

Os programas de residência em saúde pretendem fomentar uma transformação institucional baseada na aprendizagem significativa a partir da reflexão da prática multiprofissional e, também, responder à política governamental. Tais programas buscam a formação profissional atrelada às premissas da promoção de saúde, prevenção de doenças ou agravos, recuperação e reabilitação da saúde, valorizando os princípios do SUS (Junior, 2018).

4.3 PARTICIPANTES

A composição da amostra baseou-se na escolha de residentes do segundo e terceiro ano dos seis programas de RAP que têm o HU-USP como cenário de prática. O total de residentes de segundo e terceiro ano totaliza 47 residentes, sendo que apenas o PRCTB possui três anos de formação.

A proposta inicial contemplava entrevistar dois residentes de cada um dos seis programas de residência com locus no HU-USP totalizando 12 entrevistados, porém durante as entrevistas, identificou-se a necessidade de acrescentar mais dois residentes na amostra para contemplar ao menos um residente de cada uma das profissões que fazem parte do programa de residência multiprofissional, totalizando 14 participantes. Portanto, foram incluídos neste estudo, dois residentes de cada programa de residência com *locus* no HU-USP, com exceção do programa de residência multiprofissional que foram incluídos quatro residentes.

Para definição dos participantes, havia-se previsto uma apresentação do projeto de pesquisa à Comissão de Ensino e Pesquisa (COMEP) e reconhecimento de campo do HU-USP para entender a dinâmica e cronograma dos residentes no HU-USP, porém, devido a COVID-19 e a resolução CoPq N° 8.012, de 14 de setembro de 2020 que estabelece que “*os trabalhos e pesquisas de campo devem ser evitados até que se configurem as condições favoráveis*” (USP, 2020), a pesquisadora realizou todos os contatos via *e-mail*. Os contatos foram realizados diretamente com as coordenações de cada programa de residência e com o setor de Ensino e Qualidade do hospital via telefone e *e-mail*, para a apresentação do projeto e solicitação do contato dos residentes para que fossem realizados os convites de participação da pesquisa.

Os residentes foram selecionados mediante indicação dos programas ou por

convites realizados individualmente de forma aleatória pela pesquisadora por meio das listas de contatos disponibilizados. Buscou-se iniciar o convite para residentes participantes da COREMU quando disponível essa informação, por serem sujeitos chave que conhecem o seu programa e as questões relacionadas a ele. Tentativas de contato com a COREMU sucederam via telefone e e-mail para identificação de residentes participantes desta comissão, porém, sem sucesso.

Aos participantes que aceitaram fazer parte da pesquisa, foi enviado um e-mail com informações complementares da pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) via Google Forms. Ao enviar o formulário preenchido, o participante recebia uma cópia do TCLE em seu e-mail.

O critério de inclusão dos participantes no estudo foi ser residente de um dos programas de residência envolvidos, com atuação como residente no HU-USP por pelo menos seis meses.

A proposta inicial era convidar um residente de cada ano dos programas, porém, devido à pandemia, a coleta de dados atrasou e os residentes do primeiro ano de residência (R1) não contemplavam os critérios de inclusão já que os programas de residência se iniciam no mês de março, e a coleta de dados ocorreu a partir do mês de maio de 2021. Portanto, participaram das entrevistas, residentes do segundo (R2) e terceiro ano de residência (R3).

Dentre os 19 convites realizados, três convidados não responderam, um manifestou que não participaria e um participante foi excluído devido a afastamento por motivos de saúde, totalizando 14 participantes.

4.4 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais, de maneira *online*, gravadas mediante autorização dos participantes, com o subsídio de um roteiro com questões semiestruturadas (Apêndice A), norteado pelo tema PCI.

Foi utilizado modelo de entrevista semiestruturada com base na Técnica de Incidente Crítico (TIC), conforme utilizado no trabalho de Aguiar (2013). Por meio da TIC, os respectivos respondentes contam histórias e lembram de eventos vivenciados importantes em sua trajetória, o que possibilita analisar uma temática a partir de uma situação experimentada pelo participante (Gremler, 2004).

Gremler (2004), aponta que há benefícios para a utilização da TIC na pesquisa

sobre prestação de serviços, dentre eles, o fato de as evidências partirem da perspectiva do respondente e serem coletadas nas suas próprias palavras (Edvardsson, Ross, 2001), permitindo a determinação das situações mais relevantes no que tange ao tema em pesquisa (Ruyter, Perkins, Wetzels, 1995). Desta forma, a partir da TIC, pretendeu-se mobilizar os residentes a lembrarem de situações vivenciadas para compreender a perspectiva deste profissional em relação à PCI no HU-USP.

A pesquisadora testou o roteiro de entrevista previamente com dois egressos de programas de residência de outro hospital universitário brasileiro. Os dados provenientes deste teste não foram incluídos na análise, aplicou-se exclusivamente para aperfeiçoamento do roteiro.

4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Em razão da COVID-19, as entrevistas foram realizadas via plataforma de videoconferência *Google Meet*, agendadas mediante disponibilidade de dia e horário dos residentes e da pesquisadora.

As entrevistas *online* são conduzidas de forma síncrona entre o pesquisador e o participante, sendo uma técnica que permite grande interação entre os envolvidos, similar às entrevistas presenciais, portanto, uma estratégia positiva e mais segura para a continuidade de coleta de dados de pesquisas durante a pandemia COVID-19.

Entre seus pontos fortes, também é possível citar que as entrevistas *online* ultrapassam barreiras geográficas e possibilitam maior conveniência para os participantes em relação à escolha do local caracterizando ainda maior privacidade e anonimato (Gray et al., 2020; Janghorban, Roudsari, Taghipour, 2014; Schmidt, Palazzi, Piccinini, 2020).

Para a realização de entrevistas *online*, há alguns cuidados que devem ser seguidos. A pesquisadora deve se familiarizar com a plataforma, estando disponível para auxiliar os participantes, possuir espaço em disco suficiente para arquivar as gravações e controlar o tempo da entrevista para não se exceder demasiadamente. Foi necessário que o participante e a pesquisadora possuíssem uma rede de internet estável e um equipamento para acesso da plataforma de videoconferência (celular, computador, câmera, fone e microfone), breve conhecimento de tecnologia e um ambiente silencioso. As vantagens se sobrepõem às necessidades já que a coleta de

dados foi realizada durante a pandemia COVID-19 que restringiu o acesso de pesquisadores nas dependências do HU-USP (Schmidt, Palazzi, Piccinini, 2020).

A rede de internet estável e a câmera não foram atingidos em todas as entrevistas, todavia acredita-se que esse impacto seja discreto para a análise dos resultados.

As entrevistas foram agendadas via *email* e ou *WhatsApp*, de acordo com a preferência do participante e foi enviado um *link* de acesso para cada um ingressar na entrevista individualmente conforme respectivo agendamento.

Antes do início de cada entrevista, foi conferido pela pesquisadora, o envio do TCLE com o aceite de participação.

A pesquisadora iniciou a entrevista com uma breve apresentação pessoal e do projeto de pesquisa, além de mencionar de acordo com a literatura, a definição do objeto de estudo da pesquisa, a Prática Colaborativa Interprofissional. Foi confirmado o envio do TCLE, esclarecido aos residentes que teriam suas identidades preservadas e que seus relatos seriam utilizados para contribuição com os resultados dessa pesquisa. As entrevistas tiveram em média 60 minutos de duração.

As entrevistas foram gravadas através da plataforma *Google Meet* com a versão disponibilizada pelo email USP com duração mínima de 45 minutos e máxima de uma hora e 21 minutos, com média de 1 hora e 4 minutos.

As entrevistas foram transcritas pela própria pesquisadora com o auxílio da ferramenta "ditado" do programa *Word*. As entrevistas eram ouvidas pela primeira vez enquanto captadas pelo microfone do computador e transcritas em uma primeira versão. Essa primeira versão, possuía diversos erros de conteúdo e estava formatada em texto corrido. Uma segunda versão foi construída a partir de uma nova escuta com inúmeras correções do conteúdo e realizou-se a formatação para o modelo formal deste documento. Foram retirados os vícios de linguagem e nomes próprios que poderiam levar à identificação dos entrevistados.

4.6 ANÁLISE DE DADOS

As entrevistas foram transcritas e submetidas à Análise de Conteúdo Temática segundo Bardin (2010).

Para Bardin (2011), a análise de conteúdo tem o objetivo de analisar o que foi dito, construindo e apresentando concepções em torno de um objeto de estudo. A

análise do conteúdo coletado tem a intenção da inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção) e segue um processo rigoroso organizado em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2006).

Esse método permite a classificação dos componentes do significado da mensagem em espécie de gavetas. Assim, a análise de conteúdo ocupa-se de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo extraído das comunicações e sua respectiva interpretação (Bardin, 2011).

Na pré-análise, se organiza o material a ser analisado, deixando operacional e sistematizando as ideias iniciais. Nela se realiza a escolha dos documentos, que consiste na demarcação do que será analisado; a formulação das hipóteses e dos objetivos; e a referenciação dos índices e elaboração de indicadores (Bardin, 2006). Nesta etapa foi realizada a leitura flutuante dos documentos, que é o estabelecimento de contato com os documentos da coleta de dados, permitindo-se invadir por impressões e orientações. Posteriormente, realizando repetida leitura, foram escolhidos temas que se repetiam, considerando a pergunta de pesquisa e os objetivos deste estudo.

Na segunda fase é feita a exploração do material com codificação e a definição de categorias de análise (classes que reúnem um grupo de elementos) e a identificação das unidades de registro (corresponde ao segmento de conteúdo) e das unidades de contexto nos documentos (unidade de compreensão para codificar a unidade de registro que corresponde ao segmento da mensagem). Destaca-se que a codificação, a classificação e a categorização são básicas nesta fase e o pesquisador deve estar atendo ao critério exclusividade, a fim de que um elemento não seja classificado em mais de uma categoria (Bardin, 2006). Nesta fase, os dados brutos passaram a dados organizados, codificados, realizando-se a categorização dos mesmos.

Por último, na terceira fase é realizado o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Caracterizada pela condensação e o destaque das informações para análise, culminando nas interpretações inferenciais; é o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica (Bardin, 2006). Nesta fase, foram organizadas as categorias e realizadas interpretações inferenciais.

Para a organização do material empírico, foi utilizado o software *Atlas.Ti* que permitiu reunir todas as entrevistas transcritas, a criação e a organização de códigos

que facilitaram a análise dos dados.

Neste estudo, utilizaremos o termo “trabalhador” para os profissionais de saúde atuantes no HU-USP com contrato de trabalho e vínculo empregatício e, o termo “residente” foi designado aos profissionais atuantes no HU-USP com contrato padrão de matrícula de pós-graduação no modelo residência em saúde. Apesar dos residentes também serem trabalhadores do HU-USP, optou-se por essa denominação apenas para diferenciação dos sujeitos no contexto da pesquisa. Profissionais são todos aqueles que exercem uma profissão.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto desta pesquisa foi registrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Enfermagem da USP (CEP-EE) por meio do parecer número 4.469.397 (Anexo 1) e do Hospital Universitário (CEP-HU) por meio do parecer número 4.561.488 (Anexo 2).

Por consequência da pandemia de Covid-19, optou-se por enviar uma emenda do projeto de pesquisa pela Plataforma Brasil, descrevendo a possibilidade de as entrevistas serem feitas em formato *online*. A emenda foi aprovada pelo CEP-EE e pelo CEP-HU por meio dos pareceres número 4.655.623 (Anexo 3) e número 4.729.053 (Anexo 4), respectivamente.

A pesquisa respeitou todas as orientações éticas (autonomia garantida aos participantes, beneficência, não maleficência e relevância social com justiça e equidade) que envolvem pesquisas realizadas com seres humanos, conforme Resolução nº 466/12. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice B) disponível pela plataforma *Google Forms* e receberam uma via em seu *email*.

5 Resultados

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Foram entrevistados 14 residentes dos programas de RMS e RAPS do HU-USP. Participaram 11 residentes do sexo feminino e três do sexo masculino. Todos serão referidos neste estudo no sexo masculino para preservar possível identificação dos participantes. Quanto à idade, os residentes possuíam de 23 a 29 anos com média geral de 24,85 anos.

Com relação à formação, participaram seis enfermeiros, dois farmacêuticos, dois odontólogos, dois fonoaudiólogos, um terapeuta ocupacional e um fisioterapeuta.

A maioria dos entrevistados faz parte da COREMU, sendo nove residentes participantes. Alguns apresentaram dúvida se participavam da comissão e dentre os que referiram não participar, alguns não conheciam o termo e/ou a comissão. Foi previsto iniciar as entrevistas com participantes da COREMU, por acreditar que seus participantes teriam uma postura crítica, porém, esta condição não fez diferença.

Quanto ao tempo de residência, 13 entrevistados estavam cursando o segundo ano e um entrevistado cursando o terceiro ano de residência, já que um dos programas possui três anos de duração. O tempo de residência variou de um ano e três meses a dois anos e dois meses. Para manter a identidade dos participantes preservada, não serão apresentados outros dados dos residentes.

Alguns programas de residência possuem apenas o HU-USP como cenário de prática, já outros programas contemplam outros cenários, como por exemplo, outros hospitais e Unidades Básicas de Saúde e por esse motivo, o tempo de residência no HU-USP variou de seis meses a dois anos e três meses.

Alguns residentes já não estavam mais atuando no HU-USP quando foram entrevistados, mas todos exerceram atividades no HU-USP por no mínimo seis meses.

No que se refere à atuação nos diferentes setores/unidades, o tempo variou de um mês a todo o tempo de residência, pois há programas que não possuem um período determinado por setor/unidade.

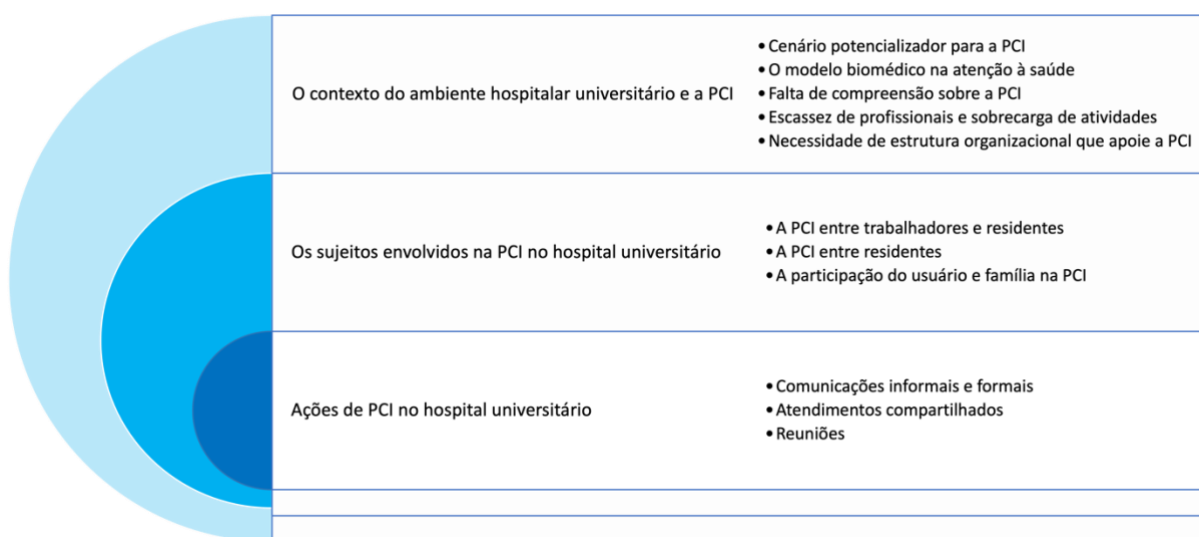
Não foram observadas diferenças significativas sobre as perspectivas de PCI dos residentes em relação ao tempo de residência e/ou tempo de permanência em determinado setor/unidade e no HU-USP.

Os relatos seguiram linhas semelhantes em relação à PCI com destaque para os residentes do PRMPSCAH do PRESCA que apresentaram maior vivência em seus contextos, opostamente aos residentes do PRCTB e do PREO com maiores limitações.

5.2 A EXPERIÊNCIA DOS RESIDENTES SOBRE PCI

A análise das entrevistas possibilitou a construção de três categorias empíricas relacionadas à experiência dos residentes da área da saúde sobre PCI no HU-USP: O contexto do ambiente hospitalar universitário e a PCI; Os sujeitos envolvidos na PCI no hospital universitário; e Ações de PCI no hospital universitário (Figura 3).

Figura 3 - A experiência dos residentes sobre PCI: categorias empíricas e subcategorias identificadas.



Fonte: Blanco, VM. A Prática Colaborativa Interprofissional na perspectiva de residentes da área da saúde de um hospital universitário paulista [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2022.

É importante salientar que as categorias são interdependentes, ou seja, o contexto do ambiente tem relação com os sujeitos e esses com as ações realizadas. Além disso, cada categoria apresenta subcategorias que explicitam os aspectos relacionados a PCI no contexto, nos sujeitos e nas ações.

5.2.1 O contexto do ambiente hospitalar universitário e a PCI

A partir das entrevistas, o HU-USP foi considerado pelos residentes como um hospital diferenciado em relação a outros hospitais já frequentados por eles. Apresenta condição favorável para a PCI por sua gama de profissionais, por ser cenário de práticas educacionais, principalmente residências uni e multiprofissionais, entre outros. Todavia, foram elencadas barreiras em seu contexto que limitam a PCI como o predomínio do modelo biomédico e a falta de compreensão sobre a PCI; a escassez de profissionais e sobrecarga de atividades; e a necessidade de apoio organizacional para a PCI.

5.2.1.1 Cenário potencializador para a PCI

O HU-USP foi apresentado pelos residentes como cenário potencializador para a PCI por proporcionar a interação entre profissionais de diferentes áreas, em diferentes níveis de formação, além de haver trabalhadores e usuários cientes de que este hospital universitário é *campus* de atuação de estudantes de graduação e pós-graduação.

[...] eu acho que o hospital é universitário ele tem essa riqueza, de possibilidades que é trabalhar com diferentes áreas. Os profissionais normalmente são voltados para educação, então, tem essa preocupação de fazer acontecer, de olhar para esses critérios, para ver se os alunos realmente estão contemplando o indivíduo, essa abordagem integral. Ali o ambiente ideal, digamos assim, não que todas as coisas aconteçam, mas é onde a gente busca na prática realizar essas intervenções colaborativas, essas práticas colaborativas entre os profissionais, acho que o ambiente é propício para isso, de verdade (R5).

[...] acho que a formação da equipe, os profissionais qualificados, profissionais que estão dispostos a receber alunos, a receber residentes, entenderem quais são os objetivos de um hospital universitário, o paciente também entender que ali é um hospital universitário [...] eu acho que toda essa estrutura que o HU tem facilita e potencializa (R13).

Ser *locus* de programas de residência uni e multiprofissionais expande ainda mais seu potencial para a PCI, conforme o relato abaixo.

[...] eu acho que ter programas de residência uni e multiprofissional também é potencializador, porque a partir disso você permite que tenha essa troca entre profissionais porque você segue um regimento maior de residência que já é determinado, então você permite que haja essa troca, então eu acho que esses fatores ajudam bastante assim (R3).

A satisfação em experienciar situações de PCI no HU-USP foi relatada pelos residentes. Por referência a experiências em outras instituições de saúde, o HU-USP

foi valorizado pelos residentes por proporcionar que aprendam e desenvolvam a PCI.

[...] acho que dos institutos que eu passei, o HU é realmente o que eu acho que a gente teve mais oportunidade de explorar essa prática Interprofissional, multi... Acho que eu sou muito feliz por ter passado lá primeiro e ter pegado essa bagagem [...] a gente valoriza muito, muito, muito! E até uma coisa que hoje em dia a gente tem muita queixa em relação aos hospitais que a gente está agora, porque não acontece isso, então é uma coisa que a gente sente muita saudade do HU. É unânime quando a gente se junta é sempre uma das pautas “nossa que saudade do HU, lembra quando a gente atendia junto, quando a gente se via, a gente tinha oportunidade de discutir os casos” [...] (R4)

Mas momento assim (reunião multiprofissional), que pelo menos nós residentes, a gente espera ansioso, porque é um momento de troca que a gente não consegue fazer no dia a dia (R10).

Residentes mencionaram que a PCI contribui para a formação do profissional de saúde, para a instituição e para o usuário.

Eu vejo como uma oportunidade de aprendizagem, da gente pensar que mesmo depois da residência. A gente vai precisar do outro para contribuir mesmo no processo de recuperação daquele usuário [...] e até levar isso para as nossas práticas depois [...] eu não vejo isso com tanta frequência. Por que não, o dia que eu for uma contratada, eu não sugerir que isso possa ser feito? Então acho que é uma sementinha que planta para depois a gente, se a gente quiser regar ou não (R6).

[...] é um tema bem relevante, influencia na nossa formação, influencia no hospital, influencia para o paciente, porque a cadeia final é o paciente. Profissionais melhores, mais bem informados, influencia pro paciente. A gente consegue melhorar a saúde do paciente como um todo. A formação dos profissionais, mudar a cultura da residência. Vai mudar, com certeza vai mudar a formação dos profissionais (R8).

Além de proporcionar maior segurança e empoderamento para a atuação do residente.

[...] principalmente para a gente que está começando é legal porque tem uma pessoa ali a mais, para ver, para enxergar os detalhes [...] tem coisas que eu não percebia, que ela percebia [...] é uma pessoa para discutir aquele caso (R4).

[...] acho que ela chega a ser positiva, porque se eu estou inseguro, eu vou discutir com outro profissional, essa discussão [...] vai permitir com que eu me sinta mais seguro. Se eu tenho um objetivo, mas eu estou inseguro e eu vou discutir com o fisioterapeuta [...] eu vou me sentir mais empoderado e vou permitir com que isso flua de uma forma melhor (R3).

Os entrevistados referiram que o aprendizado proporcionado pela realização de PCI, gera por consequência, maior realização de PCI. O conhecimento adquirido sobre as outras áreas profissionais aumenta a demanda para os profissionais podendo contribuir para o reconhecimento e valorização de áreas menos solicitadas.

[...] isso fez com que eu aprendesse muito sobre terapia ocupacional e também sobre a fisioterapia, e isso me ajudou muito porque hoje em dia, no R2, eu consigo identificar pacientes que têm necessidades específicas de fisioterapia, pacientes que têm necessidades específicas de terapia ocupacional, com isso a gente vai aumentando a demanda de solicitações das outras áreas e a gente vai colaborando para que a área seja mais conhecida, mais vista, mais requisitada e eu acho que conseqüentemente a gente consegue, talvez no futuro conseguir mais profissionais de acordo com essa prática [...] (R3)

[...] a gente consegue conversar e identificar necessidades que o paciente tem com outras especialidades também, então a gente consegue orientar e discutir para onde encaminhar esse paciente saber que profissional que pode resolver aquela queixa dele (R7).

As situações em que não houve ou houve limitada PCI, foram experiências negativas para os residentes.

[...] já aconteceu de eu participar de emergência em que a equipe não se conhecia muito bem, é uma bagunça porque todo mundo quer fazer tudo ao mesmo tempo e as mesmas coisas às vezes [...] às vezes gera discussão, briga no meio da sala de emergência, porque começa um a gritar com o outro [...] (R11)

A gente ficava chateado, conversava entre os outros profissionais [...] médico liberou isso, só que você avaliou e liberou outra coisa e eu vou seguir o que você liberou, porque eu acho que é mais seguro já que você é profissional mais competente para aquela área [...] (R3)

[...] no começo da residência foi bem difícil porque dá muito choque do tipo de assistência que eu quero prestar com o tipo de assistência que existe lá. Hoje eu consigo lidar melhor com as minhas frustrações e é um trabalho de formiguinha, as vezes eu falo que é redução de danos que eu consigo fazer lá, é proporcionar às vezes coisas que podem ser pequenas, mas que de algum modo já vai impactar na assistência [...] (R14)

Residentes acreditam que o HU-USP poderia possibilitar mais momentos interprofissionais.

Eu acho que seria legal se a gente tivesse às vezes a discussão de casos juntos [...] se tivesse essas práticas seria muito mais legal, eu acho que a gente ia levar mais disso para a formação, para sair daqui da residência tendo essa visão mesmo de trabalhar em conjunto, discutir o caso, discutir conduta, pensar junto (R14).

[...] várias vezes a parte médica tem aulas que a gente poderia plenamente participar [...] (R1)

[...] poderia assim ter as reuniões clínicas formais, mas incentivar uma conversa em entre setor mesmo, uma coisa informal. Não sei como seria isso, mas isso ajuda bastante [...] (R8)

[...] eu acho que poderia ter mais, eu acho que tudo o que tem dentro do HU que pudesse incluir outros profissionais, seriam esses momentos que a gente precisa de troca [...] (R13)

5.2.1.2 O modelo biomédico na atenção à saúde

O predomínio do modelo biomédico na atenção à saúde do HU-USP, expresso na tomada de decisão centralizada no profissional médico, destacou-se em diversos relatos como barreira para a PCI. Os residentes referem estar em um hospital universitário tradicional, centralizado na medicina, com conseqüente hierarquização entre a medicina e as demais categorias profissionais que possuem limitada autonomia no processo de tomada de decisão relacionado ao cuidado:

O HU é um hospital em que muitos dos profissionais estão há muitos anos ali dentro [...] que têm uma mentalidade do sistema que era de antes mesmo, que era completamente hierarquizado e de que só uma classe determinava o que ia acontecer e a outra só obedecia [...] (R11)

Eu acho que o próprio sistema dificulta à medida que para tudo, a gente dependa da equipe médica dentro do hospital, que a gente não tenha tanta autonomia dentro do hospital. É uma estrutura criada por eles mesmos [...] acho que é a própria estrutura do hospital, do funcionamento que dificulta esse processo colaborativo [...] à medida que eu tenho que ficar indo atrás do médico porque não tenho autonomia para resolver isso sozinha [...] e que para tudo eu preciso dele, então assim, acaba que não tem troca [...] (R13)

Acho que a hierarquia também é uma barreira, então, isso que eu falei que o médico ele tem que tomar todas as decisões importantes sobre o paciente é uma barreira por que essa estrutura médico centrada tira a participação dos outros profissionais, então, não acho [...] que o formato tem que ser uma pirâmide, sim a participação de cada um vai formando a o paciente sempre no meio e em volta dele todos os profissionais, cada um atuando com seus objetivos, então acho que quando a gente tem se esse é essa hierarquia de primeiro o médico, depois o enfermeiro, depois tal profissional, acho que não, acho que é linear e cada profissional tem os seus objetivos, então acho que essa hierarquização e essa cultura médica centrada é uma das principais barreiras também [...] (R3)

A clínica médica tem os cuidados paliativos também e aí, às vezes só vai o médico, a equipe médica faz a reunião com a família, dependendo de quem é, convida a enfermeira de plantão. Mas eu creio que esse é um momento que talvez pudessem ter mais pessoas envolvidas [...] é diferente, você ter só a equipe médica lá falando isso e você ter vários profissionais falando "olha nós estaremos aqui até o final da vida dele, tentando fornecer o máximo de conforto possível" [...] (R10)

Existe muito uma visão um médico-cêntrica ainda infelizmente... A abordagem biomédica do paciente [...] (R7)

Porém, também foi mencionado sobre a naturalização da atenção centrada no médico com relação às outras profissões, além da necessidade de empoderamento dos profissionais não médicos que de acordo com um residente, pode ser trabalhada por meio de educação no HU-USP.

[...] eu acho que as pessoas estão muito acostumadas a "só os médicos falam, só eles que meio que tenha razão, eles conhecem tudo do paciente" e talvez as pessoas não queiram se envolver realmente [...] (R10)

[...] então eu acho que falta atualização [...] empoderamento desses profissionais, fazer atividades, não sei, o SEC, que é o serviço lá de educação, é proporcionar alguns, não sei [...] mas atividade de empoderamento para esses profissionais porque eu acho que falta, o que falta é isso, porque uma classe a gente sabe que é empoderada, mas é uma e aí, as outras ficam tudo meio ali na barra [...] falando com meias palavras, meio pisando em ovos [...] (R11)

5.2.1.3 Falta de compreensão sobre a PCI

Foi observada a falta de compreensão sobre a PCI entre os residentes.

Eu acho complicado falar porque eu acho que eu não entendi muito o significado de prática colaborativa (R11).

Bom, vou tentar falar alguma coisa, mas não sei se é isso que você espera, risos (R11).

Enquanto os residentes descreviam ações de PCI, eles as caracterizaram com mais de um termo relacionado ao trabalho compartilhado.

[...] então, acho que é um momento que é interprofissional, multiprofissional [...] (R13)

[...] e esse é um momento na clínica médica que eu vejo multiprofissional, multidisciplinar [...] (R9)

Em algumas situações quando questionados sobre a PCI, os entrevistados tenderam a responder sobre experiências de práticas colaborativas entre a mesma área profissional, principalmente em perguntas que abordavam a PCI com profissionais menos próximos, como por exemplo, de outros setores/unidades ou profissionais externos.

[...] então, muitas vezes a gente conversa direto com outro farmacêutico que está no setor. Daí o outro farmacêutico que fala com os médicos ou com os enfermeiros ou com quem for necessário do setor que o paciente está agora. Eu não sei, não estou conseguindo lembrar de algum momento que eu tive que ir para outro setor falar com algum outro profissional, porque em geral a gente consegue falar tudo com os farmacêuticos, passar apenas para outros farmacêuticos e eles acabam resolvendo (R1).

Inclusive, os residentes apresentaram dificuldade em relatar ações interprofissionais entre setores/unidades diferentes. Quando questionados, residentes realizaram pausas maiores para respostas e relatos inseguros se a situação que estavam contando realmente era PCI ou não.

Então, eu não sei se esse caso do serviço social entraria [...] quando a gente identifica uma demanda que seja deles, a gente desce conversa o caso, preenche uma folha de

interconsulta e daí, depois eles dão uma devolutiva de como ficou [...] então talvez seriam setores diferentes porque eles não ficam na mesma unidade [...] (R6)

[...] só agora lembrando, tem o serviço social que não é um setor que está diretamente nas clínicas, mas que a gente conversa bastante [...] (R2)

A falta de clarificação de papéis entre os profissionais de diferentes áreas foi apontada como barreira para a PCI.

[...] o que observo é que os conhecimentos são simplistas em relação a atuação daquele profissional, então é muito generalizado [...] eu acho que a principal barreira é você não conhecer os objetivos daquele profissional (R3).

[...] o médico não sabe o que o enfermeiro faz. O enfermeiro não sabe o que o dentista faz num hospital? Eles operam, o dentista opera a face, ninguém sabe. O que a nutrição faz? O que o fisioterapeuta está fazendo [...]? Ele não sabe nem o que o outro faz (R8).

A educação sobre a atuação dos profissionais e sobre o trabalho compartilhado foi vista como essencial tanto na graduação quanto dentro do cotidiano laboral para que os profissionais conheçam a atuação das diversas profissões e saibam quando envolvê-las, além de como se comunicarem interprofissionalmente, porém, residentes identificam a falta desse tipo de atividade no HU-USP.

[...] falta disso ser introduzido no começo da graduação, de ter mais esses espaços de encontros, essa formação mais em conjunto, eu acho que entender um pouco mais a função das outras profissões, que é uma coisa que colabora muito e a gente sabe também quando que a gente vai precisar da ajuda daquele profissional e quem vai ser mais indicado naquela hora para ter uma atuação. Eu acho que também seria bom se na graduação a gente abordasse mais sobre comunicação e não só comunicação com o paciente, mas comunicação como equipe, eu sinto falta que a gente tem que aprender muito na raça, risos (R14).

[...] uma coisa que a gente observava lá é que muitas pessoas não respeitavam, porque não conheciam sabe, porque faltava conhecimento em relação à importância daquela atuação. Então, eu acho que a educação em relação à atuação das equipes e o entendimento também de que todo mundo está fazendo a sua parte ali porque o objetivo é a melhora do paciente, integralizar aquele cuidado ali do paciente então, eu acho que a educação ia fazer total diferença assim (R4).

Uma coisa que a gente observou assim algumas vezes lá [...] até um pouco de falta de educação continuada assim dentro das profissões [...] (R4)

[...] e aí podia o hospital universitário fazer essa integração... Explicar a função de cada setor e como que o buco conseguiria, por exemplo, melhorar a atuação do enfermeiro, como o enfermeiro poderia melhorar a atuação do buco? Como o buco poderia melhorar a atuação da nutrição? Se soubesse melhor a dinâmica do hospital, as dúvidas iriam sair e poderia ter uma explicação básica de como a gente consegue otimizar o serviço (R8).

No HU-USP, foram evidenciados dois exemplos exitosos de capacitação sobre

a atuação profissional: capacitações da fonoaudiologia e simulações de atendimento de emergência no PSI.

Residentes da fonoaudiologia realizam capacitações para os novos residentes médicos com foco em esclarecer suas atividades profissionais. Esta prática também foi sugerida pelos residentes para que outras categorias profissionais a executem e capacitem as diversas equipes do HU-USP.

A gente da fonoaudiologia, a gente fazia sempre assim, toda vez que rodava os residentes médicos a gente dava uma aula pra eles, sobre a atuação da fonoaudiologia explicava a questão das dietas e a gente percebia o quanto melhorava a relação mesmo e esses encaminhamentos [...] então eu acho que seria interessante também ter essa disseminação das outras equipes multi [...] cada um falando um pouquinho do que faz, de qual é a atuação ali naquele setor, eu acho que também seria interessante, acho que falta muito conhecimento da nossa atuação como equipe multi ainda (R4).

De acordo com um residente, simulações de atendimentos de emergência são realizadas no Pronto Socorro Infantil (PSI) para que os profissionais entendam os papéis de cada profissão e executem um atendimento organizado e de qualidade.

[...] a gente faz essas simulações, cada um sabendo seu papel para a gente treinar [...] mais de comando verbal, de entender de onde vem a liderança, qual o papel de cada um e eu acho isso muito bom [...] não ter atropelamento da função, de cada um entender o que cabe a você tanto como profissional de enfermagem como profissional médico [...] (R11)

Residentes referem a presença de trabalhadores resistentes para ações em conjunto e inovações para a assistência e o cuidado em saúde, como a PCI.

[...] acho que tem profissionais muito antigos no HU com a cabeça muito fechada, que realmente não querem abrir a mente para coisas novas [...] a gente sofre muita retaliação quando a gente quer trazer alguma coisa que seja novidade, por mais que tenha mil coisas que embasam, embasamento científico e tudo mais, se não chegar uma autoridade maior falando tem que ser feito assim, não, não vai. Então, é bem frustrante a gente trabalhar com pessoas tão antigas, assim que tenham condutas tão passadas também (R13).

A resistência foi associada à falta de abertura de alguns profissionais e ao tempo que determinadas profissões desenvolvem suas funções no hospital.

Eu acho que um pouco de aceitação digamos assim, um tipo de abertura, porque querendo ou não [...] é muito novo, tem 10 anos que a farmácia clínica atua do jeito que a gente atua, que tem residência, tal, que a gente consegue estar um pouco mais presente, mas os médicos estão aqui, estão há muito mais tempo que isso, a enfermagem está muito mais tempo que isso, então a gente, querendo ou não, a gente

muda também um pouco da rotina deles e existe uma certa resistência [...] mas é mais por isso, a farmácia clínica é nova, relativamente nova em relação ao hospital, em relação aos profissionais que estão aqui (R2).

[...] principalmente na enfermagem obstétrica, desde o início da criação do programa é assim, porque não é um programa que existe há muitos anos e a gente tem que criar nosso espaço [...] a gente já está lá há alguns anos e as coisas vão engatinhando, muito lento o processo (R13).

Devido à resistência às inovações, os residentes referem dificuldade em aplicar na prática os conhecimentos teóricos atualizados, mesmo com a apresentação de evidências científicas que as embasam. Neste caso, alguns residentes optam por não argumentar com profissionais com esse tipo de comportamento e por conta dessa dificuldade, residentes que atuam há mais tempo no HU-USP acabam assumindo a mesma postura resistente às inovações.

[...] eu sinto assim principalmente da gente que é novo, que chega novo no setor, ou que é aluno, às vezes quando você quer fazer alguma coisa que é mais diferente assim da rotina, o pessoal tem muita resistência [...] (R9)

[...] quando a gente está na sala de aula a gente tem um conhecimento teórico, quando chega na vida real, esse conhecimento às vezes vai por água abaixo [...] eu acho que tem essa diferença sim, o residente, ele ainda quer entender ou quer tentar mudar mediante o que ele leu e às vezes, o contratado ou até nós, a gente no R2 mesmo, tipo tem coisas que a gente cansou. Tipo "oh, não existe referência, não tem o menor motivo, não tem o porquê, mas é feito assim e pronto, tipo um dogma", risos (R1).

[...] a gente está o tempo inteiro remando contra uma maré muito forte, então a gente tem uma folhinha de ocorrência da residência que a gente escreve tudo que aconteceu e entrega para chefia, eu não faço nada além disso porque eu não tenho mais força para discutir com ninguém [...] (R13)

5.2.1.4 Escassez de profissionais e sobrecarga de atividades

Residentes referem número reduzido de profissionais que gera por consequência, uma sobrecarga de atividades.

[...] às vezes as pessoas estão com uma alta demanda por ter pouco profissional, às vezes elas têm uma alta demanda de trabalho, tem muito estresse, isso também se torna como barreira para você trabalhar junto, às vezes relacionamento, eu acredito [...] (R9)

Eu acho que talvez a sobrecarga de trabalho e um número reduzido de profissionais sejam os principais [...] (R10)

Neste quesito também se destaca a sensação dos residentes de receber alta demanda de trabalho, o que compromete a participação em atividades interprofissionais.

[...] são os residentes que têm que dar conta de 40 prescrições, 40 condutas, enfim, eu acho que é a demanda também que acaba ditando ou não essa participação [...] (R1)

[...] então dependendo da demanda, se tinha muito para paciente para atender no dia, no turno, às vezes eu não conseguia, por exemplo, esperar a terapeuta ocupacional ter um horário que batesse com o meu para ir atender tal paciente junto com ela [...] (R4).

Além do número reduzido de profissionais, também foi apontada a necessidade da inclusão de outros profissionais nos setores/unidades. Acreditam que a PCI seria muito mais efetiva na presença constante de categorias profissionais que não atuam fixamente nos setores/unidades. Os profissionais que não estão localizados no setor/unidade são acionados principalmente quando o usuário tem uma grande necessidade deste atendimento, mas que outros usuários poderiam se beneficiar do atendimento se houvesse uma equipe disponível no HU-USP com maior número de categorias profissionais.

[...] outras clínicas poderiam ter profissionais de outras profissões da saúde mais presentes. Na cirúrgica eu vivenciei muitas situações em que eu precisava de um fisioterapeuta e ele não estava lá [...] (R9)

[...] o número de profissionais, eu acho que em várias profissões ele é reduzido [...] por exemplo, as meninas da terapia ocupacional, tem um setor para atender o hospital inteiro, então, [...] não peço interconsulta porque demora, porque às vezes não vai ter horário, enfim porque não tem muita gente para atender, tem poucos profissionais, isto é uma das barreiras (R9).

[...] não tem fisioterapia no pronto-socorro infantil, que é uma coisa que a gente sente bastante falta porque [...] a gente atende muito mais quadros respiratórios, então, se recebesse ali uma fisioterapia respiratória, a gente tinha criança de alta e não ia internar, risos, mas mesmo assim, se a gente acha que está precisando muito de uma fisioterapia que vai ser muito benéfico, a gente liga e eles normalmente vêm lá e atende essas crianças no pronto-socorro [...] (R11)

Essa questão foi evidenciada principalmente nos relatos sobre as altas hospitalares porque algumas categorias profissionais que não estão presentes em todo o tempo nos setores/unidades não tomam conhecimento previamente e não realizam suas orientações a tempo do usuário ter alta hospitalar, impossibilitando que os usuários recebam o atendimento integral.

[...] A terapia ocupacional ficava sabendo da alta ali em cima da hora e aí não conseguia dar informação direito, não estava preparado para dar uma informação ou não sabia (R5).

[...] aconteceu de o paciente ir embora e a gente não conseguir fazer a orientação [...] também não deu tempo de a enfermagem avisar porque ele estava indo embora,

porque familiar já veio buscar e já foi embora correndo. Então essas travas acabaram acontecendo também (R2).

A rotina da clínica cirúrgica foi apresentada neste mesmo contexto, pois médicos cirurgiões visitam os usuários para atendimentos relacionados ao procedimento cirúrgico, com pouca interação com a equipe e interesse no contexto geral da saúde do usuário, reduzindo a PCI entre esses profissionais.

[...] na clínica cirúrgica [...] a gente tem um [...] problema com os ortopedistas, que tem um fluxo, uma rotina diferente, que às vezes dificulta a gente discutir caso, discutir conduta e tentar reavaliar o esquema terapêutico do paciente [...] (R1)

[...] a gente tem grandes dificuldades de fazer com que o cirurgião entenda que aquele paciente [...] tem outras questões que não só a cirurgia e que necessita de um olhar mais atencioso e cuidadoso durante a internação [...] (R1)

[...] na cirúrgica esses momentos multi não acontecem, infelizmente [...] (R9)

5.2.1.5 Necessidade de estrutura organizacional que apoie a PCI

Para que a PCI ocorra com maior frequência e qualidade no HU-USP, os residentes relatam a necessidade de uma estrutura organizacional que apoie a PCI.

Em uma das entrevistas, um residente apontou que os atendimentos compartilhados acontecem no HU-USP de acordo com o perfil e o interesse dos profissionais. Ressalta que é necessário estruturar e estabelecer mais claramente as ações compartilhadas.

[...] acho que essa prática de atender em conjunto, discutir com mais frequência os casos, poderia ser uma coisa já mais estruturada. Porque acho que vai depender da leva de residentes que vier, então se for uma leva que gosta, que vê benefícios disso, faz, mas se for uma leva que gosta de fazer, o feijão com arroz [...] acho que depende muito da pessoa que está prestando cuidado sabe, então talvez se isso fosse mais estabelecido assim, que tem alguns casos há necessidade de atender em conjunto, eu acho que isso aconteceria com mais frequência (R6).

Também foi identificada a necessidade de uma estruturação do atendimento com ações baseadas na integralidade da assistência.

Eu acho que a principal barreira é que não tem nada estruturado ainda. Então, a gente que sente falta disso, nós mais novos que sentimos a falta nessa totalidade do paciente, a gente acaba indo atrás por fora e aí, quem tem mais contato com o médico, às vezes naquele momento ou em determinada situação, acaba indo e conversando [...] (R1)

Inclusive, durante uma entrevista um residente mencionou uma dificuldade em fazer encaminhamentos de usuários do HU-USP para outro serviço devido à orientação da gestão.

[...] a gente teve alguns problemas com a superintendência, de falar que a gente não tinha esse direito, de que não era assim que funcionava, que a gente tinha que cuidar do paciente internado (R1).

O perfil da liderança foi outro fator que apareceu entre os relatos como barreira ou potencialidade para a PCI. Líderes com maior tempo de serviço com postura contrária às inovações e a ausência de escuta ativa da equipe podem ser grandes dificultadores para a PCI.

[...] dependendo dessa pessoa que lidera ali, que ela comanda o grupo, ela se torna uma dificultadora ou uma facilitadora dessa prática e eu acho que tem muito a ver com tempo de serviço [...] não estar aberto às novas possibilidades, não estar aberto a ouvir e se achar. Tem a ver com ego também, essa é a verdade, tem a ver com ego [...] (R11)

5.2.2 Os sujeitos envolvidos na PCI no hospital universitário

Trabalhadores, residentes, usuários e família estão envolvidos na PCI no HU-USP. A qualidade das interações entre esses sujeitos demonstrou ser determinante para a PCI. Os residentes se classificaram como potência e destaque para a PCI, considerando que ela acontece com mais frequência quando eles estão envolvidos. A presença, a rotina, a formação e o perfil dos residentes foram fatores de destaque para maior ocorrência de trabalho interprofissional entre esse público. Todo esse contexto corrobora com uma maior presença de PCI entre os residentes.

5.2.2.1 A PCI entre trabalhadores e residentes

A relação entre os residentes e os trabalhadores do HU-USP é vista pelos residentes de forma hierárquica, estando o residente em uma posição inferior. A falta de tempo, paciência, interesse e atualização em orientar os residentes são fatores que podem dificultar essa relação.

[...] as distâncias burocráticas, as hierarquias [...] muitas vezes, você como residente, você liga para o enfermeiro do centro cirúrgico, no caso ele nem tem tempo, nem quer falar com residente [...] você tem essas barreiras de profissional não querer dar uma atenção para o residente, então o residente é o residente [...] o residente no começo, ele não tem algumas coisas e o profissional não tem paciência para explicar. Então, acaba que vai de qualquer jeito, dá patada, aí as coisas vão acontecendo (R8).

[...] quando eu levo alguma coisa para um assistente, por exemplo, esse paciente está apresentando dor e eu queria melhorar a analgesia dele, eu sinto que eles não dão muita importância para o que eu estou falando e falam: "tá bom" e não avaliam [...] (R9)

[...] então, eu acho que essa falta de atualização também dá uma engessada, tanto no modo de trabalhar, quanto ao modo de se relacionar e às vezes dá um pouco mais de choque de pensamento. Então, eu acho que, às vezes, os residentes estão um pouco mais abertos nessa troca do que os outros profissionais (R14).

A participação dos residentes na PCI ocorre de diferentes formas entre setores/unidades do HU-USP. Em alguns locais como a clínica médica e a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), os residentes da enfermagem e da medicina permanecem alocados e desenvolvem suas funções prioritariamente nesse setor, residentes de outras áreas profissionais como a farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e odontologia atuam em mais de um setor durante a rotina diária. Há setores/unidades que os residentes frequentam e prestam atendimentos há mais tempo e são esperados e valorizados pelos trabalhadores e há outros setores/unidades que ainda buscam por espaço e reconhecimento da categoria profissional.

[...] na pediatria isso já está muito bem estipulado, no ambulatório a gente tá começando agora, e começa a identificar no ambulatório de cuidados paliativos e aí nos adultos... A gente vem tentando cavar um espaço assim. A gente já é esperado, por exemplo na clínica médica, na clínica cirúrgica, na UTI, eles sempre esperam o profissional pra começar a passar visita, eles sempre vêm questionar, perguntar, enfim, aí em outras clínicas nem tanto [...] (R1)

De acordo com os entrevistados, o entendimento sobre o papel do residente tem evoluído no HU-USP, além da atuação em serviço, também estão ali para aprender e se desenvolver como profissional.

Tem melhorado muito, antes a gente era muito cobrir buraco. Assim, cobre buraco, fecha o ouvido, tampa os olhos e faz. Mas hoje em dia não, hoje eles entendem nossa posição ali dentro, que a gente, que tem que ser uma via de mão dupla, a gente está ali para aprender, para ajudar, mas a gente também espera retorno, não é só a gente dando, fornecendo mão de obra para o hospital [...] (R11)

[...] e isso também dos outros profissionais verem os residentes como um potencial profissional que está aprendendo, então acho que também eles sabem que o residente exige um tempo maior, então eles vão discutir os casos, vai perguntar se alguma dúvida, perguntar como que pode ajudar. Então eu vejo que sempre eles, as pessoas tratam os residentes como pessoas que precisam de ajuda, porque é uma formação, então eles entendem isso como uma formação e acabam colaborando com a formação, eles se sentem gratificantes em colaborar com a formação daquele profissional (R3).

Porém, residentes identificam que alguns trabalhadores ainda precisam compreender o perfil do HU-USP como hospital de ensino e que os residentes estão em processo de aprendizagem.

[...] alguns entendem um pouco melhor de que é um hospital universitário, que a gente está aprendendo, que a gente vai tirar dúvida [...], mas outros não [...] tem um pouco menos de paciência na hora de explicar, na hora de tirar dúvidas ou até mesmo de discutir alguma coisa [...] (R2)

[...] às vezes, alguns profissionais não entendem que eles estão dentro de um hospital-escola e que ele vai ter que tirar dúvida do residente dele e dos outros [...] às vezes essa distância hierárquica, "não quero falar com residente, manda seu preceptor ligar" [...] alguns não entendem isso, não são todos, mas acho que entender que você está num hospital-escola, que tem que você tem obrigação de explicar para o seu residente, para o residente de outro programa [...] alguns não tem paciência de explicar e você acaba que não entende o processo. Uma pessoa que pare e te explique como funciona o processo a coisa flui mais rápido (R8).

As maiores dificuldades de PCI apresentadas pelos residentes foram com profissionais médicos.

[...] tinha falhas nessa comunicação. Quando tinha profissionais principalmente da equipe médica, a gente tinha um pouco mais de problema. Eu digo a gente como um todo assim, de médicos um pouco mais arrogantes em relação a esse acesso, a gente percebia o quanto ficava prejudicada sabe essa comunicação [...] (R4)

[...] dependendo do jeito que a gente fala, dependendo do médico, do humor dele, é um pouco difícil a comunicação, não difícil, mas um pouco mais travado. A gente tem que ter um pouco mais de cuidado [...] vamos esperar por outra pessoa que também pode mudar a conduta ou alguma outra profissional [...] a gente não tem abertura com todo mundo e a gente acaba escolhendo algumas pessoas para conversar dependendo do humor, assim dependendo da coisa (R2).

[...] às vezes, uma mulher está em trabalho de parto eu estou acompanhando ela e ela está super tranquila com os métodos não farmacológicos de alívio de dor e está evoluindo o trabalho de parto no tempo que deveria transcorrer, e aí, chega um obstetra [...] interrompe o que eu estou fazendo com ela e pede para avaliar [...] eles começam a tomar as condutas deles, aí as minhas condutas já não são mais respeitadas [...] (R14)

Os residentes referem que a PCI entre eles e os trabalhadores ocorre numa escala reduzida. Os residentes têm preferência por interações entre os próprios residentes, buscando os trabalhadores quando necessário. Mas os residentes acreditam que essa prática pode servir de estímulo para os trabalhadores.

[...] a gente dificilmente vai conversar com algum assistente, alguém que está acima num primeiro momento, só se os residentes daquela especialidade achar que é necessário essa conversa [...] (R8)

[...] talvez ela ocorra mais entre profissional e residente, do que profissional e

profissional [...], eu não sei se é porque os profissionais já trabalham, se conhecem, já sabem meio qual a conduta que vai ser tomada pelo colega e não se comunicam ou se é porque o residente realmente tem curiosidade e sente necessidade, porque a gente viu muito na teoria essa questão de prática, trabalhar em conjunto, trabalhar em equipe, não só a enfermagem no mundinho dela, mas todo mundo junto e a gente tenta sempre levar e viver isso (R10).

[...] às vezes se sente mais confortável em perguntar para outro residente [...] como se servisse de espelho para os outros profissionais e de ver que a gente está trabalhando harmonicamente entre nós residentes de diferentes categorias. Então, eu acho que as pessoas a volta vão como uma cascata, vão se envolvendo mais (R14).

5.2.2.2 A PCI entre residentes

Os residentes indicam que a PCI ocorre com grande frequência entre eles por se sentirem sujeitos "iguais", percebem-se numa mesma categoria e não se sentem intimidados para trocar informações e solicitar ajuda.

[...] entre nós residentes, ela é super positiva [...] quando é com outro residente [...] às vezes eles acatam a sua ideia e vamos fazer juntos, vamos trabalhar, eles ajudam muito no dia a dia mesmo, assim nas práticas [...] acho que tem uma relação [...] um pouco mais de igual para igual entre profissões diferentes (R9).

A gente como residente é muito unido. Os casos que a gente atende junto, a gente conversa muito sobre qual a proposta, como que a gente consegue fazer, o que você vai fazer hoje, o que você está pensando para os próximos dias, qual é a ideia para esse paciente, de que forma eu posso colaborar para isso [...] (R6)

Um residente refere que entre eles há o reconhecimento profissional, de forma que se tratam como "profissionais", diferente do tratamento recebido pelos trabalhadores do HU-USP.

[...] tem muito respeito profissional. A gente brinca que, às vezes, a gente se reconhece como profissionais, porque às vezes para o médico assistente, para o enfermeiro preceptor, eu sou residente, o médico é residente e o fisioterapeuta é residente, então, entre os residentes eu sou enfermeira, ele é médico, ela é fisioterapeuta, isso é muito legal (R12).

Sobretudo, há uma disputa entre residentes de diferentes profissões que possuem funções semelhantes no Centro Obstétrico. Destaca-se que residentes de enfermagem se sentem invisíveis e desrespeitados em relação a residentes médicos.

[...] é uma questão muito difícil assim. Existe uma cultura meio de competição, porque pela nossa residência, a residência médica [...] às vezes a gente tem bastante problema porque muitas funções são muito parecidas, então, às vezes tem uma certa disputa de para quem que vai fazer, exercer aquela função [...] (R14)

[...] eu deixei de assistir diversos partos porque eu não tive minha autonomia, nem a minha... Como posso dizer? O meu conhecimento enfim, respeitados, então, ninguém discute caso assim, ninguém pergunta a nossa opinião, a gente é praticamente invisível

no centro obstétrico. É muito difícil a gente conseguir assistir parto junto ou ter a nossa opinião valorizada, assim, é bem complicado a situação lá, existe muito atrito entre os residentes de enfermagem obstétrica e de GO da medicina, então eu acho que falta muita comunicação, falta muita troca de informação, de ciência mesmo. É, eu acho que seria enriquecedor para ambas as partes se a gente tivesse mais disso (R13).

[...] eu acho que em vários momentos no centro obstétrico, por exemplo, eu estou assistindo o trabalho de parto de alguma mulher e eu me sinto extremamente desrespeitada quando algum médico, entra na sala, não sabe nem o nome da paciente e começa a ditar conduta sem me consultar [...] (R13)

Os residentes são profissionais graduados e em sua maioria recém-formados. Caracterizam-se como profissionais com formação recente e atualizada, com interesse em aprender e colocar em prática os conhecimentos adquiridos durante a formação.

Eu acho que a gente vem dessa formação mais fresca, com conteúdos novos, com a liberdade e essa troca já vivenciada desde a graduação, estimulada desde a graduação. Então, a gente consegue ter um olhar integral dos pacientes, identificar também o que é barreira, o que é facilitador. E consegue quebrar essas coisas e conseguir proporcionar para o paciente o que ele precisa na sua integralidade [...] (R5)

[...] os residentes são os principais atores da prática porque pessoas com menos experiência, mais jovens, que dependem de uma discussão maior com outras pessoas e essa dependência de discutir mais, de tirar dúvidas e essa insegurança [...] (R3)

[...] eu acho que a gente talvez tenha mais curiosidade e assim mais, eu não sei, eu diria facilidade, mas a gente pergunta, vai atrás e não fica com dúvida [...] (R10)

Residentes do primeiro ano criaram uma reunião interprofissional entre residentes da residência multiprofissional (fonoaudiologia, terapia ocupacional e fisioterapia) e a enfermagem, porque sentiram necessidade de trocar informações com diferentes categorias profissionais e valorizam o cuidado integral.

[...] a gente por conta própria, a gente da residência [...] então juntou fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e enfermagem e aí, era só os residentes, só os R1. E a gente tirava meia horinha, passava os casos que estavam em acompanhamento [...] eu não sei se continuou [...] (R4)

[...] mas foi uma coisa que partiu da gente mesmo né, esse desejo de entender um pouco mais sobre a profissão do outro, de atender juntos, de tentar integralizar mesmo esse cuidado [...] nós somos uma equipe que valoriza muito esse cuidado integrado, compartilhado, colaborativo (R4).

O interesse em agir com foco na colaboração, foi apontado pelos residentes como fundamental para a PCI, característica que pode ser encontrada no perfil destes profissionais.

[...] tem algumas pessoas que têm mais boa vontade de trabalhar junto com você e ensinar e orientar em tudo o que faz parte do cuidado. Acho que é um interesse pessoal, se você demonstra interesse tem algumas pessoas que te devolvem esse interesse de uma forma muito positiva (R9).

[...] eu convidava a TO para participar do meu atendimento [...] a fisioterapia [...] e com a equipe de enfermagem também, a gente tinha esse trabalho de conversar com a equipe, pedir para ajudar [...] (R3)

[...] às vezes elas ou eu, trazia algum caso que achava interessante, se dava para a gente atender junto [...] então, surgia mesmo de uma demanda individual ou de uma ação nossa, de um interesse nosso em atender em conjunto (R6).

Outros fatores contribuintes para a PCI referido pelos residentes foram a elevada carga horária de atuação dos residentes e a convivência.

[...] eu acho que a residência para todas as categorias é muito desafiadora. São muitas horas de trabalho, são muitas demandas e aí, eu acho que isso acaba aproximando um pouco os residentes de diferentes categorias e a gente busca se ajudar mais (R14).

[...] o residente ele sempre fica com o trabalho mais duro no hospital [...] tem uma rede de apoio muito grande entre residentes, então a gente sabe que o outro está cansado, a gente sabe que o outro está trabalhando demais, então, o que eu posso fazer para ajudar ele "ah você vai em tal paciente, vamos juntos porque eu sei que vai ser mais fácil se tivermos um ao outro", "outro paciente é um paciente muito difícil, então, vamos juntos", então, essa rede de apoio que os residentes criam dentro do hospital, acho que também facilita muito (R3).

A convivência e as demandas da rotina proporcionam para alguns residentes uma proximidade maior e uma relação de vínculo que contribui para PCI e melhor atenção ao usuário.

[...] a gente acabou criando um vínculo, assim, de mandar mensagem no *WhatsApp*. De você ligar "tem um paciente aqui no pronto socorro assim assim assim, tem como vir atender?", dependendo de quem atendeu "não tem como". Aí eu mandava mensagem "eu tenho um paciente assim assim assim aqui, você não tem como vir atender ou ver alguém?", "tá bom vou ver se tem". Aí alguém vai. Então assim, eu acho que funciona [...] (R11)

[...] então, fica muito mais fácil quando a gente cria algum vínculo com esse outro profissional, porque, igual nesse caso, foi muito mais fácil eu subir lá e fazer os cuidados que eu tinha que fazer em outro ambiente que não é o meu de costume, porque ela estava ali me auxiliando, eu já conhecia ela (R14).

[...] mas enquanto você tem uma relação, é saudável com a pessoa até fora do hospital, eu acho que isso é muito facilitador e potencializador tanto para a gente, principalmente para o paciente [...] se você tem contatos você consegue encurtar os caminhos, você consegue pular umas pedras aí até chegar. Então, eu acho super válido, super importante (R11).

No decorrer dos relatos dos residentes sobre suas rotinas, foi possível identificar espaços de trocas interprofissionais em atividades dos programas de

residência, com exceção dos residentes da odontologia que não mencionaram atividades e disciplinas interprofissionais específicas da residência.

No PRMPSCAH, esses encontros são comuns, há atividades e disciplinas entre as três áreas profissionais inseridas no programa (fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional).

[...] a gente tem a matéria de seminários [...] com todo mundo do programa, então fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional das 3 áreas de concentração, adulto idoso, criança e adolescente e saúde do trabalho, onde a ideia é que a gente em cada semana, fique em uma área de concentração e a ideia de que a gente traga temas para discussão, convidados, casos clínicos, então é bem, é todo mundo, é multi geral mesmo (R4).

Os residentes do PRFCAF cursam algumas disciplinas em conjunto com os residentes do PRMPSCAH no HU-USP, fato relatado por um residente. Todavia, esta informação não está contida no PPP do curso.

[...] tem algumas matérias que são específicas para farmácia [...] outras matérias elas são multiprofissionais, então, acho que nós temos 4 matérias, se eu não me engano, que é junto com a parte da FOFITO [...] (R1)

Em programas de residências uniprofissionais de enfermagem esses encontros são reduzidos, eventualmente profissionais de outras áreas são convidados a participarem das aulas, com exceção do PRESCA que os residentes podem ter aulas ministradas por profissionais de outra área profissional.

[...] na maioria das vezes, são só as residências de enfermagem. Já aconteceu de alguma aula ou outra, ter alguém da fisioterapia querendo participar, da fonoaudiologia. Às vezes aparece alguém, mas porque a gente convida, mas normalmente, as aulas são só com a enfermagem mesmo (R13).

[...] a gente montou o cronograma junto com as chefias porque a gente levou o que a gente estava sentindo falta de aula [...] a gente queria muito entender sobre interpretação de exame de imagem e a gente gosta muito de uma fisioterapeuta de lá e ela manja muito. Então, conseguimos conciliar, a gente vai ter uma aula com ela mês que vem [...], mas isso é dentro do programa da pediatria porque eu sei, conversando com as outras meninas que é totalmente diferente na obstetria e na saúde do adulto [...] (R11)

De acordo com um residente, as disciplinas multiprofissionais são positivas até mesmo em programas de residência uniprofissional, por possibilitar uma proximidade entre os residentes de diferentes áreas profissionais e facilitar as relações.

É bacana porque a gente tem contato com outros profissionais, então, até auxilia quando a gente, por exemplo, está passando visita em alguma enfermaria, aí tem um problema específico com algum paciente, às vezes a gente conhece já o outro profissional, consegue ter uma conversa mais direta, enfim, você tem um pouco mais de proximidade (R1).

Porém, também foi relatada a necessidade de avançar na formação de competências específicas, com conteúdos direcionados à determinada área profissional capacitando os residentes para aplicação dos conhecimentos na prática.

[...] eu acho que teriam que pegar essas mesmas matérias, os mesmos temas, só que direcionar para o dia a dia da farmácia clínica e hospitalar, que não é o que acontece. A gente tem, por exemplo, nesses temas algo muito abrangente que não dá para a gente aplicar no dia a dia [...] eu acho que também falta um pouco de algumas disciplinas mais voltadas para farmácia clínica e hospitalar [...] é tudo muito superficial e acaba não dando o direcionamento que a gente precisa [...] (R1)

Os residentes do PRMPSCAH (fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais) participam de atividades em conjunto para atendimento aos usuários.

[..] então, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional ao mesmo tempo, conversando com o idoso, dando dica, promovendo a saúde, então, sempre a gente estava colaborando um com o outro e aprendendo entre as áreas e ajudando também em outros objetivos [...] (R3)

[..] a gente tinha essa discussão sempre de "esse paciente tem demanda de fisioterapia, mas quem vai ligar é o fonoaudiólogo", então, o fonoaudiólogo tinha a competência de saber orientar este paciente, em orientações mais gerais em relação a fisioterapia e havia esse matriciamento entre as áreas então "ah eu vou ligar para fulano de tal, você lembra dele", "ah lembro, recebeu alta com oxigênio, estava acamado, pergunta isto, pergunta aquilo, vê se ele conseguiu isso" [...] (R3)

[...] a fisioterapeuta me orientava para que eu orientasse o paciente. Caso surgisse alguma dúvida mais pontual, que eu não tivesse conhecimento mesmo de como orientar, a gente esperava um pouquinho, chamava a fisioterapeuta e a fisioterapeuta vinha e orientava em relação a isso (R4).

Residentes da odontologia não mencionaram atividades com outras áreas profissionais promovidas pelos programas de residência. Ademais, houve uma tímida aparição de PCI com a odontologia nas entrevistas, sendo mencionada pelos próprios residentes da odontologia e apenas por mais um residente de outra categoria profissional durante as entrevistas.

[...] os médicos também tinham essa comunicação com outros setores do hospital porque pediam avaliação da psiquiatria, da odontologia. Então, este paciente precisava de uma avaliação da odontologia, era solicitado e eles saiam lá do setor da odontologia e iam por interconsulta para conhecer o paciente (R3).

[...] eu acho que eu não conheci nenhum odontólogo lá. Não me recordo de nenhum odontólogo (R4).

5.2.2.3 A participação do usuário e família na PCI

Residentes reconhecem a importância da participação do usuário e família na PCI e da ACP para a qualidade da assistência. Porém, salientam que essa prática ainda é limitada no HU-USP.

[...] eu acho que é essencial, não tem como a gente planejar o cuidado sem a colaboração do próprio paciente [...] (R13)

Ela é de extrema importância, mas nem sempre acontece [...] (R1)

[...] eu acho que falta mesmo essa comunicação, falta ouvir mais o outro lado, então é a equipe médica que ainda detém de 80% das ações que a gente tem com o paciente [...] (R12)

Eu acho que a participação dos pacientes, da família é bem pequena, eu sinto que é na assistência do HU ainda como um todo [...] (R14).

Eu acredito sim que acontece, mas poderia ser até eu acho que melhor [...] a família recebe mais do que contribui, embora ela também seja participante e seja convidada a participar [...] (R5)

Questões sociais influenciam nessa interação e se expandem para o processo saúde-doença, de acordo com os entrevistados. A baixa escolaridade dos usuários foi apontada como barreira para a limitada participação colaborativa do usuário e família. Residentes referem dificuldade em engajar o usuário e suas famílias no próprio cuidado e na construção da participação do processo terapêutico.

[...] no HU que a gente tem uma população de baixa renda, baixa escolaridade, no nível social crítico, de baixa escolaridade inclusive, então a gente não tem ali às vezes, até o entendimento... A gente já recebeu vários pacientes que não sabiam ler, que não sabiam escrever, e aí você encontra uma grande dificuldade até de orientação de alta [...] a gente esbarra com vários fatores sociais que às vezes dificultam, tanto receber esse paciente, entender a história dele (tanto medicamentosa, quanto antecedentes pessoais), quanto tentar orientá-lo com relação à alta e quais são as condutas que devem ser modificadas na vida dele (R1).

Eu acho que está muito longe de ser o ideal ainda, porque pensando no público em que a gente atende lá no hospital universitário, são pessoas que confiam total e 100% na conduta sendo tomada, então é eu acho que eles não enxergam um lugar nessa participação (R12).

Residentes acreditam que o usuário orientado sobre o seu estado de saúde, o tratamento a ser seguido e os benefícios para sua saúde, pode participar mais ativamente sobre o seu cuidado. Além de que o usuário participativo contribui para o

aprendizado e evolução do residente.

[...] acho que depende muito do quanto o paciente entende o que aconteceu com ele, o quanto ele entende o quão importante é ele passar essas informações, então eu acho que daí, eu acho que a parte de todos os profissionais envolvidos é explicar o que aconteceu com ele [...] (R2)

[...] a partir do momento que ela percebe que aquilo traz benefício para ela, ela consegue, ela vai colaborando mais assim (R6).

Os profissionais têm que falar com uma linguagem mais clara, com termos menos técnicos possíveis com as pacientes. Explicar tudo o que ele está propondo e oferecer, dar para ela o poder de escolha, o que ela quer que seja feito dentro das possibilidades que a gente tem (R14).

[...] os pacientes que querem, que trazem as suas dúvidas, que fazem parte, que opinam, é muito enriquecedor para o residente em si. Para ele aprender a lidar com o ser humano, a lidar com a doença, é excelente quando o paciente chega cheio das dúvidas [...] (R8).

Porém, a participação do usuário nos seus cuidados não é um consenso entre todos os profissionais. O perfil do profissional que está atendendo interfere na participação efetiva do usuário e da família. É necessário tempo para ouvir e dialogar com os usuários, sendo os graduandos e residentes os maiores atores dessa prática.

Eu já recebi uma orientação uma vez que eu estava na assistência [...] eu falei para a enfermeira "olha esse paciente não quer tomar esta intramuscular, eu já fui lá duas vezes tentar conversar com ele", ela falou assim "é porque você está fazendo errado, você tem que falar vamos tomar!", "não é "você quer tomar?"... "mas é uma pessoa consciente, orientada, inteligente que não quer tomar, vou obrigar a pessoa?" [...] tem profissional que não deixa o paciente falar, que tem que fazer isso e isso que vai ser feito (R9).

[...] mas a colaboração do familiar não é tão assim... É polêmico, risos, sempre muito polêmico [...] não é um negócio que chegue em comum acordo... Um lado sempre tem que vencer, então, eu acho que a gente precisa caminhar muito para promover essa assistência à família [...] R12

Dependendo de quem é o profissional que está ali que está tendo contato com essa família a gente vai ter informações assim que ninguém sabia [...] normalmente é aluno da graduação ou os residentes que eu vejo tendo essas atitudes (R10).

Apesar de ainda haver dificuldades, a participação da família foi evidenciada nos relatos dos residentes do HU-USP em atendimentos presenciais e devido a pandemia da COVID-19, para reduzir o risco de exposição de pessoas ao vírus, a participação da família no HU-USP foi potencializada com a utilização da tecnologia.

[...] por ser pediatria, o nosso programa de residência, pela nossa coordenação, é completamente voltado no cuidado centrado à criança e à família, isso é uma coisa muito forte, muito forte mesmo, então, a família tem total participação e autonomia ali dentro do cuidado. A gente jamais vai fazer alguma coisa sem falar. A gente incentiva

a família a fazer, não simplesmente deixa a família num canto e sai fazendo tudo [...] (R11)

[...] a grande maioria aceitava participar, acho que a família se sentia muito acolhida de ter alguém com quem conversar mesmo [...] (R4)

[...] a família mostrar que estava com saúde, que estava torcendo pela recuperação. Então acho que foi uma colaboração da família estar disponível para isso e mostrar para o usuário que ele precisava daquilo naquele momento, que ele precisava cuidar da própria saúde, para poder retornar para a rotina (R6).

[...] todos os dias os médicos ligavam para a família, conversar sobre o paciente e as decisões eram tomadas de acordo com que a família achasse melhor (R3).

5.2.3 Ações de PCI no hospital universitário

A partir das entrevistas, foram identificadas algumas ações de PCI no HU-USP. Residentes exemplificaram situações de PCI durante comunicações informais, atendimentos compartilhados e reuniões.

5.2.3.1 Comunicações informais e formais

As comunicações informais apareceram nos relatos de todos os entrevistados. Uma enorme quantidade de compartilhamentos e decisões ocorrem em conversas pré ou pós atendimentos. São trocas de informações que ocorrem pessoalmente em conversas de corredor ou em algum local do setor ou por telefone, sem agendamento prévio para alinhamento de condutas, encaminhamentos informais, convites para atendimentos em conjunto, auxílios ou até mesmo em compartilhamento de anotações e condutas sobre os usuários.

[...] no HU é tudo no “boca a boca” mesmo, então a gente sempre ia lá pessoalmente, falava a dieta, se não tivesse ninguém a gente deixava um recadinho. É tudo bem, bem pessoalmente mesmo, lá não tinha nenhum sistema assim para gente fazer esses pedidos ou WhatsApp [...] (R4)

[...] a gente discute bastante caso com a equipe de nutrição porque eventualmente nosso paciente não pode mastigar nada, então, sempre a gente discute o caso, mas é uma coisa bem simples, é uma conversa de corredor mesmo [...] com a equipe de enfermagem também, então, tem alguns pacientes nossos que tem uma atenção especial, como fazer compressa de gelo na face, manter um decúbito que é extremamente necessário. Então, a gente está sempre ali discutindo com os residentes de enfermagem, alguns cuidados específicos, mas é sempre conversa de corredor (R8).

Telefone, telefone era muito utilizado, os ramais eram bem utilizados assim, então a comunicação entre profissionais de setor para setor era pelo ramal mesmo (R3).

[...] o que a gente costuma fazer é entrar em contato com o residente que está na clínica, na enfermaria durante o período que a gente também está e aí, eles acabam, às vezes compartilhando o “bucho” deles com a gente. Então, eles têm um “bucho”

específico que é compartilhado via *Drive* entre eles e ali eles colocam o histórico do paciente, qual a hipótese diagnóstica, antecedentes pessoais e a evolução dia a dia, então, em algumas vezes a gente pede para eles compartilharem com a gente [...] se a gente tem o “bucha” ali fica mais fácil da gente conferir alguma, até algo na hora de triar a prescrição é tentar entender porque que eles modificaram tal medicamento, tal dose, incluíram, suspenderam um medicamento com base nas evoluções que eles fazem (R1).

Os setores/unidades de urgência e emergência se destacaram com comunicações informais. Os residentes relataram que pelo fato da dinâmica e as necessidades de condutas rápidas, as comunicações acontecem através de conversas beira leito.

[...] se tinha algum paciente no pronto socorro que precisava da nossa avaliação, eles mandavam bip e a gente ia discutir o caso e ver se era apto para avaliação também, então, tinha essa rotina bem de discussão multi (R3).

[...] as discussões feitas a nível do pronto socorro não, é de “boca a boca” [...] é bem informal mesmo (R8).

Através da comunicação informal, os residentes exemplificaram fatores importantes para a PCI como a adaptação, redução de sobrecarga de trabalho, aprendizados sobre outras profissões, alinhamentos de objetivos e acordos para o melhor prognóstico do usuário.

[...] a gente com a enfermagem também, de "qual o melhor horário para intervenção?" Esse paciente tem úlcera "não tem lesão?" "ou medicação?" A gente consegue trabalhar dessa forma, o banho, os horários, tudo isso [...] (R5)

[...] tenho que ir neste paciente agora, mas se você puder ir comigo eu espero um pouquinho, a gente vai depois nesse e eu vou primeiro nesse... Então, a gente conseguia conversar com os profissionais [...] (R3)

[...] tinha essa discussão da equipe ajudar, então às vezes a gente montava uma força-tarefa e então ia o enfermeiro, o fisioterapeuta e o fonoaudiólogo falar com médico. Eles concordavam porque a equipe tinha visto que era mais adequado. Então, acho que essa conversa com os outros profissionais na intimidade, também no respeito, com cada área, facilitava [...] (R3)

Os setores/unidades são situados em diferentes andares no HU-USP o que dificulta o acesso ao prontuário físico pelos profissionais que não ficam locados continuamente em um determinado setor, por este motivo, os profissionais compartilham essas informações por outras vias, já que as profissões utilizam meios diferentes de registro e o prontuário do usuário não pode ser retirado do setor.

[...] o “bucha” ele é mais fácil acesso e a gente consegue ver isso em loco na farmácia porque o prontuário, ele não pode sair da enfermaria, então, a gente tem que subir para

verificar essas informações. No “bucha” não, o “bucha” a gente consegue ver do próprio e-mail, na nossa sala enquanto a gente está criando a prescrição ou discutindo o caso com o preceptor (R1).

Além dos registros de comunicação informal exemplificados pelos “buchos” no HU-USP, também foram destacados modelos de comunicação formal como o prontuário do usuário e o “*E-cat*”.

[...] então os prontuários são físicos, não é prontuário eletrônico que a gente tem aqui é tudo físico, então a gente tem que imprimir os papéis, escrever tudo a mão e todo mundo tem acesso, tanto a enfermagem, quanto a fisioterapia, a fonoaudiologia, a nutrição, todo mundo tem acesso aos prontuários para olhar os dados dos pacientes (R2).

[...] a farmácia utiliza esse sistema para a gente poder se organizar melhor [...] esse sistema do paciente que a gente chama de *E-cat*, que é como se fosse um... o nosso “bucha”, que é diferente do dos médicos [...] (R1)

Apesar do *E-cat* apresentar acesso disponível para diversas categorias profissionais, não são todas que utilizam esse modelo de registro, dificultando a visualização dos registros dos cuidados ofertados e as condições clínicas dos usuários.

[...] então ali todo mundo pode colocar as coisas relacionadas àquele paciente específico [...] ficou bem acordado que você pode colocar as informações a respeito da sua área profissional, sem apagar ou interferir na área profissional do outro (R1).

[...] olha, na cirúrgica, por exemplo, é a única enfermagem em que a enfermagem utiliza esse sistema do paciente [...] então, para a gente é muito importante, a gente confia, é uma troca de informações ali. Nas outras enfermarias isso não acontece [...] a fisioterapia e a nutrição nunca colocam nada nesse sistema do paciente e os médicos muito raramente, então a gente acaba, às vezes, tendo que pegar as informações via prontuário e via visita multi ou médica, o que às vezes dificulta um pouco a nossa tomada de decisão, então, às vezes a gente poderia ir mais preparado para a visita ou já sabendo previamente que o paciente tem, mas como não é todo mundo que atualiza, às vezes a gente acaba tendo que correr atrás disso lá no prontuário, conversar com o paciente ou até mesmo na visita [...] (R1)

Somada à dificuldade de acesso às informações registradas nos instrumentos utilizados pelas categorias profissionais, a inexistência de um registro único pode gerar perdas de informações e, conseqüentemente, riscos ao usuário.

[...] é muito difícil você ter um *Google Drive* aleatório que a gente tem que ficar pedindo acesso, que não é o formal do HU. Não é o que está formalizado pela superintendência, tudo mais. Aí você acaba correndo o risco de perda de informação, enfim, é complicado (R1).

Ainda no âmbito da informalidade, alguns entrevistados referiram que

momentos de descanso, como nos horários de refeições, contribuem para melhorar e aproximar as relações, além de propiciar discussões sobre os usuários e terapias em andamento. Nestas conversas informais surgem assuntos sobre os usuários que serão atendidos e convites de outras categorias profissionais para o atendimento compartilhado quando avaliam ser um benefício para o atendimento e usuário.

[...] quando tem uma conversa pequena às vezes, assim, num café e você conversa sobre coisas fora do hospital ou sobre vivências na graduação, por exemplo, é... Aproxima mais, quebra um pouco aquele gelo. Quebra o gelo e eu acho que fica menos enrijecido, fica um ambiente um pouco mais descontraído (R14).

[...] a gente conseguia tomar um café juntos aí a gente conversava, assim, "ah, quais pacientes você está atendendo", aí a terapia ocupacional falava quais eram, eu falava assim, "eu acho que fulano de tal ia se beneficiar de uma avaliação de vocês porque eu acho que ele pode melhorar em relação às atividades de vida diárias, eu acho que vocês poderiam ajudar com isso, eu estou sentindo que o paciente está muito triste, será que vocês não conseguem ir lá fazer uma vídeo chamada com a família" (R3).

[...] ela fez uma confraternização de cada um levar um prato de salgado [...] e eu acho que isso aproximou muito a equipe [...] eu acho que tirou um pouco o foco dos embates que estavam acontecendo na questão de profissional [...] deu mais abertura para os profissionais se conhecerem sem ser dentro daquele ambiente [...] tirou esse foco, então, eu achei que foi bom (R11).

5.2.3.2 atendimentos compartilhados

Na perspectiva dos residentes, os atendimentos compartilhados ocorrem em dois modelos no HU-USP: atendimentos informais entre dois ou mais profissionais de diferentes áreas; e interconsulta. A interconsulta é um modelo de atendimento interprofissional preconizado pelo HU-USP e os profissionais podem solicitá-la formalmente.

Foi evidenciado que a maior parte dos atendimentos compartilhados, são os atendimentos combinados a partir de conversas informais, sem a necessidade de algum registro e ou solicitação formal.

[...] a depender das demandas que a gente observasse, a gente combinava pessoalmente também aonde ir com a outra classe profissional [...] (R4)

[...] na clínica médica [...] alguns casos a gente atendia junto, tipo terapia ocupacional e fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia, mas esse combinado era feito entre os residentes. Então, se tinha algum caso que a gente acompanhava em conjunto e tinha um objetivo comum... (R6)

[...] a gente pediu para os residentes da ginecologia, se a gente podia acompanhar eles atendendo pré-natal e eles aceitaram. E na minha experiência, no dia que eu fiquei com o residente, foi realmente uma troca, a gente atendeu junto, examinou junto, a gente ia discutir caso com a assistente junto [...] (R14)

Profissionais de enfermagem e medicina da UTI, do PSI e da enfermaria pediátrica colaboram entre si em atendimentos de emergência.

[...] quando, por exemplo, chega uma emergência e o profissional que está lá (no PSI) [...] não sabe exatamente como manejar, a gente sempre vai ligar para UTI e isso é muito claro. A UTI desce na mesma hora, eles, profissional médico, da enfermagem não tem isso [...], está todo mundo ali muito junto, é a mesma equipe [...] também acontece entre enfermaria e UTI [...] (R11)

Já no ambulatório de neurologia há atendimentos interprofissionais aos usuários que sofreram Acidente Vascular Central (AVC). São atendimentos chamados pelos residentes de “atendimentos integração” com residentes da fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. A partir dos relatos, foi percebido que os atendimentos são combinados entre os residentes e ocorrem entre categorias profissionais de forma síncrona ou em sequência. O modelo de atenção oferecido aos usuários no ambulatório de neurologia foi visto e valorizado pelos residentes pelo fato de propiciar ao usuário um atendimento com olhar de diferentes categorias profissionais num mesmo agendamento.

[...] a gente tinha os nossos objetivos específicos e conseguia alinhar esses objetivos para ter um só. A gente fazia essa colaboração naquele dia, nosso objetivo é isso, então, vamos nós três com esse paciente para a gente conseguir alcançar esse objetivo [...] (R3)

[...] essa uma hora e meia a gente poderia fazer os atendimentos que a gente chamava de integração, então ao mesmo tempo o paciente recebia atendimento da fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. Então, os três profissionais estavam atuando ao mesmo tempo no mesmo paciente [...] era bem interprofissional mesmo [...] às vezes, não conseguia que fosse os três ao mesmo tempo, mas sempre pelo menos duas áreas estavam juntas, então era a fonoaudiologia e terapia ocupacional, a fisioterapia e a terapia ocupacional, a fonoaudiologia e a fisioterapia (R3).

Em contraponto ao relato acima, um outro residente abordou que os atendimentos no ambulatório de neurologia poderiam ser interprofissionais, dependendo da necessidade do usuário.

[...] ambulatório de neurologia também, que é das três áreas. Esse ambulatório também tem a prática inter. Algumas vezes a gente atendia realmente em conjunto, atrelava os objetivos, e algumas vezes eram só acabou um, vai para o outro, dependia muito do caso que a gente estava acompanhando [...] (R6)

A interconsulta é um processo mais formal de PCI dentro do HU-USP, na qual profissionais solicitam via telefone, ficha e prontuário, a avaliação de outra categoria

profissional. Este atendimento, por sua vez, nem sempre é realizado de forma conjunta.

[...] eles preenchem um papel de interconsulta, deixam na nossa secretaria, a gente pega e vai lá avaliar e tenta conversar com o solicitante que fez o pedido, para falar sobre a nossa avaliação [...] cada equipe tem seu prazo para fazer essa avaliação [...] se não há possibilidade de ter essa conversa sobre essa avaliação, eles deixam anotado a evolução do paciente no prontuário para que a gente veja o que que foi avaliado por eles (R7).

Em algumas entrevistas foi observado com naturalidade o fato de a interconsulta ser individual, porém, do ponto de vista de um residente, não tem como ser uma ação individual pois é um momento de troca, já que o profissional solicitante deverá passar as informações que motivaram esse atendimento.

[...] eu acho que não tem muito como ser individual porque dependendo do que for quem avaliou a necessidade da interconsulta fui eu, então eu que vou contar para ele tudo o que aconteceu, porque que eu precisei dele estar ali, então, eu acho que rola é uma troca nesse momento, mas ele tem, a partir de um certo momento, a avaliação é dele né que já não cabe mais a mim também (R13).

Porém, o fato de a interconsulta ser realizada em conjunto entre categorias profissionais diferentes, não significa que haverá alinhamento de conduta.

[...] normalmente, como a gente tem autonomia para dar nossa conduta da região da face e eles não estão muito habituados, então eles preferem até não dar a conduta deles e só ouvir a nossa (R8).

[...] por exemplo, estamos lá na interconsulta, a fonoaudióloga avalia esse paciente e viu que ele tem engasgos com líquidos finos, então, a gente não faz, beleza, é isso. Não tem muita discussão dessa parte, cada um discute aí o que está dentro da sua alçada, sei lá, da sua profissão e é isso que eu vejo pelo menos (R9).

Foi percebido certo desconhecimento dos residentes sobre o processo de solicitação de interconsulta com relação a quem, quando e como esse atendimento pode ser acionado.

[...] eu nunca solicitei [...] mas, dependendo do que for, os médicos fazem uma solicitação de consulta, tem um nome, eles também fazem essa solicitação formal no papel [...] acho que chama interconsulta [...] (R13)

[...] tem um número para ligar, eu sei que é um número que se liga, aí tem que fazer um pedido, eu não sei se só os médicos que podem pedir isso ou a gente pode pedir também. Eu acho que a gente pode [...] (R9).

A viabilidade dos atendimentos compartilhados foi relacionada por um residente com o nível de afinidade e confiança sobre a atuação do outro profissional e foram descritas como ações realizadas principalmente pelos residentes.

[...] os casos que a gente atendeu em conjunto dependia muito também do nível de, não digo intimidade, mas de afinidade que você tem com a pessoa. Para você atender em conjunto, você tem que minimamente confiar no trabalho do outro e o outro confiar no seu trabalho. Então, acho que dependia um pouquinho essa comunicação da gente ter afinidade com o colega e daí pra discutir [...] da comunicação de partir de eu querer e partir do outro querer também, e daí então a gente a gente agir [...] (R6)

[...] mas eu acho que na parte dos profissionais não tem tanto essa atuação, eu acho que porque não está ainda... Meio que, não sei a palavra, risos, mas já não faz tanto... Tanto a parte da experiência que eles já têm prévia. Então, discutir casos, eu acho que sim, mas atender em conjunto, não, eu imagino que não ocorra com frequência assim, pelo menos eu nunca, nunca vi. Então, vem mais da residência, eu acho (R6).

Os atendimentos compartilhados são vistos pelos residentes como benéficos para o usuário em relação à qualidade da assistência e também relacionado à questões financeiras, tempo e energia dispensada.

[...] encontrei o fisioterapeuta no corredor [...] ele já foi lá fazer essa parte de aspiração [...] a gente que estava lá, a gente não tem a habilidade que ele tinha [...] a expertise que ele teve na intercorrência foi de extrema importância ali para a sobrevivência mesmo dessa senhora [...] (R9)

[...] acho que isso acaba beneficiando eles no ponto de vista financeiro, de tempo, até mesmo de cansaço [...] (R6)

5.2.3.3 Reuniões

Em alguns setores/unidades do HU-USP as equipes desenvolvem reuniões entre diferentes categorias profissionais com foco na discussão dos casos dos usuários. Dentre as reuniões, três modelos foram destacados pelos residentes: a reunião multiprofissional com a presença de diversas categorias profissionais de saúde; a reunião médica na qual participam a categoria médica e a farmacêutica; e o *Round* com profissionais do núcleo de regulação de leitos (gestores, enfermeiros e médicos) que discutem sobre a gestão de leitos dos setores/unidades materno-infantis. São reuniões com focos distintos e que ocorrem em serviços específicos, relatadas de maneiras diferentes em cada setor.

[...] elas ocorrem todo dia, depende muito da clínica, depende muito do setor, mas nos que eu passei assim, geralmente acontecem pelo menos uma vez por semana, quando não todo dia e aí eles (médicos) contam o estado do geral do paciente, sem muitos detalhes mas se está bem, se está com febre, se está com dor [...] os medicamentos,

infecção [...] tem alguns parâmetros gerais que eles que eles passam. E daí sempre participa médico, a gente também está junto, da farmácia participa, a nutrição participa também, a enfermagem, de vez em quando participa serviço social, a fisioterapia, a fonoaudiologia, eles também estão juntos e aí, é uma discussão geral. A gente vê tanto a parte medicamentosa, quanto a parte clínica, quanto a parte da enfermagem também de acesso, de tomar, entrar medicamento, a parte da fonoaudiologia também quando o paciente tem algum problema de deglutição quando precisa de alguma coisa assim, a nutrição também entra quando tem alguma questão nutricional ou quando muda alguma dieta, se o paciente consegue engolir ou não, ou a fisioterapia da parte de ventilação, parte respiração, a parte de fisioterapia motora mesmo, de fortalecimento... Então, é uma discussão bem geral assim do paciente onde todo mundo acaba discutindo as coisas. E acontece pelo menos uma vez por semana, uma ou 2 vezes por semana, quando não todo dia. Na UTI, acontece todos os dias (R2).

Na clínica médica e na enfermaria pediátrica, as reuniões multiprofissionais ocorrem semanalmente entre a medicina, a enfermagem, a fisioterapia, farmácia, nutrição, terapia ocupacional, a fonoaudiologia e o serviço social. Nem todas as categorias profissionais foram mencionadas por todos os entrevistados, havendo divergência na composição das reuniões multiprofissionais. Normalmente, os casos são apresentados pelos médicos e as outras categorias profissionais também participam ativamente do plano terapêutico.

[...] na clínica médica tem uma reunião multi que é um dia da semana, geralmente na sexta-feira que os residentes médicos com os assistentes, a enfermagem, a fisioterapia, farmácia, nutrição, terapia ocupacional teoricamente, mas eu nunca vi eles lá [...] a fonoaudiologia também eu nunca vi na reunião [...] quem apresenta os casos são os assistentes [...], eles apresentam caso por caso de cada paciente e a gente vai complementando, a enfermagem com a nossa visão, a nutrição com a dela, a fisioterapia também [...] (R9)

[...] isso acontece na enfermaria, tem as discussões de casos específicos, principalmente casos sociais quando é na pediatria [...] equipe médica, tanto residente quanto médico, enfermagem, assistente social, fisioterapia, farmácia [...], nutrição [...] eu acho super legal, isso acontece e funciona (R11).

É possível destacar a interdependência entre os profissionais e a tomada de decisão compartilhada entre as profissões nas reuniões da enfermaria pediátrica.

[...] (na enfermaria pediátrica) normalmente a equipe médica vai e apresenta o caso. [...] já vai todo mundo sabendo o caso que vai ser, antes já é decidido. Amanhã a gente vai discutir tal caso [...], a equipe médica apresenta o caso [...], aí passa a palavra por cada categoria para falar o que acha, o que acredita ser o melhor para criança naquele momento. Tem divergências e aí quando não se chega a um acordo, não é, não decide assim, porque tal classe detém mais é... É... Como fala? Ah, detém mais poder ali naquela situação decide, não. Se não decidiu, fica sem decidir, a gente vai ter que se reunir de novo, todo mundo vai para casa vai pensar, refletir e a gente volta a se encontrar para decidir (R11).

Na UTI, as reuniões também são chamadas de "visitas" por acontecerem à beira leito do usuário e, diferentemente de outros setores/unidades, ocorrem diariamente. As reuniões/visitas multiprofissionais nesse setor/unidade são compostas por médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, farmacêuticos e enfermeiros, sendo estes últimos os que apresentam os casos.

Na UTI [...] passa o assistente, a fisioterapeuta, a nutricionista e a gente da farmácia e a enfermeira, então passa essa equipe beira leito, é retomando o histórico do paciente e quais foram as intercorrências do dia anterior para o dia atual e qual é o status do paciente naquele momento, quais são os medicamentos que ele está fazendo uso (R1).

[...] na UTI [...], a enfermagem, ela que introduz o caso. Essa é a diferença [...] (R10)

Apesar de alguns profissionais se sentirem à vontade e confortáveis em se posicionar nas reuniões, a participação segura é um dos pontos a ser melhor desenvolvido no HU-USP de acordo com os residentes.

A maioria dos residentes afirmaram que nas reuniões multiprofissionais os diversos profissionais possuem oportunidade de fala para o processo de cuidar dos usuários, podendo trazer informações sobre os usuários, questionar, discutir e opinar sobre as condutas terapêuticas.

Na reunião multi [...] você dá abertura para o profissional falar, então o profissional acho que sente mais ouvido, ele se sente incorporado na equipe, fazendo parte da equipe, acho que isso é muito importante porque você não é ali um mero ouvinte ou só um ali no bastidor. Você se sente parte integrante da equipe [...] você consegue debater, eu acho que tem uma troca de informação e de conhecimento bem rico e importante (R1).

Eu acho que é aberto para as outras pessoas opinarem, por exemplo, se alguém comenta uma conduta que algum profissional não concorda é aberto para essa pessoa falar [...] (R9)

[...] todo mundo tinha fala, assim, só não falava quem realmente não queria [...] (R10)

Porém, um entrevistado apontou que os residentes não têm a mesma condição nas referidas reuniões.

[...] porque dentro da reunião com a equipe a gente não tem tanta voz, a gente realmente não tem tanta, a gente não tem muito espaço na verdade, risos (R4).

Apenas a categoria farmacêutica participa tanto das reuniões/visitas multiprofissionais quanto das reuniões/visitas médicas. De acordo com um residente, as reuniões/visitas médicas se diferenciam das multiprofissionais sendo mais direcionadas para condutas médicas.

[...] a gente acaba falando mais da parte dos exames que às vezes tem reposição de alguns eletrólitos, de alguns outros laboratoriais... A gente tem também a parte de condutas mesmo, por exemplo, dose [...], mas na visita médica, como é menor, a gente tem mais tempo para discutir cada paciente. Algumas condutas a gente deixa para discutir na visita médica (R1).

[...] a visita médica [...] é mais voltada, às vezes para conduta médica em si [...] então, acho que esse é um pouco da diferença, claro que no meio da visita, às vezes, a gente chama o fonoaudiólogo para avaliar uma conduta mais específica, a nutricionista... Existe ali também essa interconsulta rápida para gente na hora de montar prescrição, já deixar algo mais direcionado. Mas a visita médica, ela tem esse "quezinho" de medicina que por exemplo, na visita multi não tem (R1).

Nas áreas materno-infantis não ocorrem reuniões entre diferentes áreas profissionais para discussões de casos. De acordo com os residentes, nestes setores/unidades ocorre um outro modelo de reunião, o *Round*. Esta é uma reunião composta por profissionais da enfermagem e medicina, além das chefias dos setores/unidades e possui foco na regulação dos leitos.

Tem um momento na verdade, mas que participam mais chefias e às vezes, a chefia chama a gente para participar e ver como funciona também, já participei algumas vezes sozinha também. Chama Round [...] vai participar chefias da pediatria, da obstetrícia, materno infantil, então, não vai abranger outros setores do hospital, mas a tudo o que envolve o materno infantil vai estar lá, então pediatra, obstetra e os enfermeiros e a gente avalia: problemas no setor, número de vagas, prováveis altas... (R13)

As reuniões foram referidas como grande facilitador para a PCI e qualidade da atenção ao usuário.

[...] e para o paciente é bom também [...] a gente consegue adaptar e discutir as coisas e tem que ir focando no paciente, na melhora do paciente. E é bem rico, porque às vezes tem coisas que a gente fala para as outras equipes, porque eles não sabem e essas equipes também passam coisas que a gente não sabe [...] (R2)

[...] se houver a disponibilidade dessas equipes, essa conversa, esse planejamento conjunto [...] traz muito mais segurança para o paciente porque são, sei lá, 10 pessoas decidindo o que que é melhor para ele (R7).

Em alguns setores/unidades, pela falta das reuniões, a comunicação é realizada diretamente com a categoria profissional responsável ou entre as mesmas categoria profissionais. Inclusive, residentes sugerem a implantação desta atividade nos setores/unidades que ela não ocorre. Ademais, um residente concluiu que a não realização de reuniões multiprofissionais pode estar associada à preconceitos dos profissionais e sugere que condutas assertivas e compartilhadas possam ser mais testadas no hospital.

[...] eu entendo que, por exemplo que na cirúrgica onde a gente tem mais problema, eu entendo o fluxo de cirurgias, que cirurgias são longas, demoradas e às vezes atrapalharia, mas talvez não, talvez isso seja só um preconceito que a gente tem de que vai demorar ou vai atrasar e não, se a gente já tivesse uma visita multi passando junto, vários problemas ali junto já seriam resolvidos, condutas tomadas de forma assertiva e colaborativa [...] e aí a gente talvez teria menos problemas [...] falta mesmo uma estruturação e um teste, porque se a gente nunca testar a gente nunca vai saber se vai dar certo (R1).

6 Discussão

6 DISCUSSÃO

Os resultados responderam à questão norteadora e aos objetivos do estudo, permitindo identificar as ações de PCI, os sujeitos envolvidos, os locais de ocorrência, as barreiras e potencialidades dentro do HU-USP.

Os primeiros estudos sobre o trabalho em equipe surgiram a partir dos anos 50. A partir dos anos 2000, um movimento mais recente de discussão sobre o trabalho e educação interprofissional ganharam força no mundo e no Brasil. Apesar do predomínio da formação uniprofissional, políticas indutoras de mudanças na formação em saúde no país e o próprio SUS enquanto sistema que prevê a integralidade do cuidado, promoveram e fortaleceram muitas experiências de EIP e PCI (Arruda et al., 2018; Peduzzi et al., 2020).

Neste contexto, a faixa etária dos residentes pode favorecer a PCI à medida que vai ao encontro de uma formação mais atual, além disso, também pode contribuir no sentido de que são profissionais com menor tempo de serviço e, conseqüentemente, podem apresentar menor resistência às inovações.

Algumas categorias profissionais da área da saúde têm investido mais na interprofissionalidade do que outras. A revisão de Herath e colaboradores (2017) identificou maiores investimentos de EIP na enfermagem, farmácia, medicina e odontologia tanto em cursos de graduação quanto de pós graduação. Todavia, neste estudo foram observados maiores níveis de EIP e PCI entre profissionais das áreas da enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional.

A prática interprofissional nos âmbitos micro e macro caracteriza-se como parte integrante da educação profissional e deve fazer parte da formação curricular dos profissionais (Herath et al., 2017).

6.1 O CONTEXTO DO AMBIENTE HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO E A PCI

Para os entrevistados, o HU-USP possui condição favorável para a PCI destacada principalmente por ser *locus* de residências uni e multiprofissionais e por promovê-la, mesmo que de maneira discreta. Porém, algumas deficiências se sobressaem e prejudicam sua efetivação, como o modelo biomédico de atenção à saúde, o conhecimento frágil sobre a PCI, a escassez de profissionais e sobrecarga de atividades e a necessidade de apoio organizacional para a PCI.

A rigidez hierárquica ainda é predominante nas instituições públicas de saúde brasileiras, relacionada a elementos como o autoritarismo, a centralização de poder, competição entre os trabalhadores, a administração engessada e desfocada das necessidades locais, a desvalorização dos trabalhadores, assim como a resistência à inovação (Rocha et al., 2014).

Esse modelo fortalece a fragmentação das ações e do cuidado, dificulta o trabalho em equipe e gera insatisfação e desmotivação dos trabalhadores à medida que suas necessidades e competências não são consideradas, comprometendo o desenvolvimento profissional e a qualidade do cuidado (Rocha et al., 2014).

Contudo, nas últimas décadas, os processos colaborativos vêm conquistando espaço nos contextos hospitalares potencializando os cuidados em saúde para maior eficiência e qualidade (Baião, Maciel, Santos, 2019). Veloso (1985) já considerava, em especial, os hospitais universitários favoráveis ao desenvolvimento de ações colaborativas à medida que as universidades têm sido campus de estudo e ensino dessa temática, e seus estudantes de graduação e pós-graduação serem sujeitos contínuos nestes hospitais.

Espera-se que como hospitais públicos, inseridos no SUS e *locus* de programas de residências em saúde, os hospitais universitários tenham maior abertura e possibilidade para a PCI. Neste contexto, as residências podem produzir mudanças nos serviços por meio de sua proposta pedagógica, da criação e fortalecimento de espaços críticos e diálogos sobre as práticas em saúde, fundamentais para o avanço do modelo técnico-assistencial, bem como dos modelos de formação para o setor saúde (Casanova, Batista, Moreno, 2018).

A presença de residentes e profissionais de diferentes profissões se configura como fator potencializador para que os sujeitos convivam e troquem conhecimentos entre si. Contribui também para que os usuários sejam avaliados por diversos profissionais, de forma direta ou indireta, por meio de trocas interprofissionais.

Evidências indicam que o trabalho em equipe e a prática colaborativa contribuem tanto na melhora do acesso e qualidade da saúde dos usuários e família quanto, para a satisfação dos profissionais de saúde (Peduzzi et al., 2020; Morgan, Pullon e McKinlay, 2015). Segundo Reeves (2016), a interprofissionalidade propicia melhores interações dos profissionais, aumentando a satisfação no trabalho.

A partir dos resultados deste estudo, foi possível identificar a satisfação dos residentes em situações de PCI, a valorização destes momentos e os benefícios

adquiridos para a formação, além da contribuição da PCI para a instituição e o usuário, corroborando com o resultado do estudo descrito em Dutra, Lemos, Guizardi (2020).

Por outro lado, o predomínio do modelo biomédico de atenção à saúde do HU-USP foi apontado pelos residentes como grande dificultador. Profissionais médicos controlam o processo de tomada de decisão relacionado ao cuidado do usuário e à família.

O modelo biomédico, caracterizado pela centralização da categoria médica na tomada de decisões do cuidado, direcionados pelo foco na doença reduz a concepção de saúde à mera ausência de doenças, estimulando a ênfase excessiva na tecnologia dura na produção de diagnósticos, na prescrição medicamentosa e na perspectiva curativa (Camargo Junior, 2007). Historicamente, as relações entre os profissionais de saúde, ainda refletem a estrutura hierárquica do sistema que coloca os médicos em uma posição dominante no ambiente hospitalar (Persson, 2021).

Residentes apontaram que a hierarquia médica ainda presente no HU-USP contribui negativamente para a participação de outras categorias profissionais, evidenciado também na revisão de Stevens, Hulmen e Salmon (2021). Questões de desequilíbrio de poder também são destacadas nas pesquisas sobre EIP e PCI, no entanto, raramente exploradas em profundidade (Baker et al., 2010, Gergerich, Boland, Scott, 2018; Cohen Konrad et al., 2019; Stevens, Hulmen, Salmon, 2021).

A hierarquia de poder entre os membros da equipe pode impactar nos objetivos intrínsecos do trabalho interprofissional e contribuir para a criação de atritos e conflitos enfraquecendo a colaboração (Fox, Reeves; 2014; Gergerich, Boland, Scott, 2018; Cohen Konrad et al., 2019). Porém, revisão recente demonstra que pouco se sabe sobre o impacto das relações de poder no cuidado ao paciente (Stevens, Hulmen, Salmon, 2021) e portanto, são necessários estudos que aprofundem a análise nesta perspectiva.

A ausência de conceituação teórica explícita sobre as relações de poder é curiosa e preocupante, uma vez que as relações entre profissionais na prática da saúde e instituições educacionais desenvolvem-se em estruturas hierárquicas e são historicamente desiguais por natureza (Cohen Konrad et al., 2019). Torna-se mais preocupante a limitada investigação sobre o poder nos estudos de educação e prática interprofissional. O poder é uma questão complexa e geralmente tende a ser visto como algo inalcançável e que não está na governabilidade das equipes e dos serviços (Baker et al., 2010; Cohen Konrad et al., 2019).

A histórica cultura de fragilização da participação coletiva, típica do modelo de saúde biomédico, é sustentada pela falta de empoderamento das diversas outras categorias profissionais de saúde, inclusive dos usuários e família (Paradis, Whitehead, 2015). Pessoas que historicamente não têm sua participação reconhecida em sistemas que mantêm uma rígida estratificação hierárquica são expostos a desumanização e exclusão social (Cohen Konrad et al., 2019).

Espera-se que o desequilíbrio nas relações de poder possa ser reduzido a partir da EIP, por meio da aprendizagem interativa e comunicativa, com maiores oportunidades dos estudantes discutirem sobre estereótipos das áreas profissionais, reconhecendo a contribuição das diferentes áreas para o cuidado em saúde (Baker et al., 2010; Costa, 2017; Paradis, Whitehead, 2015). Profissionais de saúde, assim como os participantes deste estudo, enxergam a EIP como caminho para empoderamento das profissões e maior participação no processo de tomada de decisão sobre o cuidado (Baker et al., 2010).

Portanto, o enfrentamento do modelo biomédico ultrapassa considerar os saberes técnicos e científicos e a prática em saúde. A participação igualitária das diversas profissões de saúde e a assunção de responsabilidade pelos resultados do atendimento ao usuário é fortemente influenciada por uma série de outros fatores que não se enquadram no âmbito de cuidados clínicos como legislações, posicionamentos dos conselhos de classe, termos e condições de trabalho, protocolos institucionais, riscos específicos da profissão, estratégias de gestão e diferenças significativas na remuneração entre profissões. Estes fatores impactam diretamente no processo e na relação de trabalho dos profissionais (Fox, Reeves, 2014).

Profissionais que buscam por uma ação inovadora podem sofrer diferentes constrangimentos dentro de uma equipe. A assimetria dessas relações pode gerar desvalorização e preconceito nas relações dos profissionais, caracterizando barreiras para o trabalho interprofissional (Barros, Spadacio, Costa, 2018). O limitado investimento no trabalho interprofissional pode contribuir para que a força de trabalho seja direcionada para ações individuais e fragmentadas.

No artigo de Barros, Spadacio e Costa (2018, p. 168), os autores destacam que:

“Pode ser, também, que o interesse de um profissional pelo 'novo' seja a expressão genuína do desejo de romper com a inércia institucional e construir um modelo de cuidado, não apenas integral, mas também emancipatório. Pode ser, ainda, que o

interesse por introduzir novas práticas na equipe seja uma mistura entre individualismo e compromisso com o cuidado da população na APS. Entretanto, qualquer que seja a motivação do profissional, sua ação resultará em possíveis conflitos interprofissionais com os outros membros da equipe. Nessas tensões, estarão operando as relações de poder corporativas e estruturais do campo da saúde, as quais podem ser condicionantes da construção social e manutenção de assimetrias no trabalho das equipes de saúde.”

Contudo, a transformação na cultura hierárquica só é possível quando há apoio organizacional para as oportunidades para decisões comuns, comunicação interprofissional e resolução de conflitos (Cohen Konrad et al., 2019; Organização Mundial de Saúde, 2017). O trabalho interprofissional não se sustenta apenas pelas iniciativas individuais. Algumas instituições ainda fortalecem desequilíbrios de poder e não investem em processos de trabalho que valorizem a interprofissionalidade (Barros, Spadacio, Costa, 2018; Paradis, Whitehead, 2015).

Além do mais, profissionais de saúde também tendem a transferir a responsabilidades referentes à tomada de decisão para equipe médica reforçando o modelo dominante (Arruda, Moreira, 2018). Muitas vezes, o trabalho interprofissional bem-sucedido é prejudicado pelas estruturas de poder não ditas que colocam vários profissionais numa hierarquia em que não há espaço para o questionamento (Cohen Konrad et al., 2019).

Os residentes apontam que os trabalhadores com formação mais antiga e maior tempo de atuação na instituição tendem a sustentar essa cultura. Ademais, residentes com maior tempo de atuação também foram associados à postura de resistência às inovações.

A abordagem da doença e o modelo biomédico de ensino também se organizam para estudar e executar o cuidado a partir dos sistemas orgânicos do corpo e não pela escuta e interação. Assim, a formação conduz à profissionalização e especialização precoces, como também à fragmentação das práticas de saúde e ao uso excessivo de tecnologias duras de diagnóstico, resultando na priorização da prática profissional em sua área sem o reconhecimento dos papéis e perspectivas de cuidados de diferentes profissionais (Magalhães, 2015).

Embora o SUS e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) tenham como foco a integralidade da assistência, o sistema e a formação em saúde ainda precisa avançar na perspectiva da EIP e da PCI. A fragilidade da PCI no HU-USP, conforme observada pelos entrevistados, expressa pela falta de formação para o trabalho interprofissional, sendo centrada na sua própria área de atuação, é uma problemática

não exclusiva do Brasil. Esse modelo de formação tem sido criticado em todo o mundo (Costa, 2017; Peduzzi, Agreli, 2018; Reeves, 201; WHO, 2010).

A formação tradicional e uniprofissional pautada na construção de identidades profissionais específicas e isoladas, com limitada ou nenhuma integração entre diferentes categorias profissionais, distancia da colaboração gerando um menor conhecimento e menor disposição para a PCI (Griggio et al., 2020). Até mesmo entrevistados com formação mais atual baseada nas DCNs e nos princípios do SUS apresentaram deficiência de ensinamentos sobre o trabalho interprofissional, conforme também evidenciado no estudo de Casanova, Batista e Moreno (2018).

A falta de conhecimento sobre o tema e o tempo de atuação dos profissionais contribuem para a resistência à colaboração e à inovação no HU-USP. Pesquisas apontam que a falta de compreensão dos papéis e responsabilidades profissionais prejudica frequentemente a colaboração interprofissional (Fox, Reeves; 2014; Reeves et al., 2010). Na busca de proteger os ganhos obtidos de sua profissão, alguns profissionais guardam as áreas de conhecimento e especialização que adquiriram, assegurando a propriedade exclusiva de áreas específicas de conhecimento e experiência (Freidson, 1996).

Não cabe a nenhum trabalhador de saúde em separado e sozinho, a responsabilidade de atender as demandas de saúde dos usuários (Peduzzi, Leonello, Ciampone, 2016).

Os profissionais devem ser capazes de compreender e (re)conhecer as diferentes áreas da saúde como uma complementaridade dos saberes e das ações entre a equipe e não, como uma competição por maior gama do escopo profissional (Casanova, Batista, Moreno, 2018).

O enfrentamento da frágil clarificação de papéis apresentada no HU-USP remete à necessidade de ampliação de conhecimentos acerca do papel das categorias profissionais (Medina, 2016). Uma alternativa exemplar já acontece no HU-USP com ações de educação permanente promovidas por residentes da fonoaudiologia e pelo setor/unidade de pronto socorro infantil que poderiam ser replicadas para/com outros profissionais.

É imprescindível que os profissionais de saúde sejam formados para o trabalho em equipe e prática colaborativa desde os cursos de graduação e assim se mantenham por meio de EPS pelas instituições (Peduzzi et al., 2016).

Costa Campos e colaboradores (2019) expressam a necessidade de que a formação em saúde inclua a capacidade de compartilhamento de saberes e de experiências no desenvolvimento de competências profissionais em processos de EPS. Os residentes valorizaram e reconheceram a importância da EPS sobre a interprofissionalidade e a destacaram como necessidade para sucesso do trabalho interprofissional.

A educação e a prática interprofissional são fundamentais para o reconhecimento das ações dos diferentes profissionais permitindo relações mais horizontais e a construção de competências para o trabalho interprofissional (Frenk et al., 2010; Santos, 2020).

É possível que a formação tradicional baseada no modelo biomédico e uniprofissional seja a base das barreiras que estão fragilizando a potencialidade inerente de um hospital universitário. Evidenciado também por Araújo e colaboradores (2017), os residentes encontram o desafio de levar a interprofissionalidade para o serviço. Ainda que reconhecidos os avanços para a interprofissionalidade nos últimos anos, este movimento ainda se mostra limitado quando o panorama analisado passa a ser o componente prático.

A EPS pode ser a chave para a aprendizagem contínua dos profissionais e oportunidade para a EIP e conseqüentemente, para a PCI.

Além da visão especializada característica do modelo biomédico, a condição e a sobrecarga de trabalho dificultam o atendimento na perspectiva da integralidade do cuidado como também evidenciado nos estudos de Barros, Spadacio e Costa (2018), Casanova, Batista e Moreno (2018) e Griggio e colaboradores (2020).

Por conta da escassez profissional, a possibilidade de atendimentos por variadas categorias profissionais se torna limitada aos usuários. Residentes acionam esses profissionais apenas quando julgam muito necessário comprometendo a integralidade do cuidado, todavia, referem que a presença de diferentes profissionais nos setores/unidades potencializaria a PCI e beneficiaria os usuários.

No estudo de Pomare e colaboradores (2020) sobre PCI em hospitais internacionais, foi concluído que a PCI pode prover diversos benefícios para os hospitais em todos os níveis de usuários, equipe e organização. Os benefícios estavam associados a melhores resultados clínicos, satisfação dos pacientes e da equipe, qualidade do atendimento durante e pós internação, segurança e eficiência, engajamento e redução da taxa de burnout e stress entre os profissionais, taxas de

erro, rotatividade, taxas de readmissão, tempo de permanência, taxas de morbidade ou mortalidade, e tempo de acompanhamento do usuário.

A integralidade da atenção no hospital depende da interlocução do trabalho de vários profissionais com a garantia de todas as tecnologias de saúde disponíveis que possam melhorar e prolongar a vida, além de propiciar um ambiente confortável e seguro para o usuário (Medina, 2016).

Segundo a OMS, mecanismos institucionais podem contribuir para profissionais trabalharem de forma colaborativa, criando sinergia em vez de fragmentação. Os profissionais necessitam de modelos de governança claros e objetivos e de protocolos de atendimento que favoreçam a interação (WHO, 2010).

No Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, a OMS propõem cinco ações institucionais para avançar na PCI:

1. Processos estruturais que promovam a tomada de decisão compartilhada, comunicação frequente e envolvimento da comunidade;
2. Projetar um ambiente que nutra, fomente e expanda a prática interprofissional colaborativa em agências de serviços e entre elas;
3. Desenvolver políticas de pessoal que reconheçam e apoiem a prática colaborativa e ofereçam modelos de remuneração justos e equitativos;
4. Desenvolver um modelo de prestação de serviços que permita haver tempo e espaço adequados para os profissionais focarem na colaboração interprofissional e prestação da assistência;
5. Desenvolver modelos de governança que estabeleçam o trabalho em equipe e a responsabilidade compartilhada pela prestação de serviços de saúde entre os membros da equipe e a prática normativa.

De acordo com Peduzzi e colaboradores (2016), o modelo de organização dos serviços deve estar alinhado com a liderança para a implementação da prática colaborativa. Uma liderança colaborativa diz respeito a profissionais entenderem e poderem aplicar princípios de liderança compartilhada e coletiva que dão suporte e promovem o trabalho em equipe e a prática colaborativa. Sendo assim, a resolução de conflitos interprofissionais permite que profissionais se envolvam com os demais atores - usuários, família e comunidade no manejo positivo e construtivo de conflitos e desacordos (CIHC, 2010).

A promoção de ambientes favoráveis para a PCI incluem definir na filosofia institucional a descentralização dos processos decisórios e, por sua vez, requerem o

estabelecimento de condições propícias como: efetiva comunicação, apropriada diversidade das competências dos componentes das categorias da equipe, flexibilidade de suas atribuições, respeitadas as especificidades de cada profissão, e cultura de trabalho em equipe com respeito mútuo, compromisso, confiança, camaradagem e compartilhamento de saberes, atividades e novas habilidades (Peduzzi, Leonello, Ciampone, 2016; Toassi, 2017).

As barreiras apresentadas pelos residentes demonstram a fragilidade do HU-USP em relação à PCI, contudo, uma liderança alinhada ao modelo de atenção à saúde que promova ambientes favoráveis para uma efetiva PCI, com reestruturação de alguns aspectos do processo de trabalho como dimensionamento de profissionais adequado e investimento em EPS e EIP pode favorecer e consolidar a potência do HU-USP em relação à PCI, destacada pelos residentes.

É a partir deste ambiente potente, mas com características rígidas e pouco flexíveis que o contexto do HU-USP em relação à PCI, apresentado pelos entrevistados, influencia diretamente nas ações de PCI e os sujeitos envolvidos.

6.2 OS SUJEITOS ENVOLVIDOS NA PCI NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Os sujeitos referidos nas ações de PCI no HU-USP são os trabalhadores, residentes, usuários e famílias. Suas participações ocorrem de formas e intensidades diversas.

Na perspectiva dos residentes, eles próprios estão mais presentes e são os mais provocadores de PCI no HU-USP, porém, a hierarquia dos trabalhadores, sentimentos de invisibilidade por parte dos residentes e a limitada ACP são graves entraves para sua efetivação no HU-USP com os demais sujeitos.

A falta de estímulo para a PCI no HU-USP, afeta diretamente essa relação à medida que residentes relataram a falta de atualização dos trabalhadores, paciência, tempo e interesse para a PCI, fragilizando o aprendizado do residente e a assistência ao usuário.

Existe uma confusão e dualidade quanto ao reconhecimento dos residentes como profissionais em formação em serviço nos cenários de prática já visto na revisão realizada neste estudo, como também visto no artigo de Araújo e colaboradores (2017), sobre serem estudantes ou profissionais, o que dificulta a PCI entre

trabalhadores e residentes. Porém, de acordo com os entrevistados, o reconhecimento sobre o papel dos residentes tem evoluído no HU-USP. Trabalhadores deste hospital têm identificado os residentes não só como força de trabalho, mas como profissionais em processo de formação.

O desentendimento em relação à atuação do residente como trabalhador extra para preencher lacunas ligadas ao dimensionamento de pessoal e a visão de que o residente não tem capacidade crítica bem desenvolvida, podem fomentar a uniprofissionalidade e comprometer a formação e a atuação dos residentes nos serviços de saúde (Araújo et al., 2017).

O tempo de atuação do residente em um determinado setor/unidade foi apontado como favorável para a PCI. Quanto mais tempo o residente frequenta o setor/unidade mais trocas interprofissionais acontecem. É possível inferir que o tempo de convívio pode contribuir para melhor clarificação de papéis e facilitar a PCI. Espaço e tempo compartilhado são de extrema relevância para que os profissionais se conheçam, troquem e construam vínculos entre si (Scherer, Pires, Jean, 2013). Por outro lado, o tempo de atuação também pode promover a resistência à colaboração como já discutido anteriormente.

A hierarquia entre trabalhadores e residentes tem como consequência uma PCI enfraquecida entre estes sujeitos. Os entrevistados referiram que os residentes têm preferência por buscar outro residente ao invés de um trabalhador. Além do mais, creem que a PCI é mais desenvolvida quando há residentes envolvidos e que, os trabalhadores podem se sentir estimulados pelo exemplo e passar a se envolver mais. No estudo de Rebouças, Goldin e Pinheiro (2019), também foi observado que a presença de residentes, em especial, de programas multiprofissionais no ambiente hospitalar contribuiu para maior contato e (re)conhecimento sobre a atuação das categorias profissionais pelos trabalhadores do hospital.

A potencialidade para a PCI mais relatada neste estudo foram os próprios residentes. Os entrevistados relataram que a PCI ocorre com grande intensidade entre eles por se sentirem mais à vontade nesta relação. A formação mais atual, a busca por conhecimento e a relação horizontal entre os sujeitos podem ser diferenciais deste processo.

A ampliação do conhecimento sobre o trabalho interprofissional e a implantação do SUS e de políticas indutoras de mudanças na formação em saúde como o Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde, 2008) que fomentam a

interprofissionalidade impulsionam as universidades para a reorientação do ensino no intuito de promover transformações na assistência com foco nas necessidades da população (Montanari, 2018). A formação mais atual, baseada na integralidade do cuidado, converge para que os residentes valorizem e busquem por PCI.

Atividades interprofissionais do ponto de vista da colaboração entre as profissões são propostas pelos programas de residência em saúde em diferentes níveis. Partindo dos relatos sobre a rotina dos residentes, foi possível perceber que a residência multiprofissional abrange um maior número de atividades interprofissionais que os outros programas uniprofissionais. Apenas os residentes da odontologia não mencionaram atividades com outras categorias profissionais promovidas pelos programas de residência.

Ancorado neste contexto, residentes do HU-USP planejaram e implementaram uma estratégia interprofissional para que pudessem compartilhar conhecimentos aprendidos durante suas rotinas e oferecer um cuidado integral aos usuários.

No estudo Casanova, Batista e Moreno (2018), os autores identificaram que os residentes possuem uma percepção que denota satisfação com o desenvolvimento de competências relacionadas à prática colaborativa durante a RMS.

A residência multiprofissional é uma estratégia de formação que possui o trabalho integrado como estratégia principal de formação (Casanova, Batista, Moreno, 2018). Conforme relatado pelos residentes, partem do princípio de que suas atividades envolvem profissionais de diferentes áreas, sendo assim, um modelo facilitador para que profissionais desenvolvam a PCI.

Já em residências uniprofissionais essas trocas propostas pelos programas foram mais limitadas. No HU-USP, essas trocas ocorreram por meio da iniciativa dos próprios residentes através de convites para outros residentes e/ou profissionais de outras áreas do HU-USP para participar das atividades. Exceto o PRFCAF, que possui atividades conjuntas planejadas com residentes do PRMPSCAH, porém, estas atividades não estão descritas no PPP do curso.

Para que esse movimento ocorra nos programas de residência é imprescindível que estratégias de EIP estejam inclusas nos PPPs com objetivos voltados para o aprendizado e colaboração interprofissional, conforme evidenciado por Miranda Neto (2015).

As propostas educativas devem estar orientadas para o desenvolvimento dos profissionais em relação ao trabalho colaborativo interprofissional para assegurar a

qualidade da atenção à saúde (Barr et al., 2005; Reeves, Hean, 2013; Silva et al., 2015).

De acordo com Barr (1998), a EIP permite o desenvolvimento de três importantes grupos de competências: competências específicas ou complementares (específicas de cada área profissional e que podem complementar as demais), competências comuns (comuns a todas as profissões) e competências colaborativas (aquelas que melhoram as relações entre as diferentes categorias profissionais). Ao nomear as competências específicas também de complementares, o autor evidencia o caráter coletivo do trabalho em saúde para o atendimento das necessidades de saúde das pessoas.

A literatura aponta que ainda há muito a se aprofundar em iniciativas interprofissionais na formação dos profissionais da saúde do Brasil. Mas para isso são observadas diversas barreiras: resistência de estudantes e docentes para a EIP, falta de recursos, fragilidade de estudos referentes à temática, dificuldade na articulação ensino-serviço-comunidade, incompatibilidade do PPPs dos cursos da saúde, estrutura departamentalizada das universidades, além de fatores logísticos, como tempo, carga horária de ensino, falta de espaços para os encontros compartilhados e currículos rígidos. Ainda mais, há falta de um consenso sobre a introdução de atividades de EIP na formação em saúde (Tompson et al., 2018).

Propostas curriculares integradas entre diferentes cursos, disciplinas eletivas e/ou obrigatórias e atividades de extensão e/ou atividades extracurriculares envolvendo duas ou mais profissões da saúde são iniciativas promissoras para a efetivação de EIP nas instituições de ensino (Tompson et al., 2018).

Além do aprendizado proporcionado, residentes identificam as atividades interprofissionais como positivas para o processo de trabalho. O convívio com os profissionais facilita a discussão mais aberta e direta, pois os residentes se sentem mais confortáveis em se comunicar com profissionais "conhecidos".

De acordo com Arruda e Moreira (2018), uma comunicação aberta permite aos profissionais compartilharem entre si suas inquietações, dificuldades e vitórias enfrentadas na rotina de trabalho (Arruda, Moreira, 2018).

Residentes do PRMPSCAH e do PRESCA possuem uma maior aproximação com a PCI do que os outros residentes, atuam com comunicação interprofissional, clarificação de papéis profissionais e cuidado centrado no usuário e família. A dinâmica de trabalho da equipe de residentes do PRMPSCAH e das equipes que

atuam nos setores/unidades de pediatria também favorecem essa maior vivência de PCI.

Os residentes do PRCTB apresentaram uma menor proximidade com outras categorias profissionais, ainda que valorizem a PCI.

Além da formação atual, a elevada carga horária, a convivência e o vínculo entre os residentes foram fatores que também apareceram como fortalecedores da PCI entre eles.

Apesar dos residentes relatarem maior PCI entre seus pares que entre os trabalhadores pelos motivos já destacados, o respeito profissional entre os residentes foi contraditório. Foi identificado que há residentes que se sentem desrespeitados e até mesmo invisíveis em relação aos residentes médicos. Esta postura limita de maneira expressiva a relação entre os profissionais e conseqüentemente, a PCI.

A realização de atividades semelhantes e comuns a residentes de diferentes categorias profissionais, como por exemplo a assistência a partos, e a limitada oportunidade dessas experiências para todos os residentes podem fortalecer as relações de poder entre as profissões.

Para Cohen Konrad e colaboradores (2019), distinções de poder podem ser menos aparentes em ambientes de poucos recursos, com escassez de força de trabalho onde as profissões são provocadas a atuar em níveis mais elevados da sua prática. Por outro lado, recursos humanos incompatíveis com a demanda, podem dificultar a PCI à medida que profissionais tendem a não priorizar as ações colaborativas (Barros, Spadacio e Costa, 2018).

Excepcionalmente no Centro Obstétrico do HU-USP foi observado que a disponibilidade de residentes de diferentes profissões para a execução de ações semelhantes e comuns gerou disputa entre os profissionais pela atividade. Situações essas que poderiam ser conduzidas de maneira compartilhada. Já em outros setores/unidades foi destacado que a falta de profissionais é que dificulta a realização de PCI.

O desrespeito referente a outros profissionais, a dificuldade de que profissionais enxerguem a integralidade do usuário e a hierarquia médica geram um efeito negativo significativo na assistência do usuário e família, somado ao desconforto relatado pelos residentes em atuar nessas condições.

De acordo com Peduzzi e Agreli (2018), a prática colaborativa está totalmente relacionada ao clima do trabalho em equipe, como já descrito na literatura internacional (Pullon et al., 2016) e nacional (Agreli, 2017).

O clima de equipe abarca percepções e sentidos compartilhados entre os membros de uma equipe sobre questões políticas, práticas e procedimentos vivenciados no trabalho. No estudo de Agreli (2019), observou-se que equipes com melhores climas desenvolvem mais amplamente a colaboração.

A prática colaborativa ultrapassa as questões interprofissionais e inclui a perspectiva do usuário e da família. Embora utilizado o termo interprofissional, a participação do usuário e família é imprescindível para que suas necessidades sejam atendidas (Peduzzi, Agreli, 2018).

Na ACP, profissionais se interagem e valorizam os parceiros, o engajamento do usuário, família e a comunidade, para o cuidado e atenção à saúde (Peduzzi, Leonello, Ciampone, 2016).

É necessário horizontalizar relações, questionando a história hierárquica entre os profissionais e usuários (Reeves, 2010; Costa, 2017; Paradis, Whitehead, 2015). A limitada participação do usuário e família evidenciada no HU-USP corrobora com a necessidade de esforços em nível global descrita na literatura, ademais, autores apresentam uma dificuldade no diálogo entre a literatura nacional e internacional devido a ausência de definição consensual para o termo ACP, o que prejudica sua implementação (Agreli, Peduzzi, Silva, 2016).

Ainda, algumas barreiras devem ser consideradas e analisadas neste processo, como as condições sociais, políticas e econômicas injustas nas quais os profissionais de saúde, usuários e famílias estão inseridos, além de que ao apoiar esta participação de usuários e famílias, considera-se que estes a querem e são capazes de assumir as responsabilidades que vêm com essa função (Fox, Reeves, 2014).

Outro grande desafio deste contexto é a superação da autoridade médica que limita, ainda nos tempos atuais, além da participação de outras categorias profissionais quanto dos usuários (Fox, Reeves, 2014) e família.

Contudo, os profissionais devem encontrar alternativas exitosas em envolver os sujeitos na dinâmica da prática colaborativa, mesmo que não seja de forma igualitária (Arruda, Moreira, 2018).

Usuários e familiares mais orientados sobre suas questões de saúde se configuram mais ativos no processo de cuidado, colaborando com a equipe no

caminho de melhores resultados de saúde, além de estimularem maior desenvolvimento crítico e reflexivo do profissional.

O empoderamento dos usuários e família incentiva-os a exercerem o direito e a responsabilidade de defender sua condição de saúde, sem transferir a eles toda a responsabilidade do sucesso ou insucesso do processo terapêutico.

Assim como no estudo de Reboucas, Goldin e Pinheiro (2019), os residentes valorizaram a PCI e o cuidado baseado na integralidade, com foco no usuário. Embora existam políticas públicas que apoiem e incentivem a ACP, os residentes referiram que o HU-USP necessita de um avanço nesta perspectiva.

Em tempos de pandemia, a tecnologia foi uma grande aliada para a participação da família nos hospitais, inclusive no HU-USP. Medina (2016) reforça que os serviços de saúde devem utilizar todas as tecnologias disponíveis que possam melhorar e prolongar a vida, além de criar um ambiente acolhedor e seguro para a pessoa hospitalizada.

O envolvimento dos sujeitos nas ações de PCI está vinculado às relações existentes entre eles. A hierarquia entre as profissões e entre as ocupações desenvolvidas caracterizam um distanciamento do processo colaborativo. A PCI desenvolve-se em sua maior dimensão quando os sujeitos se enxergam em níveis semelhantes.

Compreende-se que os sujeitos são expostos às ações de PCI já propostas sob o cenário do HU-USP, por outro lado, os sujeitos tendem a ser os grandes responsáveis pela proposição e efetivação de ações de PCI no momento atual.

6.3 AÇÕES DE PCI NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Apesar das dificuldades já descritas, é possível identificar ações de PCI no HU-USP por meio de comunicações informais e formais, atendimentos interprofissionais e reuniões.

A facilidade para a comunicação informal e o compartilhamento do espaço físico foram os principais facilitadores para a comunicação no HU-USP, conforme relato dos residentes. Também evidenciado por Arruda e Moreira (2018), as comunicações informais apoiam as relações interpessoais, o respeito, a confiança e a atenção para a solicitação, favorecendo o trabalho colaborativo.

Como apontada por Morgan, Pullon e McKinlay (2015), a comunicação compartilhada eficaz, frequente e informal sustenta a colaboração interprofissional efetiva e a prática colaborativa interprofissional.

Peduzzi e colaboradores (2020) corroboram deste pensamento e acreditam que as trocas informais também são ações que visam a construção de acordos interprofissionais dentro do processo de trabalho dos serviços de saúde.

A imprevisibilidade de setores/unidades de urgência e emergência também foi considerada como potencializador para a comunicação informal. Reeves, Xyrichis e Zwarenstein (2017) acreditam que o trabalho em equipe é o modelo de trabalho interprofissional com melhor manejo de tarefas imprevisíveis, urgentes e complexas, sendo a PCI para tarefas um pouco mais previsíveis, menos urgentes e complexas. De qualquer forma, a PCI ainda é uma potente estratégia em situações de imprevisibilidade.

A comunicação informal também foi evidenciada de forma assíncrona por meio dos documentos médicos compartilhados por uma plataforma online de armazenamento de dados. Para Reeves, Xyrichis e Zwarenstein (2017), é fundamental que além das interações síncronas, também sejam reconhecidas as interações assíncronas, como prontuários, encaminhamentos e mensagens em redes sociais, principalmente quando se trata do trabalho em rede.

Apesar deste ser um meio de comunicação de mais fácil acesso como evidenciado pelos residentes devido à estrutura do HU-USP, não possuir um padrão de registro único dificulta o acesso dos profissionais às informações, somado ao risco de perda de dados, implicando na qualidade do cuidado.

A comunicação interprofissional pode ser impactada pelo processo de trabalho em uma via de mão dupla e comprometer a eficiência da integralidade da assistência (Arruda, Moreira, 2018).

O perfil profissional foi apresentado pelos entrevistados como determinante da qualidade da comunicação interprofissional. Características pessoais e a disponibilidade para a PCI foram fatores de grande impacto nas relações entre trabalhadores e residentes. Scherer, Pires e Jean (2013), evidenciaram que as características pessoais dos indivíduos e as relações que se estabeleciam entre eles influenciavam diretamente no compartilhamento de saberes e tomadas de decisões.

De acordo com Medina (2016) é requerido um perfil específico para o trabalho em equipe, com facilidade em dialogar e trabalhar em conjunto. Autores identificam

que a receptividade e o compromisso com a colaboração (Arruda et al., 2018), o respeito mútuo e a confiança (D'Amour et al., 2008) são essenciais para a prática colaborativa. Características como abertura, respeito, vínculo e confiança foram evidentemente mencionadas pelos residentes como fundamentais para a PCI. Agreli, Peduzzi e Silva (2016) apontam que a construção de vínculos e a confiança apresentam potencial impacto na qualidade dos cuidados à saúde.

A valorização e a confiança no trabalho do outro profissional são aspectos importantíssimos para a PCI e demandam tempo e convívio para seu desenvolvimento.

Espaços comuns com fluxo de profissionais da equipe multiprofissional podem propiciar uma aproximação e compartilhamento de saberes e objetivos entre a equipe, corroborando com a atuação interprofissional e as propostas de aprendizado dos programas de residência.

Como também observado no estudo de Arruda e colaboradores (2018), a convivência em espaços comuns dentro e fora do ambiente de trabalho favoreceu, a clarificação de papéis, a valorização e a confiança no outro profissional.

De acordo com os residentes, a socialização entre os profissionais fora do contexto de trabalho em um ambiente descontraído pode aproximar a equipe, proporcionando aos profissionais conhecer mais sobre a atuação de cada um, alinhamento de condutas e convites para atendimentos interprofissionais ao estarem em um ambiente mais descontraído.

Nos espaços comuns do HU-USP que surgem a maioria dos combinados para atendimentos compartilhados entre profissionais de diferentes profissões. Residentes aproveitam os encontros para discutir e matriciar casos e pactuar atendimentos interprofissionais. Nestes atendimentos é possível verificar a interdependência entre os profissionais e a tomada de decisão compartilhada. Os atendimentos compartilhados possibilitam a discussão de casos e criam condições para a cooperação entre os profissionais (Medina, 2016). No estudo de Arnemann e colaboradores (2018), os atendimentos compartilhados foram considerados estratégia para solidificar o trabalho em equipe em prol da melhoria da qualidade do cuidado ao usuário.

A disponibilidade dos profissionais para atender solicitações programadas e não programadas favorece as práticas interprofissionais, como observado no estudo de Arruda, Moreira (2018).

Também foram ressaltados possíveis benefícios para o usuário que é atendido neste modelo, como melhor qualidade da assistência, redução de custos no caso de pacientes não internados, além de otimização de tempo e energia dispensada.

Os atendimentos interprofissionais são valorizados pelos residentes, contudo, ocorrem com uma frequência limitada no HU-USP. Foi relatado que os atendimentos interprofissionais ocorrem efetivamente entre os residentes e com menor frequência entre os trabalhadores evidenciando a fragilidade do HU-USP nessa modalidade de atendimento.

Outro ponto frágil é a falta de clareza dos residentes em relação à interconsulta (modelo de atendimento formal do HU-USP), inferindo a limitada utilização deste recurso dentro do HU-USP. Além do mais, a falta de protocolos institucionais enfraquece sua efetivação e, conforme relatado, os atendimentos interprofissionais ficam a cargo do perfil do profissional.

As reuniões realizadas entre profissionais de diferentes profissões também foram apresentadas como ação de PCI pelos residentes no HU-USP. As nomeadas “reunião multiprofissional”, “reunião médica” e “*round*” permitem tomadas de decisões interprofissionais e colaborativas (Durans et al., 2021).

As reuniões foram apontadas pelos residentes como notável estratégia para PCI. Inclusive, sugerem que essa estratégia seja implantada nos setores/unidades que ainda não ocorre.

Apesar do nome “multiprofissional” para as reuniões realizadas entre diferentes profissionais da equipe, foi possível perceber, através dos relatos dos entrevistados, que eram reuniões com níveis de compartilhamento de objetivos, interdependência das ações, clareza dos papéis e foco no usuário.

É imprescindível que as reuniões estejam ancoradas em preceitos da interprofissionalidade, em que não basta a presença de diferentes profissões em um mesmo ambiente ou a simples existência de reuniões de equipe, mas sim, espaço de discussões conjuntas, com criações de propostas e condutas terapêuticas conjuntas de forma ampliada (Medina, 2016).

A ausência da clara definição das terminologias evidenciada na literatura problematiza a consistência de grande parte da produção científica. Tal afirmação justifica e contribui para a dificuldade dos profissionais de saúde em utilizá-los de forma adequada (Peduzzi et al., 2013).

No mesmo contexto de inconsistência em relação ao nome da ação, vale destacar a chamada “reunião/visita médica” que apesar de assim ser nomeada, é uma reunião com discussão dos casos entre médicos e farmacêuticos. Como já discutido anteriormente, as relações hierárquicas entre as diferentes áreas profissionais da saúde com desigual valor social do trabalho ainda impactam em situações nas quais alguns trabalhadores são considerados superiores a outros, mesmo com todos executando ações de atenção à saúde (Peduzzi, 2001; Peduzzi et al., 2020).

É fundamental que os profissionais de saúde se sintam confortáveis em expor seus conhecimentos e opiniões para o favorecimento das PCI. A participação segura envolve o âmbito das interações e comunicações entre os profissionais através da promoção de segurança e confiança para que os membros das equipes possam opinar sem receio de julgamento dos colegas (Peduzzi et al., 2020).

O profissional gestor também é um grande facilitador deste processo e deve contribuir com a equipe por meio do encorajamento para a conquista do desenvolvimento coletivo na solução de problemas e a criação de oportunidades (Ribeiro, 2019).

Investimentos permanentes na manutenção da integração e da colaboração entre os profissionais, como manter uma rotina de reuniões com frequência, duração e local definidos, são indicados. Os profissionais devem evitar as práticas esvaziadas de sentido e assegurar que as reuniões direcionem aos resultados esperados para os usuários (Peduzzi et al., 2016).

Os profissionais devem reconhecer as conexões que existem entre as diversas atividades desenvolvidas e as valorizarem, articulando suas ações, visando o desenvolvimento de ações centradas no usuário e à integralidade do cuidado (Peduzzi, Leonello, Ciampone, 2016).

Foram apresentadas diversas ações/iniciativas que promovem a PCI no HU-USP, ações que são realizadas como foco nas necessidades do usuário, mesmo os profissionais e residentes não tendo o conhecimento ou o objetivo de PCI. Percebe-se que os profissionais desenvolvem indiretamente a PCI buscando ofertar melhor assistência ao usuário.

Em uma estrutura cristalizada no contexto hospitalocêntrico, fragmentado e biomédico destacam-se as ações informais. Diante desta conjuntura, é nas ações informais que os profissionais driblam as barreiras e encontram maiores possibilidades de PCI.

7 Considerações finais

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo indicou que o HU-USP é um espaço com potência para o desenvolvimento da colaboração interprofissional e tem capacidade de ampliar as ações e a qualidade de PCI.

Foram observados diferentes níveis de interações de diferentes naturezas entre os residentes e os profissionais dos serviços, sendo uni, multi ou interprofissionais, médico centradas ou centradas no usuário e família. Estas interações são reflexos principalmente do predomínio do modelo de atenção biomédico, da formação tradicional e uniprofissional da maioria dos profissionais, do frágil apoio organizacional, escassez de profissionais e sobrecarga de atividades e da limitada educação permanente com foco na interprofissionalidade.

As relações de poder evidenciadas no HU-USP entre trabalhadores e residentes, entre as categorias profissionais e entre profissionais e usuários e famílias impactam diretamente nas relações entre os sujeitos e as ações de PCI realizadas neste hospital. Esse desequilíbrio é sustentado pela falta de conhecimento sobre o trabalho interprofissional e pela falta de apoio organizacional.

O modelo biomédico se concretizou como um dos maiores dificultadores para a PCI no HU-USP. Seu impacto tensiona e fragmenta as relações interprofissionais. É curioso compreender que mesmo com evidências concretas do desgaste que este modelo provoca nas relações entre profissionais e usuários, ainda há pouca pesquisa sobre o assunto.

Sob essa estrutura hierarquizada, a PCI se desenvolveu, com destaque, por meio de residentes e profissionais que trabalham colaborativamente com foco no usuário e família, e encontraram por meio da informalidade caminhos propícios para sua efetivação.

A mudança do paradigma que reforça o desequilíbrio de poder exige diversas ações e posicionamentos dos profissionais em níveis tanto de gestão quanto de assistência.

Espera-se que com o avanço das pesquisas sobre a colaboração interprofissional, o desequilíbrio de poder entre as relações seja melhor esclarecido e combatido.

Além da evolução na horizontalidade do poder entre os profissionais de saúde, espera-se que esse avanço impulse o conhecimento sobre a PCI entre os

profissionais e gestores de saúde, bem como proporcionar uma efetiva articulação entre os gestores dos serviços, universidades, profissionais, órgãos reguladores das profissões, usuários e população. Esse ainda frágil conhecimento sobre a PCI contribui para a reprodução de práticas fragmentadas que não conseguem responder adequadamente os problemas e necessidades da população.

As residências em saúde que se caracterizam como importante impulsionador da formação de profissionais para o trabalho em equipe e para a PCI, precisam ser valorizadas e incentivadas neste âmbito da interprofissionalidade.

Apesar da existência de políticas públicas e das residências em saúde estarem direcionadas para os princípios da interprofissionalidade, a prática dos profissionais e residentes ainda está distante do cuidado integral. Neste estudo, os residentes dos programas de residência multiprofissionais apresentaram maior aproximação com a PCI. Residentes do programa de residência de enfermagem em saúde da criança e adolescente também experimentam com qualidade e intensidade situações de PCI em sua rotina. Já os residentes da odontologia apresentaram menor envolvimento na PCI evidenciado tanto por terem sido mencionados em isoladas situações de PCI bem como pela ausência de relato pelos próprios residentes do programa sobre atividades especificamente interprofissionais proporcionadas pelo programa de residência.

As residências em saúde são importantes cenários para a aprofundar a criticidade dos profissionais em relação ao escopo das profissões permitindo a construção de novos saberes entre as diferentes categorias profissionais da saúde.

A realidade da saúde atual demanda mudanças do modelo de atenção à saúde e em paralelo, da formação profissional. Tal interdependência deveria ser articulada com maior intensidade. Há, nesse sentido, uma necessidade de aperfeiçoamento da formação dos residentes e dos programas de residência na tentativa de ressignificar as práticas e fortalecer a atenção à saúde no SUS, considerando esta temática como um componente estratégico para a reestruturação do modelo de saúde no Brasil.

A EIP apresenta-se como uma oportunidade para melhorar condições de trabalho e promover autonomia semelhante entre as profissões, projetando a noção de que todas as profissões têm a mesma importância de papéis a desempenhar na prestação de cuidados.

Nessa realidade de profissionais que tiveram pouca aproximação com a EIP durante a formação, como é o caso do HU-USP, os residentes enxergam um futuro promissor para a PCI neste hospital por meio da EPS.

Acredita-se que na EIP, alinhada à EPS, para superar o modelo hegemônico e produzir cuidado integral, construído a partir da realidade prática dos sujeitos. A EPS, por ser um processo de aprendizagem em serviço, pode produzir um efeito significativo nos resultados em saúde fortalecendo os saberes referentes aos papéis de cada profissão e a reorientação de práticas em saúde por meio de reflexões e ações no cenário de prática.

O cuidado em saúde está em constante evolução e à medida que os profissionais conciliam a teoria e a prática profissional, e constroem dispositivos de reflexão sobre as práticas que desempenham, há possibilidades de mudanças e de melhora da assistência prestada.

As ações de PCI realizadas no HU-USP enriqueceram a formação dos residentes e em paralelo, o desenvolvimento dos profissionais envolvidos e não envolvidos nas específicas situações, pois profissionais colaborativos provocam e estimulam outros profissionais a desenvolver ações colaborativas, ou seja, a PCI gera PCI.

Diante da necessidade de um novo perfil de profissionais para atender as necessidades de saúde atuais e os resultados encontrados nesta pesquisa, propõem-se mudanças na reorientação e atuação dos profissionais do HU-USP com foco na (re)construção de conhecimento e de transformação de práticas de forma alinhada com os princípios do SUS e com possibilidades de aprendizagem por meio do serviço.

Como limitação deste estudo destaca-se a não inclusão de residentes médicos, dada a relevância da área relatada pelos residentes que participaram da pesquisa. Ademais, estudos futuros podem ampliar a análise da PCI, considerando-se de forma articulada e integrada a perspectiva de preceptores e tutores envolvidos nas residências, além de usuários, família e comunidade.

Por fim, este estudo tem o intuito de contribuir para o fortalecimento da PCI no HU-USP e em outros contextos aplicáveis, reduzindo a fragmentação das ações que não visam a integralidade como direção das práticas de saúde, tendo o usuário, família e comunidade como atores integrantes do cuidado, por meio da transformação da formação, dos serviços e profissionais de saúde.

8 Referências

8 REFERÊNCIAS

Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na Prática colaborativa interprofissional. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20:905-16.

Agreli HL. Prática colaborativa interprofissional e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde [Dissertação de doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.

Aguiar BG, Moura VL, Sória DD. Especialização nos moldes de residência em enfermagem. *Rev Bras Enf [Internet]*. 2004 [citado 26 jun 2019];57(5):555-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672004000500008>

Aguiar, C. Atuação do enfermeiro de Atenção Básica no âmbito da articulação da prática interprofissional [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2013

Albuquerque ER, Santana MC, Rossit RA. Residências multiprofissionais em saúde como fomentadoras da formação interprofissional: percepção de nutricionistas sobre as práticas colaborativas. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*. 2018 Set; 13(3):605-19.

Araújo EM. A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde: estudo comparativo entre Brasil e Portugal [Tese]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2017.

Araújo KM, Leta J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2014; 21(4):1261-81.

Araújo TA, Vasconcelos AC, Pessoa TR, Forte FD. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2017 [citado 26 jun 2019];21(62):601-13. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>

Arnemann CT et al. Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2018 [citado 26 jun 2019];22(suppl 2):1635-46. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0841>

Arruda GM, Barreto IC, Ribeiro KG, Frota AC. O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2018 [citado 26 jun 2019];22(suppl 1):1309-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0859>

Arruda LD, Moreira CO. Colaboração Interprofissional: um estudo de caso sobre o Núcleo de Atenção do Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ). *Interface (Botucatu)*. 2018; 22:199-210.

Baião DC, Maciel RH, Santos JBF. É possível falar em colaboração nos hospitais brasileiros?: Uma revisão integrativa da literatura. Rev SBPH [Internet]. 2019 [citado 2022 30 jun];22(1):05-27.

Baker L, Egan-Lee E, Martimianakis MA, Reeves S. Relationships of power: implications for interprofessional education. J Interprof Care [Internet]. 2010 [citado 25 maio 2022];25(2):98-104. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561820.2010.505350>

Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª ed. Lisboa: Edições 70; 2010.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.

Bardin, L. Análise de conteúdo (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977); 2006.

Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. Effective interprofessional education: argument, assumption and evidence. Oxford: Blackwell; 2005.

Barr H. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. J Interprof Care. 1998; 12(2):181-187.

Barros, AJP.; Lehfeld NAS. Fundamentos de metodologia: um guia para iniciação científica. São Paulo: McGraw-Hill, 1986.

Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as Práticas Integrativas e Complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. Saúde em Debate [Internet]. 2018 [citado 15 jun 2022];42(spe1):163-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s111>

Batista RE, Peduzzi M. Prática interprofissional no Serviço de Emergência: atribuições específicas e compartilhadas dos enfermeiros. Rev Bras Enf. 2019; 72(2):213-220.

Descritores em Ciências da Saúde: DeCS [Internet]. ed. 2017. São Paulo (SP): BIREME / OPAS / OMS. 2017 [atualizado 2017 Mai; citado Jun 13 2020]. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>.

Bispo EP, Rossit RA. Processo de validação e adaptação transcultural do assessment of interprofessional team collaboration SCALE II (AITCS II). JPMHC| Journal of Management & Primary Health Care| ISSN 2179-6750. 2017; 8(3):10-1.

Bonacim CA, de Araujo AM. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Rev Adm Pública. 2010 Ago; 44(4):903-31.

Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Rev Bras Educ [Internet]. 2002 [citado 26 mar 2022];(19):20-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-24782002000100003>

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287/98, de 08 de outubro de 1998.

Brasil. Lei 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 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, 01 jul. 2005.

Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Residências em Saúde. Residência Médica. Decreto no 80.281, de 05 de setembro de 1977.

Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Secretaria de Educação Superior. Resolução nº 2, de 13 de Abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes gerais para os programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União.

Brasil. Ministério da Educação. Hospitais universitários. [Internet]. Brasília, DF; [s.d].

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Ministério da Saúde: Brasília, DF; 2018.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 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 [Internet]. Diário Oficial da União 2009 Nov 12.

Brasil. Portaria Interministerial MS/MEC nº 16, de 22 de Dezembro de 2014. Atualiza o processo de designação dos membros da CNRMS e inclui áreas profissionais para a realização de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2014.

Brasil. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2117, de 03 de Novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2005.

Camargo Junior. As Armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. *PHYSIS: Rev Col Bras Cir* 2007; 76(1):63-76.

Costa Campos KF, Marques RD, Ceccim RB, Silva KL. Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária a Saúde. *APS*. 2019 [citado 26 jun 2022];1(2):132-40. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/aps.v1i2.28>

Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). A national interprofessional competency framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010.

Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. *Interface*

(Botucatu). [Internet]. 2018 [citado 25 maio 2022];22(suppl 1):1325-37. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0186>

Cohen Konrad S, Fletcher S, Hood R, Patel K. Theories of power in interprofessional research – developing the field. *J Interprof Care* [Internet]. 2019 [citado 25 maio 2022];33(5):401-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1669544>

Comissão de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário (COMEP/HU). Manual de normas e condutas do aluno de graduação. 2017.

Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface (Botucatu)*. 2016 Mar; 20:197-8.

Costa MV. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: Toassi RFC, organizadora. *Série Vivência em Educação na Saúde Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* 1 ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 14-27.

D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2008 [citado 26 dez 2019];8(1). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>

Dallegrave D, Ceccim RB. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2013 [citado 25 maio 2022];17(47):759-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-32832013005000030>

Domajnko B, Ferfila N, Kavcic M, Pahor M. Interprofessional education In Europe: policy and practice. *Beyond interprofessionalism: caring together with rather than for people*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant; 2015.

Domingos CM, Nunes EF, Carvalho BG. Potencialidades da residência multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(55):1221-32.

Drago LC, Salum RL, Andrade SR, Medeiros M, Marinho MM. A inserção do residente em enfermagem em uma unidade de internação cirúrgica: práticas e desafios. *Cogitare Enferm*. 2013; 18(1):95-101.

Durans KC, Silva MC, Miranda AF, Sousa HF, Lima SF, Pasklan AN. Atitudes relacionadas a colaboração interprofissional entre os profissionais da Atenção Primária em Saúde. *Research, Society and Development* [Internet]. 2021 [citado 10 mar 2022]; 10(4):e57110413392. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i4.13392>

Dutra EB, Lemos ASP, Guizardi FL. Trabalho em equipe para a construção de práticas colaborativas na saúde. In: Guizardi FL, Dutra EB, Passos MFD, organizadora. *Em mar aberto: colaboração e mediações tecnológicas na educação permanente em saúde*. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. p. 183-215.

Edvardsson BO, Ross I. Critical Incident Techniques: Towards a Framework for Faculdade de Medicina da USP (FMUSP). São Paulo; Analyzing the Criticality of Critical Incidents. *International Journal of Service Industry Management*. 2001; 12(3):251-268.

Freidson E. Para uma análise comparativa das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. *Rev Bras de Ciên Soc*. 1996 São Paulo, n.31, ano 11, p.141-154, jun. 1996.

Frenk, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*. 2010; 376(9756):1923-58.

Fox A, Reeves S. Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *J Interprof Care* [Internet]. 2014 [citado 9 jun 2022];29(2):113-8. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13561820.2014.954284>

Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2007 [citado 25 set 2020];11(22):239-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1414-32832007000200005>

Gergerich E, Boland D, Scott MA. Hierarchies in interprofessional training. *J Interprof Care* [Internet]. 2018 [citado 1 set 2020];33(5):528-35. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1538110>

Griggio AP et al. Analysis of an interprofessional education activity in the occupational health field. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2020 [citado 22 jun 2022];28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3228.3247>

Gray L, Wong-Wylie G, Rempel G, Cook K. Expanding Qualitative Research Interviewing Strategies: Zoom Video Communications. *The Qualitative Report* [Internet]. 2020 [citado 25 maio 2022]. Disponível em: <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2020.4212>

Gremler DD. The Critical Incident Technique in Service Research. *Journal of Service Research*. 2004; 7(1):65-89.

Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Medical teacher*. 2007; 29(8):735-51.

Heidegger M. De camino al habla. Barcelona: Edicionaes del Serbal; 1987. La esencia del habla. p.147.

Herath C et al. A comparative study of interprofessional education in global health care. *Medicine* [Internet]. 2017 [citado 25 maio 2022];96(38):e7336. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/md.0000000000007336>

Herbella FA et al. Evaluation of training and professional expectations of surgery residents. *Rev Col Bras Cir* 2011; 38(4):280-4.

Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP). História. [Internet]. São Paulo; [s.d].

Iribarry IN. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. *Psicologia: reflexão e crítica*. 2003; 16(3):483-90.

Janghorban R, Roudsari RL, Taghipour A. Skype interviewing: the new generation of online synchronous interview in qualitative research. *Int J Qual Stud Health Well-being* [Internet]. 2014; 9(1):24152. DOI: <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.24152>

Junior RF. “Saber ser, saber conhecer, saber saber”: compreendendo as vivências, saberes e as práticas pedagógicas de preceptores em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família [dissertação]. Diamantina: Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri; 2018.

Khalili H, Hall J, DeLuca S. Historical analysis of professionalism in western societies: Implications for interprofessional education and collaborative practice. *J Interprof Care*. 2014 Jan;28(2):92-7.

Magalhães KA. Envelhecimento e Cuidado: uma abordagem antropológica centrada na visão de agentes comunitários de saúde [tese]. Belo Horizonte: Fundação Oswaldo Cruz; 2015.

Martins GD, Caregnato RC, Barroso VL, Ribas DC. Implementação de residência multiprofissional em saúde de uma universidade federal: trajetória histórica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016 set;37(3):e57046.

Medina AG. Terapia Ocupacional e a educação para a interprofissionalidade em residências multiprofissionais em saúde [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2016.

Miranda Neto M. Limites e potencialidades da residência multiprofissional em saúde para a educação interprofissional [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

Montanari PM. Formação para o trabalho no ensino das graduações em saúde. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 2018 [citado 25 maio 2022];27(4):980-6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180974>

Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *International journal of nursing studies*. 2015 Jul; 52(7):1217-30.

Orchard CA, Curran V, Kabene S. Creating a culture for interdisciplinary collaborative professional practice. *Medical Education Online*. 2005 Dec; 10(1):4387.

Paradis E, Whitehead CR. Louder than words: power and conflict in interprofessional education articles, 1954-2013. *Med Educ*. 2015 Apr;49(4):399-407. doi: 10.1111/medu.12668.

Peduzzi M, Norman IJ, Germani AC, Silva JA, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 Ago; 47(4):977-83.

Peduzzi M, Oliveira MAC, Silva JAM, Agreli HLF, Miranda Neto M. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. *Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria*. 2ª ed. Barueri: Manole; 2016. p. 171-9.

Peduzzi M, Agreli HL, Silva JA, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020; 18(supl1): e0024678

Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(supl2):1525

Peduzzi M, Ciampone MH. Trabalho em equipe. In: Lima JCF, Pereira IB, coordenadores. *Dicionário de educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; 2009.

Peduzzi M, Leonello VM, Ciampone MH. Trabalho em equipe e prática colaborativa. Kurcgant P, coordenadora. *Gerenciamento em enfermagem*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 103-4.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2001 [citado 9 jun 2022];35(1):103-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0034-89102001000100016>

Peres HH et al. *Políticas públicas de saúde e fundamentação do processo de cuidar*. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 2019.

Persson E, Ferlie E, Baeza J. Understanding professional stratification and hybridisation in the medical profession: exploratory evidence from Brazilian federal university hospitals. *Rev Adm Pública* [Internet]. 2021 [citado 10 mar 2022];55(5):1034-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200792>

Pomare C, Long JC, Churruca K, Ellis LA, Braithwaite J. Interprofessional collaboration in hospitals: a critical, broad-based review of the literature. *J Interprof Care* [Internet]. 2020 [citado 25 maio 2022];34(4):509-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1702515>

Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária (PRCEU). *Residências Multiprofissionais e Residências em Área Profissional de Saúde*. [Internet]. São Paulo; [s.d].

Pullon S, Morgan S, Macdonald L, McKinlay E, Gray B. Observation of interprofessional collaboration in primary care practice: a multiple case study. *J Interprof Care*. 2016; 30(6):787

Rebouças, R. R. M., Gondim, A. A.; Pinheiro, J. A. M. (Im)Possibilidades de atuação interprofissional dos residentes multiprofissionais em contexto hospitalar. *Rev Soc Bras Psic Hosp*. 2019; 22(1):51-71.

Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. A conceptual framework for interprofessional teamwork. In: Barr H, editor. *Interprofessional teamwork for health and social care*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2010.

Reeves S. The need to problematize interprofessional education and practice activities. *J Interprof Care*. 2010; 24(4):333-335, DOI: 10.3109/13561820.2010.492748

Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2017 [citado 25 maio 2019]. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000072.pub3>

Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *J Interprof Care*. 2017, 32:1, 1-3.

Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2016 [citado 25 maio 2020];20(56):185-97. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>

Reeves S, Hean S. Why we need theory to help us better understand the nature of interprofessional education, practice and care. *J Interprof Care*, Abingdon, v. 27, no. 1, p. 1-3, 2013.

Ribeiro AD. *Gestão de pessoas*. 3ª ed. São Paulo: Saraiva; 2019.

Rocha FL, Marziale MH, Carvalho MC, Cardeal Id SD, Campos MC. The organizational culture of a Brazilian public hospital. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2014 [citado 9 jun 2022];48(2):308-14. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0080-6234201400002000016>

Ruyter K, Perkins D, Wetzels M. Consumer - Defined Service Expectations and Post Purchase Dissatisfaction in Moderately-Priced Restaurants: a Cross-National Study. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior*. 1995; 8:177-87.

Santos CL. *Caracterização das competências colaborativas das equipes de saúde da família com saúde bucal na APS* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

Scherer MD, de Pires DE, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família [The implementation of interdisciplinarity in the work routine of the family health care team]. *Cien Saude Colet*. 2013;18(11):3203-3212. Disponível em: doi:10.1590/s1413-81232013001100011

Schmidt B, Palazzi A, Piccinini CA. Entrevistas online: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. *Rev Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social* [Internet]. 2020 [citado 25 maio 2022];8(4):960. Disponível em: <https://doi.org/10.18554/refacs.v8i4.4877>

Serapioni M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2000 [citado 27 set 2020];5(1):187-92. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1413-81232000000100016>

Silva JA, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(spe2):16-24.

Souto TS, Batista SH, Batista NA. A educação interprofissional na formação em psicologia: olhares de estudantes. *Psicologia: ciência e profissão*. 2014; 34(1):32-45.

Stevens EL, Hulme A, Salmon PM. The impact of power on health care team performance and patient safety: A review of the literature. *Ergonomics*. 2021 Aug 3;64(8):1072-90.

Toassi RF. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede Unida; 2017.

Toldrá RC, Ramos LR, Almeida MH. Em busca de atenção em rede: contribuições de um programa de residência multiprofissional no âmbito hospitalar. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional* [Internet]. 2019 [citado 9 jun 2022];27(3):584-92. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoao1670>

Tompson NN, Meireles E, Peduzzi M, Toassi RF. Educação interprofissional na graduação em Odontologia: experiências curriculares e disponibilidade de estudantes. *Rev Odontol.UNESP* [Internet]. 2018 [citado 5 jun 2022];47(5):309-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-2577.08518>

Torres RB, Barreto IC, Freitas RW, Evangelista AL. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2019 [citado 25 maio 2020];23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.170691>

Universidade de São Paulo. Resolução CoPq Nº 8012, de 14 de setembro de 2020. São Paulo; 2020.

Veloso C. A equipe interprofissional no hospital universitário [editorial]. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 1985;9(2). DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v9.2-001>

Wetzel C, Kohlrausch ER, Pavani FM, Batistella FS, Pinho LB. Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [Internet]. 2018 [citado 25 maio 2022];22(suppl 2):1729-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0664>

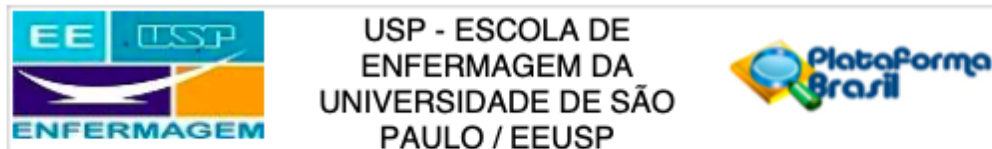
World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva; WHO; 2010.

Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International journal of nursing studies*. 2008 Jan; 45(1):140-53.

Anexos

ANEXOS

ANEXO 1 - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA EEUSP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PRÁTICA COLABORATIVA INTERPROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DE RESIDENTES DA ÁREA DA SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PAULISTA

Pesquisador: Vanessa Moreno Blanco

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39512320.9.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.469.397

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de mestrado com abordagem qualitativa. Serão realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com base na Técnica do Incidente Crítico com os residentes da pós-graduação lato sensu nas modalidades Residência Multiprofissional de Saúde e em Área Profissional de Saúde. Ao total, serão analisados seis programas de residência que tem como locus o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. As entrevistas semiestruturadas serão transcritas e analisadas segundo análise temática de Bardin e os dados empíricos serão organizados por meio do software WebQda.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a experiência dos residentes sobre a PCI em um hospital universitário.

Objetivo Secundário:

Identificar como e onde as experiências de PCI ocorrem e o sujeitos envolvidos;

Identificar como ocorre a participação dos usuários;

Identificar as barreiras e potencialidades para PCI no contexto analisado.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

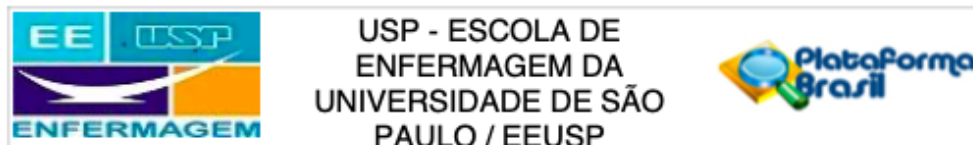
CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7503

E-mail: ee@usp.br



Continuação do Parecer: 4.469.397

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A participação na pesquisa, por meio de entrevista, não trará complicações legais e nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade. Há possibilidade do risco de constrangimento em relação a alguma pergunta e ultrapassagem do tempo pré-determinado para a realização da entrevista. No entanto, caso sinta qualquer constrangimento ou desconforto poderá se retirar em qualquer momento do estudo, sem qualquer ônus. A pesquisadora estará atenta a quaisquer reações emocionais e ficará à escuta de suas necessidades, dúvidas e/ou questionamentos, caso existam.

Benefícios:

O respondente terá como benefício, a oportunidade de refletir sobre as experiências de Prática Colaborativa Interprofissional durante sua atuação como residente no HU-USP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para a área.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram sanadas.

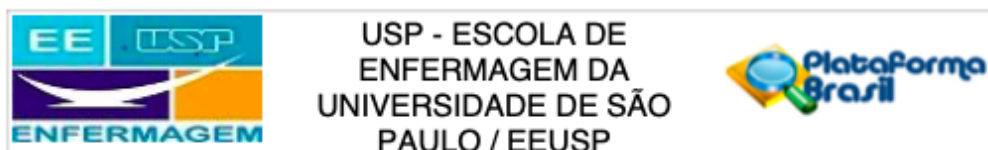
Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1640686.pdf	01/12/2020 13:26:42		Acelto
Projeto Detalhado / Brochura	Projeto_de_Pesquisa_VMB_PB.pdf	01/12/2020 13:24:28	Vanessa Moreno Blanco	Acelto

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7503 **E-mail:** ee@usp.br



Continuação do Parecer: 4.469.397

Investigador	Projeto_de_Pesquisa_VMB_PB.pdf	01/12/2020 13:24:28	Vanessa Moreno Blanco	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VMB_PB.pdf	30/11/2020 18:59:29	Vanessa Moreno Blanco	Acelto
Folha de Rosto	FolhadeRostoVanessaMoreno.pdf	16/10/2020 12:10:18	Vanessa Moreno Blanco	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

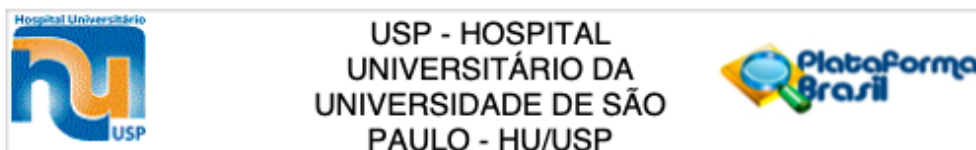
Não

SAO PAULO, 16 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Rita de Cassia Burgos de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7503 **E-mail:** ee@usp.br

ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DO HU-USP



Continuação do Parecer: 4.561.488

universitário. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** : - Identificar como e onde as experiências de PCI ocorrem e o sujeitos envolvidos; - Identificar como ocorre a participação dos usuários; - Identificar as barreiras e potencialidades para PCI no contexto analisado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Critério de Inclusão: - Os critérios de inclusão dos participantes no estudo serão ser residentes de um dos seis programas de residência que serão estudados e atuar como residente no HU-USP há pelo menos 6 meses.

Critério de Exclusão: - Serão excluídos da pesquisa os residentes ausentes na ocasião da coleta de dados por motivo de afastamento, férias ou qualquer situação que impeça o mesmo de desenvolver suas atividades laborais e acadêmicas. O risco na participação tende à zero. O eventual benefício será a oportunidade de refletir sobre as experiências de Prática Colaborativa Interprofissional durante sua atuação no HU-USP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, nível Mestrado, para Exame de Qualificação. Orientadora: Profª Drª Valéria Marli Leonello.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O T.C.L.E. está em conformidade com a resolução 466/12 e suas modificadoras, estando com linguagem acessível.

Recomendações:

Não existem recomendações para o projeto em tela.

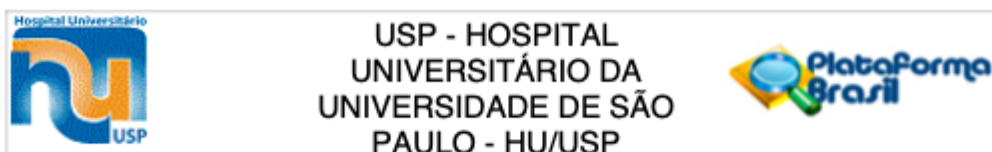
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram encontradas nem pendências ou inadequações neste projeto. O mesmo já havia tramitado pelo CEP da Escola de Enfermagem da USP, e recebido uma série de recomendações, que após atendidas, houve aprovação do projeto em 16 de Dezembro de 2020.

Considerações Finais a critério do CEP:

O projeto foi apresentado e aprovado na reunião de hoje. Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios parciais e final, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, inciso XI.2, letra "d".

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-9457 **E-mail:** cep@hu.usp.br



Continuação do Parecer: 4.561.488

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1682101.pdf	19/02/2021 14:08:53		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoInstituicaoInfraestrutura_Pesq_Vanessa.pdf	19/02/2021 14:06:28	Vanessa Moreno Blanco	Aceito
Outros	CA_odonto.pdf	11/02/2021 11:13:33	Vanessa Moreno Blanco	Aceito
Outros	CA_enfermagem.pdf	11/02/2021 11:12:18	Vanessa Moreno Blanco	Aceito
Outros	CA_fisio_fono_to.pdf	11/02/2021 11:11:31	Vanessa Moreno Blanco	Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	Cadastro_Protocolo_Pesquisa_HU_2.pdf	11/02/2021 11:06:37	Vanessa Moreno Blanco	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_VMB_HU.pdf	11/02/2021 11:04:36	Vanessa Moreno Blanco	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VMB_HU.pdf	28/12/2020 16:34:23	Vanessa Moreno Blanco	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_VMB_PB.pdf	01/12/2020 13:24:28	Vanessa Moreno Blanco	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VMB_PB.pdf	30/11/2020 18:59:29	Vanessa Moreno Blanco	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 26 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Maurício Seckler
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565

Bairro: Cidade Universitária

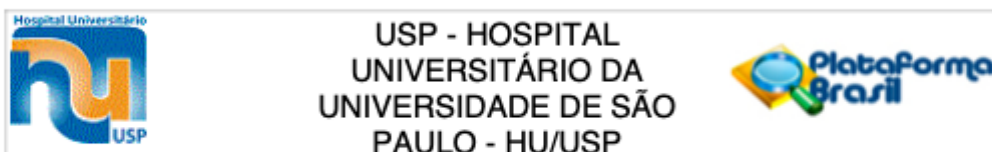
UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 05.508-000

Telefone: (11)3091-9457

E-mail: cep@hu.usp.br



Continuação do Parecer: 4.561.488

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1682101.pdf	19/02/2021 14:08:53		Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoInstituicaoInfraestrutura_Pesq_Vanessa.pdf	19/02/2021 14:06:28	Vanessa Moreno Blanco	Acelto
Outros	CA_odonto.pdf	11/02/2021 11:13:33	Vanessa Moreno Blanco	Acelto
Outros	CA_enfermagem.pdf	11/02/2021 11:12:18	Vanessa Moreno Blanco	Acelto
Outros	CA_fisio_fono_to.pdf	11/02/2021 11:11:31	Vanessa Moreno Blanco	Acelto
Solicitação registrada pelo CEP	Cadastro_Protocolo_Pesquisa_HU_2.pdf	11/02/2021 11:06:37	Vanessa Moreno Blanco	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_VMB_HU.pdf	11/02/2021 11:04:36	Vanessa Moreno Blanco	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VMB_HU.pdf	28/12/2020 16:34:23	Vanessa Moreno Blanco	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_VMB_PB.pdf	01/12/2020 13:24:28	Vanessa Moreno Blanco	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VMB_PB.pdf	30/11/2020 18:59:29	Vanessa Moreno Blanco	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

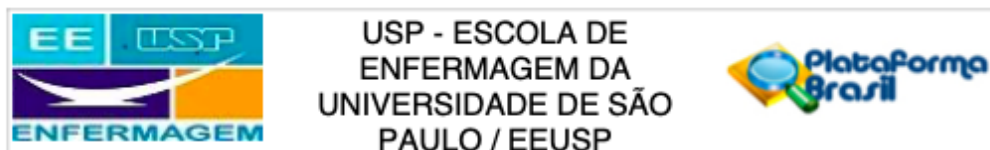
Não

SAO PAULO, 26 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Mauricio Seckler
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-9457 **E-mail:** cep@hu.usp.br

ANEXO 3 - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA EEUSP PÓS EMENDA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A PRÁTICA COLABORATIVA INTERPROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DE RESIDENTES DA ÁREA DA SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PAULISTA

Pesquisador: Vanessa Moreno Blanco

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 39512320.9.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

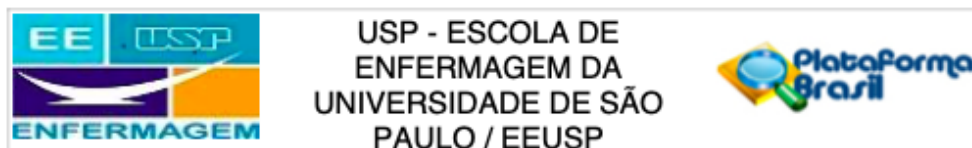
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.655.623

Apresentação do Projeto:

Introdução: A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a Prática Colaborativa Interprofissional (PCI) como estratégia para o enfrentamento dos desafios e crescente complexidade no cuidado por trazer melhoria na qualidade da atenção. A PCI representa uma alternativa para a fragmentação das ações desenvolvidas pelos profissionais de diferentes áreas, por meio da integralidade do cuidado. A formação profissional passa a requerer processos formativos que permitam desenvolver competências relacionadas à PCI, tais como as pós-graduações lato sensu, na modalidade de residência, que se constituem uma formação pelo/com o serviço de saúde. **Objetivos:** Compreender a experiência dos residentes sobre a PCI em um hospital universitário, identificar como e onde as experiências de PCI ocorrem e o sujeitos envolvidos, identificar como ocorre a participação dos usuários e identificar as barreiras e potencialidades para PCI no contexto analisado. **Método:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa. Serão realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com base na Técnica do Incidente Crítico (TIC) com os residentes da pós-graduação lato sensu nas modalidades Residência Multiprofissional de Saúde (RMU) e em Área Profissional de Saúde (RAPS). Ao total, serão analisados seis programas de residência que tem como locus o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. As entrevistas semiestruturadas serão transcritas e analisadas segundo análise temática de

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7503 **E-mail:** ee@usp.br



Continuação do Parecer: 4.655.623

Bardin e os dados empíricos serão organizados por meio do software WebQda. Todos os procedimentos éticos serão realizados e a pesquisa será iniciada após autorização do comitê de ética em pesquisa com seres humanos. Espera-se que esta pesquisa fortaleça a PCI em contextos hospitalares e permita ampliar a reflexão sobre a temática no âmbito de hospitais universitários e mais especificamente, no contexto das residências multi e uniprofissionais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Compreender a experiência dos residentes sobre a PCI em um hospital universitário.

Objetivo Secundário:

Identificar como e onde as experiências de PCI ocorrem e o sujeitos envolvidos;

Identificar como ocorre a participação dos usuários;

Identificar as barreiras e potencialidades para PCI no contexto analisado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação na pesquisa, por meio de entrevista, não trará complicações legais e nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade. Há possibilidade do risco de constrangimento em relação a alguma pergunta e ultrapassagem do tempo pré-determinado para a realização da entrevista. No entanto, caso sinta qualquer constrangimento ou desconforto poderá se retirar em qualquer momento do estudo, sem qualquer ônus. A pesquisadora estará atenta a quaisquer reações emocionais e ficará à escuta de suas necessidades, dúvidas e/ou questionamentos, caso existam.

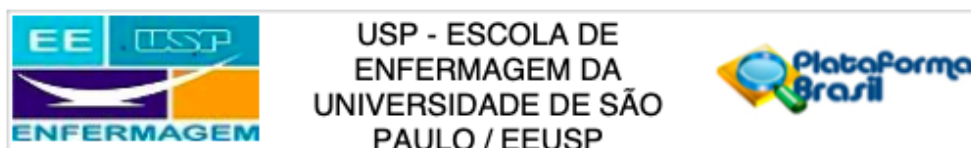
Benefícios:

O respondente terá como benefício, a oportunidade de refletir sobre as experiências de Prática Colaborativa Interprofissional durante sua atuação como residente no HU-USP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem escrito e relevante para a área.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7503 **E-mail:** ee@usp.br



Continuação do Parecer: 4.655.623

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados.

Recomendações:

Não Há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Foi solicitada pela Pesquisadora uma Emenda com que teve como justificativas:

"1) Atualização do PROJETO DE PESQUISA e TCLE Justificativa: O projeto de pesquisa foi revisado com o objetivo de adaptar a técnica de coleta de dados frente ao contexto de pandemia pela COVID-19. Destaca-se a entrevista on-line por videoconferência como estratégia viável de coleta de dados, conferindo maior segurança aos participantes e à pesquisadora. A alteração também visa atender à resolução CoPq Nº 8.012, DE 14 DE SETEMBRO DE 2020 que estabelece que: 'os trabalhos e pesquisas de campo devem ser evitados até que se configurem as condições favoráveis'.

2) Atualização do CRONOGRAMA:

Justificativa: Devido às dificuldades enfrentadas em relação à adequação das atividades em cenário de pandemia, houve a necessidade de atualização do cronograma.

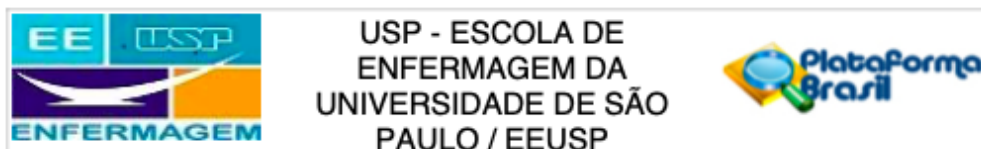
A Emenda solicitada foi Aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1711276_E1.pdf	24/03/2021 18:18:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_VMB_HU_emenda_destacado.pdf	24/03/2021 18:17:59	Vanessa Moreno Blanco	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_VMB_HU_emenda.pdf	24/03/2021 18:17:47	Vanessa Moreno Blanco	Aceito

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7503 **E-mail:** ee@usp.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: A PRÁTICA COLABORATIVA INTERPROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DE RESIDENTES DA ÁREA DA SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PAULISTA

Pesquisador: Vanessa Moreno Blanco

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 39512320.9.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.655.623

Apresentação do Projeto:

Introdução: A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a Prática Colaborativa Interprofissional (PCI) como estratégia para o enfrentamento dos desafios e crescente complexidade no cuidado por trazer melhoria na qualidade da atenção. A PCI representa uma alternativa para a fragmentação das ações desenvolvidas pelos profissionais de diferentes áreas, por meio da integralidade do cuidado. A formação profissional passa a requerer processos formativos que permitam desenvolver competências relacionadas à PCI, tais como as pós-graduações lato sensu, na modalidade de residência, que se constituem uma formação pelo/com o serviço de saúde. **Objetivos:** Compreender a experiência dos residentes sobre a PCI em um hospital universitário, identificar como e onde as experiências de PCI ocorrem e o sujeitos envolvidos, identificar como ocorre a participação dos usuários e identificar as barreiras e potencialidades para PCI no contexto analisado. **Método:** Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa. Serão realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com base na Técnica do Incidente Crítico (TIC) com os residentes da pós-graduação lato sensu nas modalidades Residência Multiprofissional de Saúde (RMU) e em Área Profissional de Saúde (RAPS). Ao total, serão analisados seis programas de residência que tem como locus o Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. As entrevistas semiestruturadas serão transcritas e analisadas segundo análise temática de

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

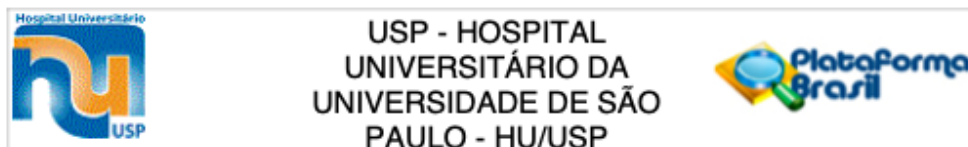
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7503

E-mail: ee@usp.br

ANEXO 4 - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA PÓS EMENTA DO HU-USP



Continuação do Parecer: 4.729.053

início do projeto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A emenda solicitada pelo pesquisador não acarretou numa mudança substancial na pesquisa, assim mantemos as considerações emitidas na primeira análise do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O T.C.L.E. está em conformidade com a resolução 466/12 e suas modificadoras, estando com linguagem acessível.

Recomendações:

Não existem recomendações para o projeto em tela.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram encontradas nem pendências ou inadequações neste projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

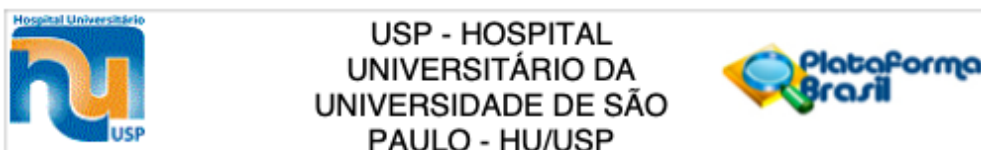
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_VMB_HU_emenda_destacado.pdf	24/03/2021 18:17:59	Vanessa Moreno Blanco	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_VMB_HU_emenda.pdf	24/03/2021 18:17:47	Vanessa Moreno Blanco	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VMB_HU_emenda_destacado.pdf	24/03/2021 18:17:32	Vanessa Moreno Blanco	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_VMB_HU_emenda.pdf	24/03/2021 18:17:16	Vanessa Moreno Blanco	Aceito
Outros	Carta_Emenda.pdf	24/03/2021 18:17:03	Vanessa Moreno Blanco	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 05.508-000
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)3091-9457 E-mail: cep@hu.usp.br



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PRÁTICA COLABORATIVA INTERPROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DE RESIDENTES DA ÁREA DA SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PAULISTA

Pesquisador: Vanessa Moreno Blanco

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 39512320.9.3001.0076

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.729.053

Apresentação do Projeto:

A pesquisadora apresenta uma emenda ao projeto original com 2 propostas distintas, à saber: 1) Atualização do PROJETO DE PESQUISA e TCLE. Justificativa: O projeto de pesquisa foi revisado com o objetivo de adaptar a técnica de coleta de dados frente ao contexto de pandemia pela COVID-19. Destaca-se a entrevista on-line por

videoconferência como estratégia viável de coleta de dados, conferindo maior segurança aos participantes e à pesquisadora. A alteração também visa atender à resolução CoPq N° 8.012, DE 14 DE SETEMBRO DE 2020 que estabelece que: 'os trabalhos e pesquisas de campo devem ser evitados até que se configurem as condições favoráveis'.

2) Atualização do CRONOGRAMA: Justificativa: Devido às dificuldades enfrentadas em relação à adequação das atividades em cenário de pandemia, houve a necessidade de atualização do cronograma.

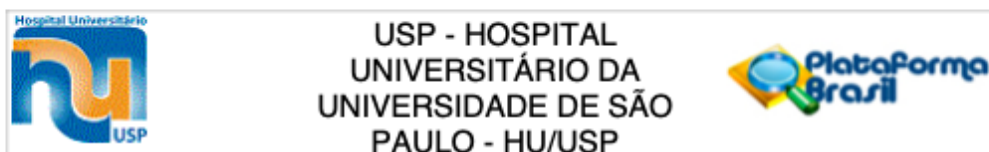
Objetivo da Pesquisa:

Não houve modificação dos objetivos originais. A emenda destina-se a corrigir uma distorção criada na vida comum diária pela pandemia em curso no planeta.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Com a presente emenda não houve modificação nem dos riscos ou benefícios apresentados no

Endereço: Av. Profº Lineu Prestes, 2565	CEP: 05.508-000
Bairro: Cidade Universitária	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3091-9457	E-mail: cep@hu.usp.br



Continuação do Parecer: 4.729.053

Não

SAO PAULO, 24 de Maio de 2021

Assinado por:
Mauricio Seckler
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Profª Lineu Prestes, 2565
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-9457 **E-mail:** cep@hu.usp.br

Apêndices

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - ESCOLA DE ENFERMAGEM ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Dados pessoais do residente

Nome:

Data de nascimento: ___/___/___

Sexo: () feminino () masculino

Idade:

Área de Formação na Graduação:

Instituição de Ensino na qual concluiu a Graduação:

Nome do Programa de Residência:

Tempo de residência no HU-USP até o momento:

Tempo total da residência:

Locais (setores/unidades) em que já atuou como residente no HU (perguntar sobre o período/duração nos diferentes lugares):

Roteiro da Entrevista

- 1 Primeiramente, você poderia me contar um pouco sobre a sua rotina como residente no HU (atividades Uni, Multi e Interprofissional)?
- 2 Gostaria que você me contasse 1 situação que você vivência como residente no HU que envolve a PCI entre profissionais para o cuidado do paciente/família entre profissionais do seu setor/unidade.
- 3 Gostaria que você me contasse 1 situação que você vivência como residente no HU que envolve a PCI entre profissionais para o cuidado do

paciente/família entre profissionais do seu setor/unidade e outros setores/unidades.

- 4 Gostaria que você me contasse 1 situação que você vivencia como residente no HU que envolve a PCI entre profissionais para o cuidado do paciente/família entre profissionais do HU e a Rede de Atenção à Saúde.
- 5 Dessas situações que você me contou, como foi a participação do usuário/família/comunidade na prática colaborativa?
- 6 Tem alguma outra situação que envolva a PCI com a participação do usuário que você possa me contar?
- 7 Gostaria que você me contasse sobre uma situação que você vivencia como residente no HU na qual você tenha identificado uma situação que tenha possibilidade para a PCI mas ainda não ocorre.

Considerar os seguintes elementos para cada situação das perguntas 1 e 2:

- *Contextualização* - O que aconteceu? Onde aconteceu? Quem estava envolvido? – Residentes, preceptores, tutores, profissionais, gestores, pacientes?
- *Comportamentos* – Como aconteceu? O que fez? O que disse? O que o outro fez? O que o outro disse? Característica da personalidade?
- *Consequências* - Qual foi o resultado final dessa situação? Houve benefício? Pra quem? Houve malefício? Pra quem?
- *Vivência emocional* - Como foi vivenciar esse processo? O que você sentiu?

- 8 A partir das situações que você me contou, quais elementos você diria/consideraria como barreiras para a efetiva realização da PCI no HU-USP?
- 9 E quais elementos você diria/consideraria como potenciais para a efetiva realização da PCI no HU-USP?

- 10 Como ocorre a participação dos residentes para a PCI no HU?
- 11 Durante nossa conversa, você lembrou de alguma outra situação sobre PCI que você gostaria de me contar?
- 12 Você acha que poderia ter te feito alguma outra pergunta que eu não fiz?
- 13 Como foi pra você participar da pesquisa?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você para participar da primeira etapa da pesquisa intitulada “A PRÁTICA COLABORATIVA INTERPROFISSIONAL NA PERSPECTIVA DE RESIDENTES DA ÁREA DA SAÚDE DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PAULISTA”, realizada pela mestrandia Vanessa Moreno Blanco, orientada pela Profa. Dra. Valéria Marli Leonello, do Programa de Pós-graduação em Gerenciamento de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP).

A justificativa para a realização da pesquisa é a necessidade de contextualizar a Prática Colaborativa Interprofissional (PCI) em Residências em Saúde, para compreendê-la nesse cenário de formação de ensino em serviço.

Espera-se que o estudo proporcione o fortalecimento da PCI em contextos hospitalares, no âmbito de hospitais universitários e, mais especificamente, em residências multi e uniprofissionais.

A pesquisa tem como objetivos: compreender a experiência dos residentes sobre a PCI em um hospital universitário, identificar como e onde as experiências de PCI ocorrem e o sujeitos envolvidos, identificar como ocorre a participação dos usuários e identificar as barreiras e potencialidades para PCI no contexto analisado.

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa que propõe realizar entrevistas individuais semiestruturadas com base na Técnica do Incidente Crítico com os residentes da pós-graduação lato sensu nas modalidades Residência Multiprofissional de Saúde (RMU) e em Área Profissional de Saúde (RAPS).

Caso decida aceitar o convite, você participará de uma entrevista semiestruturada presencial com a pesquisadora. O questionário possui 6 questões relacionadas à sua experiência sobre PCI no Hospital Universitário Campo de Estudo (HUCE). As questões abordam sobre situações que você tenha vivenciado ou não sobre PCI, suas barreiras e potencialidades no HUCE. Estima-se que a entrevista tenha duração de 30 a 60 minutos, em dia e local previamente agendado de acordo com a disponibilidade e respeitando a dinâmica do serviço e do programa de residência. Para que as respostas sejam transcritas com total fidedignidade, será utilizado um gravador. As entrevistas também poderão ser realizadas de modo online através de plataforma que permita gravação, para que o conteúdo possa ser, posteriormente, extraído e descrito na pesquisa.

A participação na pesquisa, por meio de entrevista, não trará complicações legais e nenhum dos procedimentos utilizados oferece riscos à sua dignidade. Há possibilidade do risco de constrangimento em relação a alguma pergunta e ultrapassagem do tempo pré-determinado para a realização da entrevista. No entanto, caso sinta qualquer constrangimento ou desconforto poderá se retirar em qualquer momento do estudo, sem qualquer ônus. A pesquisadora estará atenta a quaisquer reações emocionais e ficará à escuta de suas necessidades, dúvidas e/ou questionamentos, caso existam.

Os riscos envolvidos com sua participação são: você poderá se sentir desconfortável em compartilhar experiências vivenciadas em sua instituição, temendo expor possíveis fragilidades. Os riscos serão minimizados pela natureza das informações solicitadas pelo instrumento de coleta de dados, na medida que apontam para a caracterização das iniciativas, sem nenhuma intencionalidade de avaliar ou classificar em escala hierárquica as atividades realizadas. Você terá como benefícios a oportunidade de refletir sobre as experiências vivenciadas pelo seu curso e pelas atividades de PCI nele contido ao participar da entrevista. Além disso, posteriormente, a pesquisa evidenciará as atividades de PCI e possíveis estímulos e melhorias nessas atividades dentro do HUCE.

Por consequência da pandemia de Covid-19, poderá existir possíveis riscos de exposição ao vírus. A eventual exposição a contaminação poderá ocorrer por contato com outros pacientes e/ou profissionais de saúde portadores do novo coronavírus, mesmo não sabedores de sua condição, isso poderá acarretar o desenvolvimento de sintomas variados com diferentes graus de gravidade. Como medida preventiva a pesquisadora irá assegurar medidas de proteção durante a entrevista, como o uso de máscara N95 e distanciamento de 1 (um) metro do entrevistado (a), bem como seguirá o protocolo estabelecido pelo HUCE, caso a entrevista seja realizada no local.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento ou recusar-se a participar da pesquisa, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido. Se você sofrer algum dano, que seja comprovadamente decorrente desta pesquisa, a equipe executora irá acompanhar e assegurar indenização. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao(s) pesquisador(es) responsável(is) pela pesquisa para esclarecimentos de dúvidas.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhuma fase/etapa desta pesquisa. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os participantes. Os dados serão utilizados, exclusivamente, para esta pesquisa, que será divulgada em revistas e eventos científicos.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso ao(s) pesquisador(es) responsável(is) pela pesquisa para esclarecimentos de dúvidas.

O presente termo deverá ser rubricado em todas as suas páginas e assinado em duas vias. Como participante da pesquisa você receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada e rubricada pela pesquisadora. A pesquisadora principal é a Vanessa Moreno Blanco, disponível 24 horas por dia pelo telefone: (11) 99755-7937, endereço: Rua Frederico Von Martius, 194 – Vila Monumento – São Paulo – SP e endereço eletrônico vanessamoreno@usp.br. Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP-EEUSP) – telefone: (11) 3061-8858; endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - 2º andar, sala 202 - Cerqueira César - São Paulo - SP - CEP: 05403-000 ou Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (CEP-HU/USP) – telefone: (11) 3091-9457; endereço Av. Prof. Lineu Prestes, 2565 – Cidade Universitária - São Paulo – SP - CEP: 05508-000.

A pesquisa atende a todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assinatura da pesquisadora

Assinatura do(a) participante

São Paulo, _____ de _____ de 2021.