

A percepção de residentes acerca do desenvolvimento de competências interprofissionais durante vivência de prática interdisciplinar em um Centro Especializado em Reabilitação

Residents' perception of the development of interprofessional skills during interdisciplinary practice experience in a Specialized Rehabilitation Center

Proposta interprofissional: experiência de residentes em Centro de Reabilitação

Interprofessional proposal: experience of residents in a Rehabilitation Center

Letícia de Souza Cavalcanti¹

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-9987-3500>

Anna Luiza Santiago Angelo Muniz²

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-0521-9373>

Ilana de Souza Cavalcanti³

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9461-3702>

Vanessa Nazário Cordeiro⁴

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-8051-1885>

Marina Alves Caminha⁵

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0093-4324>

^{1,2} Graduanda de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde. Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, Recife-PE, Brasil. CEP: 51.150-001. E-mail: leticia.cavalcanti2003@gmail.com e analuizasantiagoangelomuniz@gmail.com

³ Graduanda de Psicologia na Faculdade Franssinetti do Recife. Av. Conde da Boa Vista, 921, Boa Vista. Recife-PE, Brasil. CEP: 50060-002. E-mail: ilanacav@gmail.com

⁴ Docente de Psicologia da Faculdade Pernambucana de Saúde. Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, Recife-PE, Brasil. CEP: 51.150-001. E-mail: vanessa.nc@fps.edu.br

⁵ Docente de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde. Avenida Mal. Mascarenhas de Moraes, 4861, Imbiribeira, Recife-PE, Brasil. CEP: 51.150-001. E-mail: marina.alves@fps.edu.br

RESUMO

Objetivo: Analisar a percepção de um grupo de residentes da área de saúde acerca do desenvolvimento de competências interprofissionais durante vivência de prática interdisciplinar em um Centro Especializado em Reabilitação (CER). **Método:** Estudo qualitativo transversal de caráter exploratório, cujo instrumento para coleta de dados se deu por meio de entrevista de grupo focal (GF), que foi audiogravada e transcrita. Teve a participação dos residentes que realizaram prática no Programa de Estimulação Precoce (PEP) no CER de um hospital escola referência no Estado de Pernambuco. Os dados foram analisados mediante a análise de conteúdo, segundo Minayo. **Resultados:** A partir da análise qualitativa dos relatos do GF, foi possível observar a dicotomia entre práticas multi e interprofissionais e entre os modelos de cuidado colocados em prática pelo PEP. Destaca-se que a falta de planejamento e sistematização de reuniões em equipe foi uma importante barreira enfrentada pelo grupo. No entanto, o estudo aponta para o desenvolvimento de uma nova identidade profissional entre o grupo de residentes que passa a compreender a importância de aprender a partir de, com e para o outro. **Conclusão:** O estudo sugere que o PEP, enquanto cenário de aprendizado e prática profissional, se melhor estruturado e planejado, pode contribuir de maneira satisfatória ao desenvolvimento de competências interprofissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em saúde, Educação interprofissional, Educação baseada em competências, Práticas interdisciplinares e Modelos de assistência à saúde.

ABSTRACT

Objective: Analyze the perception of a group of health residents regarding the development of interprofessional skills during interdisciplinary practice in a Specialized Rehabilitation Center (SRC). **Method:** Exploratory cross-sectional qualitative study, whose instrument for data collection was through a focus group interview (FG), which was audio-recorded and transcribed. There was the participation of residents who practiced in the Early Stimulation Program (ESP) at the SRC of a reference teaching hospital in the State of Pernambuco. The data was analyzed using content analysis, according to Minayo. **Results:** From the qualitative analysis of the FG reports, it was possible to observe the dichotomy between multi and interprofessional practices and between the care models put into practice by the ESP. It is noteworthy that the lack of planning and systematization of team meetings was an important barrier faced by the group. However, the study points to the development of a new professional identity among the group of residents who come to understand the importance of learning from, with and for each other. **Conclusion:** The study suggests that the ESP, as a setting for learning and professional practice, if better structured and planned, can contribute satisfactorily to the development of interprofessional skills.

KEYWORDS: Health Education, Interprofessional Education, Competency-Based Education, Interdisciplinary Placement, Healthcare Models.

I. INTRODUÇÃO

O conceito ampliado de saúde, proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), é compreendido como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”¹. Neste sentido, com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e as transformações sociais e tecnológico-científicas advindas da contemporaneidade, o setor saúde tem exigido a atuação de atores que favoreçam as transformações sociais e melhoria da qualidade da atenção com foco na resolubilidade dos problemas da saúde².

A exigência de uma abordagem que leve em conta a integralidade na atenção tem tornado cada vez mais notória a necessidade de um cuidado abrangente de diversos profissionais com diferentes habilidades e conhecimentos³. No entanto, ainda se observa fragmentação do cuidado à saúde, seja na prática profissional como no compartilhamento dos saberes⁴. Em consequência, demandas complexas não conseguem ser supridas com a realidade hoje apresentada, com constantes mudanças demográficas e epidemiológicas⁵.

Diante disso, torna-se fundamental pensar em modelos de ensino-aprendizagem que favoreçam a ampliação de competências e habilidades do profissional de saúde, o qual tem sido convidado a exercer funções mais intelectuais e a desenvolver a capacidade de resolver problemas complexos².

Em resposta a esta problemática, práticas colaborativas em saúde têm sido amplamente incentivadas. Segundo a OMS, a prática colaborativa pode ser compreendida “quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços”⁵.

Neste sentido, a educação interprofissional (EIP) tem se tornado objeto de estudo na área da educação em saúde, pois é considerada como uma “oportunidade educacional para que

os membros de duas ou mais profissões, aprendam em conjunto, de maneira interativa com o propósito explícito de melhorar a colaboração e os resultados de saúde”⁶.

De acordo com a Canadian Interprofessional Health Collaborative, a EIP “ocorre quando os profissionais de saúde aprendem colaborativamente dentro de sua área e através de outras profissões, a fim de obter os conhecimentos, habilidades e valores necessários para trabalhar com outros profissionais de saúde”⁷.

No entanto, para que ocorra uma vivência colaborativa entre profissionais é necessário que seja oferecido a estes um processo de educação crítico, que leve em consideração a construção de competências essenciais⁷. Segundo as diretrizes da National Interprofessional Competency Framework (NIFC), seis competências norteiam a prática interprofissional em saúde, sendo elas: 1- Comunicação interprofissional; 2- Atenção centrada no paciente/cliente/família/comunidade; 3- Estabelecimento de Funções bem definidas; 4- Bom funcionamento em grupo; 5- Liderança colaborativa; e 6- Resolução de problemas⁷.

Para que essas competências sejam desenvolvidas e postas em prática, uma formação consciente voltada à interação interprofissional é essencial⁸. O contato desde a formação possibilita a quebra de paradigmas que estabelecem uma relação hierárquica entre as diferentes categorias profissionais⁴.

Neste sentido, a EIP vem propor a desconstrução do paradigma formativo baseado na prática uniprofissional que, histórica e culturalmente, caracteriza-se por relações de poder verticalizadas entre os aprendizes e profissionais. Assim, propõe o diálogo e a horizontalidade nas relações entre os atores envolvidos. De certo, é pertinente que as competências interprofissionais sejam trabalhadas desde a formação nas instituições de ensino superior e nos ambientes específicos de trabalho^{4,9}.

Portanto, faz-se necessário que as instituições de ensino em saúde, sejam voltadas à graduação ou pós-graduação, repensem as atividades oferecidas nos espaços de vivência da

prática profissional durante o processo formativo desses profissionais e/ou futuros profissionais de saúde. No entanto, ainda são escassos os estudos científicos referentes ao impacto das vivências de práticas interprofissionais no processo de formação dos estudantes ou profissionais formados para que os mesmos logrem desenvolver e/ou aperfeiçoar as competências necessárias à prática colaborativa¹⁰.

Em consonância com essa discussão, destaca-se Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), uma entidade de natureza filantrópica, não estatal, sem fins lucrativos, que atua no âmbito da assistência hospitalar, ensino, pesquisa e extensão na área da saúde, sendo considerado um hospital escola referência na formação dos profissionais de saúde. As atividades de ensino e pesquisa no IMIP incluem, entre outros, os programas de pós-graduação *lato sensu*, com residência médica e multidisciplinar¹¹.

O programa de residência em Reabilitação Física do Centro Especializado em Reabilitação (CER IV) do IMIP tem como objetivo formar profissionais de diferentes áreas da saúde numa perspectiva interdisciplinar, com vistas ao desenvolvimento e à consolidação do SUS, contando com profissionais de terapia ocupacional, fisioterapia, psicologia e fonoaudiologia¹².

Como parte do planejamento das atividades práticas da residência do CER IV do IMIP existe o Programa de Estimulação Precoce (PEP) que presta assistência a bebês entre 0 a 1 ano que apresentam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, no intuito de favorecer uma maior autonomia dos usuários, inclusão social, promoção de saúde e qualidade de vida¹².

O PEP foi oficializado no ano de 2016, baseado nas diretrizes do Ministério da Saúde (MS) que procuram atender bebês desde a primeira infância, promovendo um ambiente onde se concretizam relações entre paciente, familiares e profissionais de forma horizontalizada¹³. A atividade assistencial ocorre uma vez por semana por meio de atendimentos interprofissionais contando com a supervisão de uma equipe interdisciplinar formada por

fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicóloga e fonoaudióloga. Os residentes são alocados nessa atividade durante os dois anos de residência e realizam atendimento em conjunto, desde o momento da avaliação inicial até a alta do paciente¹¹. Assim, os residentes têm a oportunidade de aprender na prática como funciona o trabalho interprofissional, sendo uma ferramenta de extrema relevância para a EIP.

Diante do exposto, surge a inquietação em se investigar as práticas interdisciplinares entre profissionais de saúde, como ferramenta ao desenvolvimento de competências interprofissionais voltadas à prática colaborativa. Através da percepção dos residentes, o estudo se propõe a analisar a dinâmica de trabalho do PEP com foco na identificação de competências interprofissionais desenvolvidas pelos mesmos, compreendendo como reconhecem as dificuldades e benefícios da vivência, para o desenvolvimento das competências interprofissionais.

II. MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, caracterizando-se como um estudo transversal de caráter exploratório. Foi realizado no CER IV do IMIP localizado na cidade do Recife, Pernambuco, Brasil no período de setembro de 2022 a setembro de 2023. Este estudo incluiu residentes que participaram regularmente do PEP, durante o período mínimo de seis meses até a coleta de dados. O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP IMIP) e aprovado sob o número de CAAE: 64421422.4.0000.5201.

O contato inicial com os residentes se deu por meio da coordenação do programa de residência, momento em que foram abordados individualmente e convidados a participarem da pesquisa. Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, assim como os critérios de confidencialidade do mesmo. Após aceitarem participar da pesquisa, foi marcada uma data de encontro para realização da entrevista de grupo focal (GF). No dia do encontro os

residentes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (*Apêndice 1*) que, após ser lido cuidadosamente na presença das pesquisadoras, foi devidamente assinado.

A entrevista de grupo focal aconteceu em uma sala reservada e disponibilizada pela coordenação do CER IV do IMIP. A sessão do GF foi conduzida por três pesquisadoras que não mantinham relação direta com os sujeitos participantes da pesquisa, que fizeram os papéis de mediadora e relatoras.

A entrevista foi gravada por um gravador de voz digital após autorização de todos os integrantes. Os participantes foram estimulados à discussão através de perguntas-chave, organizadas em um roteiro para grupo focal (*Apêndice 2*), a fim de explorar suas opiniões e experiências acerca de suas vivências no PEP. O áudio da sessão do GF foi transcrito na íntegra pelo relator, para que não se perdesse nenhum elemento de análise que pudesse deixar de ser registrado pelas pesquisadoras no momento da entrevista. Ademais, as relatoras fizeram observações por escrito de diversos aspectos observados durante a sessão que não puderam ser registrados em áudio, tal como, expressões, linguagem não verbal, entre outros.

O processamento dos dados da gravação foi submetido a transcrição, a qual foi analisada pelas pesquisadoras e duas analistas com experiência em análise de conteúdo. Após as análises individuais, houve reunião de consenso entre pesquisadores e analistas para estabelecimento dos grupos de categorias principais e os temas de destaque que emergiram nas entrevistas. Os dados foram analisados mediante a técnica qualitativa de “análise de conteúdo” segundo Minayo¹³.

III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrição do grupo focal

O GF foi composto por seis pessoas, de ambos os gêneros, com idades entre 23 e 29 anos, sendo profissionais de psicologia, terapia ocupacional e fisioterapia. No início o grupo

aparentava estar inseguro e retraído, provavelmente pelo fato de não conhecerem a dinâmica. No entanto, ao longo da entrevista todos participaram e interagiram entre si, apresentaram seus pontos de vista e percebeu-se um grupo coeso em relação ao assunto. Observou-se que os integrantes já haviam conversado sobre o assunto entre eles pelos diálogos durante o GF e pela convivência diária. No grupo surgiu liderança, cumplicidade e congruência nos assuntos abordados.

A partir dos relatos analisados emergiram três eixos temáticos norteados pelo conteúdo discutido no GF, sendo eles: 1- Atenção e cuidado no SUS; 2- Modelo de formação; 3- Experiência na prática. Na categoria 1, aborda-se os princípios do SUS e os modelos de atenção à saúde. Na categoria 2, discute-se sobre o processo de ensino/aprendizagem na área da saúde e a construção de uma identidade profissional. Por fim, na categoria 3, destaca-se os desafios e benefícios da experiência no PEP.

I. Atenção e cuidado no SUS

O SUS, apesar de não ter sido mencionado diretamente nos relatos dos participantes, esteve presente no diálogo do GF recorrentemente, sendo suas diretrizes norteadoras utilizadas, direta ou indiretamente, como ferramentas de sustentação dos relatos. Em vista disso, neste tópico serão abordados os pilares do SUS destacados pelos residentes e as suas comparações com a prática do serviço do PEP percebida pelos mesmos. Ademais, irá se discutir sobre o modelo de atenção à saúde, sua caracterização e modalidades de atendimento apresentadas em seus relatos.

O SUS tem como princípios a universalidade, integralidade, equidade e participação social. Essas diretrizes apontam em uma direção de maior humanização na prática de cuidado e no protagonismo do usuário nos serviços de saúde¹⁴. Neste sentido, as bases do cuidado

passaram a ser voltadas ao usuário de forma integral, sem fragmentação e reducionismo, com atendimentos dignos, respeitosos e de qualidade, oferecidos em um ambiente acolhedor¹⁵.

Essas práticas passaram a ter como referência o conceito ampliado de saúde capaz de enxergar o usuário a partir de determinantes sociais. De acordo com a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), os fatores sociais, culturais, étnico-raciais e psicoemocionais influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população¹⁶.

Ao considerar a saúde de maneira ampliada é esperado que os serviços organizados e pensados a partir do SUS, como o PEP, atuem de acordo com a realidade de cada grupo/usuário, partindo da realidade social, além da busca pela promoção de um cuidado que corresponda aos princípios que sustentam este sistema de saúde¹⁷.

1.1. Integralidade no cuidado

Um dos pilares que se destaca nos relatos é o do cuidado integral à saúde. Este pilar refere-se à necessidade de os serviços pautarem o cuidado a partir das individualidades de pessoa, levando em consideração o seu contexto social^{17,18}.

É possível notar nos relatos de alguns participantes a habilidade que desenvolveram durante sua vivência no PEP em enxergar o paciente de forma integral, compreendendo o sofrimento do usuário para além de sua área de conhecimento e tornando esse olhar ampliado para outros aspectos da saúde do mesmo. Nestes trechos, é possível destacar o reconhecimento que os residentes impõem à importância de olhar para o cuidado do paciente de maneira integral:

“Aí, assim, aprender o limite de enxergar melhor o paciente, sabe? Ao invés de ir só naquela parte motora ali. Entender algumas características também, alguns gatilhos que ele pode me informar e que eu posso entender e compreender da melhor forma. É, é muito fantástico”

“É a possibilidade da gente ver o sujeito de forma integral. Que a gente tem, claro que a gente não vai ter domínio da fisio, da TO como eles tem, mas a gente consegue pelo menos minimamente observar e saber qual o momento, por exemplo: ô fisio, vem cá. Fono, vem cá. Eu acho que fala muito dessa integralidade mesmo”

No entanto, foi possível perceber a insegurança e inexperiência do grupo na realização da prática. No relato, o grupo deixa notar que, apesar de compreender a importância de olhar o sujeito em sua integralidade, a prática não é tão simples como discutida na teoria:

“E a gente discute muito sobre isso, sobre integrar conhecimento, sobre ver o paciente de uma forma holística, mas na prática como é que a gente faz isso?”

Neste sentido, Souza discute sobre a necessidade de se oferecer uma base teórica mais sólida para uma melhor atuação das práticas integrativas. Para o autor, este preparo permite a prática mais adequada nos serviços de saúde, aumentando a qualidade dos atendimentos¹⁷.

1.2. Transição de modelos de atenção à saúde

Segundo Santos, toda prática profissional em saúde se dá a partir de modelos assistenciais¹⁸. Ao longo dos anos, o modelo advindo de práticas hospitalares foi hegemônico nas diversas unidades de saúde¹⁸. Este modelo biomédico tem seu foco central direcionado à doença e possui uma abordagem clínica e curativista, na qual o usuário tende a ser mais passivo no processo. A conduta tem como objeto de cuidado a doença em si, priorizando os sintomas e diagnósticos, com foco no controle ou retorno aos parâmetros de normalidade, sem priorizar o indivíduo dentro do processo de adoecimento¹⁹.

Por outro lado, o modelo centrado na pessoa, criado na Grã Bretanha na década de 50, busca a compressão, além dos sinais e da doença, do sujeito de forma integral, promovendo adesão e participação do usuário e incentivando seu autocuidado e autonomia¹⁸.

A partir dos relatos dos residentes é possível perceber que há uma incongruência entre o modelo de cuidado teoricamente sugerido pelo PEP e a maneira como efetivamente é realizado na prática. Se por um lado se compreende a importância do cuidado centrado na

pessoa, na prática ainda se observa a coexistência de um modelo que coloca o profissional no centro da tomada de decisão. Ou seja, as estratégias de ação pensadas tendem a ser executadas mais a partir da perspectiva da equipe, e menos das demandas trazidas pelo usuário/família.

Os relatos a seguir representam essa percepção:

“Eu acho que tem que ser um processo orgânico, né? Porque se a gente coloca pro paciente, a gente tá criando a demanda, né? Não necessariamente ela existe, então tem que ser algo que venha do paciente para a equipe”

“... é que assim... não foi uma interdisciplinaridade pensada a partir da necessidade do paciente, mas sim na necessidade do programa”

Conforme os relatos, observa-se que os atendimentos se deram a partir da demanda do programa, e não dos usuários. Essa é uma realidade na atenção e cuidado nos serviços de saúde no país. Em muitas situações o usuário não é incluído no processo de criação de objetivos e tratamento⁴. De acordo com a literatura isso se dá em razão de o modelo de assistência ainda ser centrado no profissional^{8,10}.

O relato a seguir reforça essa compreensão:

“Tanto que era, assim, pronto, as duplinhas: agora criem os objetivos, é, tracem o perfil aí do paciente e vejam quais são as questões e quais serão as intervenções. Tá, então, não existia inicialmente a necessidade interdisciplinar. Tá sendo colocada pra depois a gente descobrir como é que a gente vai trabalhar de forma interdisciplinar. Então era bem angustiante...”

O relato aponta para a presença do modelo de cuidado centrado no profissional, que perpetua a lógica do protagonismo do mesmo, retirando o paciente do centro do processo de seu próprio tratamento^{17,18}.

1.3. Multidisciplinaridade ou Interdisciplinaridade?

Primeiramente, o radical disciplinar expressa determinada área de conhecimento. O termo multidisciplinar se refere a um saber que envolve mais de uma área de conhecimento sem que necessariamente haja uma interação entre elas. Por outro lado, o conceito de

interdisciplinaridade designa uma atuação em conjunto, construindo um novo saber a partir da interação entre as áreas¹⁰.

No entanto, ainda existe pouco discernimento entre os termos interdisciplinar e multidisciplinar, visto que ambos são comumente utilizados como sinônimos¹⁰. Há compreensão de que o PEP, apesar de ser uma atividade que se propõe a ser interdisciplinar, reitera uma dinâmica pautada na lógica multidisciplinar. Esta compreensão emerge na fala do grupo, quando questionado o uso do termo interdisciplinar no PEP.

“E esse é um termo também que eu acho que é usado lá, mas eu acho que precisa de um pouco de cuidado, porque existe a diferença interdisciplinar e multidisciplinar. E como foi falado, né, é um espaço que as pessoas tão juntas. Isso não faz daquele serviço necessariamente interdisciplinar. A interdisciplinaridade, do jeito que eu entendo, é uma construção do novo saber a partir de um encontro de saberes. Então se faz um atendimento conjunto é multidisciplinar”

Esta fala mostra que os residentes têm clareza acerca do significado de uma vivência interdisciplinar, porém sentem que tiveram no PEP uma experiência multidisciplinar. Esta percepção dialoga com outros relatos, conforme trechos destacados:

“E no PEP, os casos assim que a gente atendeu em dupla, eles foram colocados, né, eles foram escolhidos a dedo: você vai ficar com tal pessoa. E aí você vai fazer um atendimento inter, né, em tese.”

“Eu acho assim, que por cobrar muito e ter de fato essa pressão: ah, porque tem que ser inter, porque tem que ser inter. Ah, porque o PEP é inter. Às vezes a gente não enxerga.”

A partir dos conceitos apresentados e dos relatos dos participantes, pode-se notar a dificuldade na aplicação prática de estratégias educacionais que ofereçam dinâmicas que desenvolvam a vivência interdisciplinar²¹⁰.

2. Modelo de formação

O atual modelo de formação de educação em saúde no Brasil é pautado por uma abordagem uniprofissional, contribuindo para a manutenção da fragmentação das relações

entre os atores envolvidos. Esse modelo dificulta o acesso dos aprendizes a meios de interação concreta, criando barreiras e reforçando a uniprofissionalidade⁹. Nessa categoria, será explorada a percepção do grupo sobre a experiência de formação educacional no programa.

2.1. Processo de ensino/aprendizagem

A educação interprofissional (EIP) é baseada em uma aprendizagem interativa entre profissionais de diferentes áreas da saúde com o objetivo de desenvolver um cuidado integral ao usuário²¹. A EIP pode ser implementada desde a graduação até programas de pós-graduação como residência e mestrado²¹.

O estudo observou que os residentes, apesar de serem profissionais formados, sentem falta de um embasamento teórico oferecido pelo PEP que os ensine a como prestar assistência de forma interprofissional. Eles percebem essa defasagem desde a formação acadêmica na graduação e que persiste na residência. Seguem trechos de relatos que sustentam suas percepções:

“Eu fico me perguntando em que medida os profissionais que estão ali sabem de fato fazer (prática interdisciplinar) pra ensinar. Então essa parte teórica, por exemplo, a gente sente muita falta. A gente... nós somos profissionais, mas estamos numa formação... então, e é dito que vai ter uma parte teórica.”

“Não é um simulado. Então isso precisa ser olhado com mais... a gente precisa tá mais preparado. E a gente tem a discussão em relação a faculdade, mas foi, a gente não tem como voltar. Esse espaço aqui, ele tem mais controle sobre isso. Então, é, e também a resposta não é texto, né? A resposta é prática. Como é que, como é que é feito na prática, como a gente pode construir isso.”

Segundo Costa, as barreiras para EIP já se impõem desde o ambiente físico das Instituições de Ensino Superior (IES), que compartimentalizam os espaços do conhecimento em departamentos fisicamente separados⁴. Agreli et al, argumentam que o processo de ensino-aprendizado das IES está ancorado predominantemente em currículos rígidos, que favorecem a uma formação disciplinar e cujo saber se dá de maneira fragmentada e centrada em

conteúdos⁶. Para os autores, este modelo perpetua uma lógica e comportamentos presentes em nossa cultura em que a integração entre diferentes conhecimentos não é incentivado²⁰.

No entanto, se por um lado o modelo de ensino-aprendizagem das IES ainda se encontra sustentado no paradigma hegemônico, as demandas que se apresentam aos profissionais de saúde em seu *fazer prático* têm exigido cada vez mais o desenvolvimento de habilidades e competências que os levem à realização de práticas colaborativas e, portanto, a interação e troca entre as diversas áreas de conhecimento^{9,20}.

2.3. Identidade uniprofissional

A identidade profissional é o referencial teórico e prático que permite e norteia a atuação do profissional. Esses referenciais são construídos a partir de aspectos sociais e educacionais dos profissionais de saúde²³.

A uniprofissionalidade, presente nos processos educacionais de formação de profissionais de saúde, é definida como o processo de atividades que ocorrem exclusivamente entre profissionais da mesma área, isoladamente²⁵.

Existem desafios a serem enfrentados a partir da identidade uniprofissional, pois a lógica de formação é centralizada em habilidades específicas e grande divisão de trabalho. No relato abaixo, observa-se que existe uma dificuldade de identificação de papel nas atividades realizadas no PEP, trazendo para sua realidade profissional.

“Então era difícil pra mim entender qual era o meu papel ali. Quando eu via a demanda, eu tinha dificuldade de entender como atuar, ainda mais pensando que o espaço é diferente do que a gente tá acostumado”

“os temas eram principalmente voltados pra o motor. Então, a psicologia ficava com um pouco mais de dificuldade de se inserir nessa discussão. Tanto que já no final do primeiro ano, foi levantada a questão de: se é um seminário interdisciplinar, então os temas precisam ser interdisciplinares”

Para Costa *et al*, a coerência teórico-prático pautada na uniprofissionalidade pode levar a elaboração de uma identidade uniprofissional que não permita que o profissional tome

decisões a partir do entendimento do seu papel no grupo e do papel dos demais nas tomadas de decisão⁹.

3. Experiência vivida na prática

Durante o GF os residentes relataram dificuldades e aprendizados acerca da prática interprofissional. A organização e planejamento, comunicação entre profissionais e a criação da identidade profissional dentro de uma esfera de trabalho colaborativo foram temas abordados pelos participantes.

3.1. Organização e planejamento

O planejamento dos serviços de saúde deve ser baseado na necessidade dos usuários e em situações explícitas para os profissionais de saúde. Com base nesse conceito, a participação da comunidade nos serviços é essencial, pois a partir dela, as instituições podem ter mais ferramentas para alcançar os objetivos de trabalho^{22,23}.

De acordo com os relatos trazidos pelos participantes, existiram falhas no planejamento das atividades e reuniões em grupo. Os residentes relataram que se sentiram isolados, tendo prejuízo na construção de trabalho em equipe de projetos relacionados ao cuidado dos usuários, conforme trecho a seguir:

“E aí a gente também não tinha muitas discussões, a não ser quando a gente residente se reunia pra poder discutir sobre os casos. Mas pelo menos no PEP, era um pouquinho mais isolado. Então cada residente ficava com um preceptor, né, daquela área. E aí a gente conversava nos corredores, no intervalo, nos momentos que davam. Mas não era algo, vamos dizer assim, oficial do processo”

A ausência de um espaço oficial para discussões pode acarretar em fragilidades quanto a ações de cuidado preventivo e assistencial. Reuniões em equipe são grandes aliados na programação e ação de atividades nos serviços de saúde. Nas reuniões devem ser debatidos detalhes das demandas do usuário em diferentes óticas, como na elaboração de planos

específicos para um melhor cuidado. Nesse encontro os profissionais têm a oportunidade de expor seus pensamentos e chegar a uma definição em conjunto^{23,24}.

3.2. Comunicação interprofissional

A comunicação interprofissional pode ser definida como a possibilidade de haver uma comunicação colaborativa e concreta entre pessoas de diferentes profissões, com vistas ao bem-estar do usuário²⁵.

A comunicação efetiva e clara é uma das competências necessárias para a prática interprofissional⁷. Para que essa prática seja desenvolvida é importante que haja um senso de coletividade entre os colegas de trabalho, no intuito de gerar maior entendimento do grupo e tomadas de decisões compartilhadas entre todos da equipe⁷.

No GF apareceram repetidamente relatos acerca dessa temática. Os participantes pontuaram a importância e dificuldade no processo de comunicação durante o programa. Segundo seus relatos, a comunicação se dava em grande parte, espontaneamente e de maneira informal, nos corredores do CER IV.

“E aí a gente também não tinha muitas discussões, a não ser quando a gente residente se reunia pra poder discutir sobre os casos. Mas pelo menos no PEP, era um pouquinho mais isolado. Então cada residente ficava com um preceptor, né, daquela área. E aí a gente conversava nos corredores, no intervalo, nos momentos que davam. Mas não era algo, vamos dizer assim, oficial do processo”

“E teoricamente a gente teria as discussões. Mas pelo menos no nosso ano, a gente não teve esse, ficou no planejamento só. Que a gente não teve essa parte teórica, essa parte de feedback de construção”

Ademais, a partir do relato do grupo, foi possível observar barreiras na comunicação entre os residentes e preceptores, sendo essa caracterizada por uma relação de poder verticalizada.

“Acho que até da gente sentir, assim, não tão como profissional. Lógico, a gente tá num espaço de formação, dentro, pensando uma especialização. Mas por vezes eu não me sentia profissional, justamente por

esses olhares. De pensar: eu sou profissional, eu não sabia de conduta. Mas esse olhar que a gente prejudica, faz com que a gente tenha medo, fique intimidado(a), até de levar questões nossas pro próprio preceptor, sabe? Então isso foi uma questão. Mas só lá. Mas que eu não sei se os meninos sentiram, mas eu sentia. Eu sentia medo até de levar minha dificuldade pra preceptora como um todo, sabe? Esse olhar, é o que matava...”

A comunicação verticalizada é vista em diversos contextos nos ambientes de trabalho em saúde. Em decorrência dessa situação existe um prejuízo na atuação dos profissionais e no processo de aprendizagem. Nesse sentido, faz-se necessário que os serviços promovam ambientes em prol da horizontalização das relações de trabalho¹⁰.

3.3. Construindo uma identidade interprofissional

A identidade interprofissional é um conceito compreendido como a capacidade do profissional se enxergar como membro de uma equipe de cuidado, entendendo a função dos diferentes membros e sabendo como atuar de forma ampliada, sem perder sua própria identidade¹⁰.

Apesar das dificuldades relatadas pelos residentes durante sua experiência no PEP, o grupo reconhece o desenvolvimento de uma nova identidade profissional que passa a ser construída a partir do reconhecimento da integração entre os profissionais e a importância da troca de saberes entre os mesmos.

“Quando o pessoal me pergunta sempre como é a experiência de trabalhar dividindo o ambiente com outros profissionais, eu falo muito que é algo, assim, surreal. É incrível o quanto eu aprendi nesse primeiro ano. Que na oportunidade de trabalhar junto, por exemplo, com D, a gente atendia pacientes juntos(as). E aí fica, às vezes bate muito essa discussão, até que ponto a fisioterapeuta entra, até que ponto é o TO. E aí a gente conseguia trabalhar junto(a), sem um atrapalhar o outro. Um respeitando até onde eu podia ir, até onde ele(a) podia ir. E aí eu aprendi absurdamente”

Observa-se, portanto, que a interprofissionalidade soma na vivência prática dos residentes, ampliando a percepção sobre o usuário e o planejamento das estratégias de ação, que passam a realizadas para além da sua própria área de conhecimento. Esta percepção pode ser vista no relato a seguir:

"Então se eu, quando eu terminar a residência e for montar um consultório, vou montar com a cara completamente diferente de se eu fosse montar antes, né? Então um espaço de preferência amplo, né, com os recursos, assim, quantas vezes eu não fui até o ginásio e saí cheia de, de bambolê e cone, assim, pra fazer um atendimento de psicologia porque na minha cabeça fazia sentido. Né? Que eu não teria, né, talvez esse olhar, se fosse antes, né, eu ia ficar pensando naquela sala, no máximo um colorido, com os brinquedos, né, que na psicologia, isso pensando na pediatria, né, na psicologia a gente tá acostumada. Mas pô, se eu tiver um lugar grande?"

O trabalho colaborativo entre diferentes profissionais é visto como uma oportunidade potente para a construção de uma identidade interprofissional que vise a melhoria da qualidade do serviço prestado à população. Isso pode ocorrer a partir do desenvolvimento da interação entre profissionais, gerando melhora na comunicação e otimização da resolução dos problemas, obtendo colaboração e flexibilização entre diferentes profissionais com base no cuidado interprofissional^{24,25}.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Discutir acerca do desenvolvimento de práticas interprofissionais em saúde tem sido um tema urgente nos espaços de formações profissionais, carecendo de maior visibilidade em pesquisas científicas. Este estudo observou que, a partir de uma análise qualitativa dos relatos do GF, diversos conteúdos acerca do aprendizado e prática profissional puderam ser presentificados, como: a dicotomia entre práticas multi e interprofissionais e a relevância do protagonismo do usuário no processo do cuidado. Dentre os resultados, destaca-se a dinâmica do PEP que, segundo a experiência do grupo, apesar de estar planejado com bases na interdisciplinaridade, apontam para a realização de uma prática multiprofissional.

Além disso, percebeu-se que apesar da compreensão dos residentes acerca da importância do modelo de saúde centrado no paciente, existe ainda uma tendência das relações

verticalizadas entre profissional-usuário, favorecendo a prática do modelo centrado no profissional. Outro aspecto apontado foi a falta de planejamento e sistematização de reuniões em equipe como um impeditivo no processo de aprendizagem e prática profissional.

No entanto, o estudo aponta para a percepção de desenvolvimento de uma nova identidade profissional, que deixa de ser autocentrado e passa a compreender a importância de aprender a partir de, com e para o outro. Diante do exposto, o estudo sugere que o PEP, enquanto cenário de aprendizado e prática profissional, se melhor estruturado e planejado, pode contribuir de maneira significativa ao desenvolvimento de competências interprofissionais.

V. REFERÊNCIAS

1. Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. 1997; Vol. 31: 538-42.
2. Haddad, Ana Estela, et al. (2010). Formação de profissionais de saúde no Brasil. *Rev saúde Pública* 44(3).
3. Silva, MJS. O conceito de saúde na Saúde Coletiva [tese]. São Paulo: USP; 2017.
4. Costa, Marcelo Viana, A educação interprofissional no contexto brasileira: Algumas reflexões, 2016.

5. Organização Mundial da Saúde (OMS), Marco para Ação em Educação Interprofissional e prática Colaborativa, Genebra, 2010 [20/09/2023]
<https://rbsmi.org.br/index.php/instrucoes/instrucoesaosautores>
6. Reeves, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care, 2016.
7. Canadian interprofessional health collaborative (CIHC), A national interprofessional Competency Framework, 2010.
8. 8-Silva RHA. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília. Educar em Revista. 2011; Vol. 39, 159-175.
9. Costa MV da, Freire Filho JR, Brandão C, Silva JAM da. A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Interface (Botucatu) [Internet]. 2018; 22:1507–10. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0636>
10. Costa MV. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. Série em Educação na Saúde. 2017. Vol. 6, 14-27.
11. Site do IMIP:
<http://www1.imip.org.br/imip/ensino/posgraduacaolatosensu/residenciamultiprofissional/residenciamultiprofissional.html>
12. Ministério da Saúde (BR) Portaria no 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): DOU 5 de agosto de 2015. [acesso em 2023 set 23] Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html

13. Minayo MC de S. o desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6 o ed. Rio de Janeiro: Abrasco; 1999.
14. Mattos RA de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2009; 13:771–80. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500028>
15. Fontoura RT, Mayer CN. Uma breve reflexão sobre a integralidade. Rev Bras Enferm [Internet]. 2006Jul; 59(4):532–6. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672006000400011>
16. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. Saude soc [Internet]. 2017Jul; 26(3):676–89. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>
17. Souza MC, et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. O mundo da Saúde, São Paulo. 2012. 36(3) 452-460.
18. Santos MA, Oliveira ACD. Atenção centrada na pessoa. Belo Horizonte: Mimeo, 2013. 7p.
19. Backes, MTS, et al. Conceito de Saúde e Doença ao Longo da História sob o Olhar Epidemiológico e Antropológico. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):111-7.
20. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM da, Souza GC de. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Rev esc enferm USP [Internet]. 2013Aug; 47(4):977–83. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>
21. Filho, JRF. Educação e prática interprofissional no SUS: o que se tem e o que está previsto na política nacional de saúde. Série em Educação na Saúde. 2017. Vol. 6, 28-38.

22. Ronzani TM, Ribeiro MS. Identidade e Formação Profissional dos Médicos. Rev bras educ med [Internet]. 2003Sep; 27(3):229–36. Available from: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v27.3-010>
23. Voltolini BC, Andrade SR de, Piccoli T, Pedebôs LA, Andrade V. *ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA* MEETINGS: AN INDISPENSABLE TOOL FOR LOCAL PLANNING. Texto contexto - enferm [Internet]. 2019. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0477>
24. Coifman AHM, Pedreira LC, Jesus APS de, Batista REA. Comunicação interprofissional em unidade de emergência: estudo de caso. Rev esc enferm USP [Internet]. 2021. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020047303781>
25. CERON, M. Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa. 2012. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade24.pdf>. Acesso em: 29 Set, 2023

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: A PERCEPÇÃO DE RESIDENTES ACERCA DO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS INTERPROFISSIONAIS DURANTE VIVÊNCIA DE PRÁTICA INTERDISCIPLINAR EM UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO

Pesquisador Responsável: Marina Alves Caminha

Telefones para contato: (81)98625-4141- (81)98662-5369 - (81)99209-4513

Nome do voluntário: _____

Idade ____ anos

R.G.: _____

O Sr./Sra. está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “**A percepção de residentes acerca do desenvolvimento de competências interprofissionais durante**

vivência de prática interdisciplinar em um centro especializado em reabilitação, de responsabilidade da pesquisadora Marina Alves.

Objetivos do projeto: Esse projeto tem como objetivo analisar a percepção de residentes acerca do desenvolvimento de competências interprofissionais durante vivência de prática interdisciplinar em um Centro Especializado em Reabilitação.

Procedimentos da pesquisa: Convido-o(a) a participar deste estudo que será realizado em formato entrevista de grupo focal, com a participação sua, dos demais residentes e de dois pesquisadores. A entrevista de grupo focal se trata de um encontro em que será construído um diálogo sobre a temática do estudo mediado pelo pesquisador que o ajudará a falar sobre o tema. Este momento será gravado em forma de áudio e, posteriormente, transcrito para análise de seu conteúdo.

Desconforto e riscos associados: Este projeto apresenta riscos mínimos para os participantes, já que não será realizada nenhuma intervenção invasiva. Portanto, existe a possibilidade de ocorrer algum tipo de constrangimento durante as respostas no grupo focal. Se esse for o caso, o participante será encaminhado pelo pesquisador à equipe de psicologia do Centro de Reabilitação do IMIP para serem acompanhados.

Garantia de esclarecimento, liberdade e recusa e garantia de sigilo de informações e participação: O(A) Sr(a). tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa. Garantimos ao(à) Sr(a) o sigilo e privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

Esclarecimentos: As pesquisadoras responsáveis pela pesquisa estão à disposição, em qualquer etapa da pesquisa, para sanar qualquer tipo de dúvida relacionada ao projeto. Em caso de dúvida, ligar para a pesquisadora responsável: (81) 98625-4141 Marina Alves de 07:00 às 11:30 e 13:30 às 16:00.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atendas às condutas éticas.

O CEP-IMIP está localizado à Rua dos Coelho, 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP. Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1 andar. Telefone 2122-4756. E-mail: comitedeetica@imip.org.br. O CEP-IMIP funciona de segunda a sexta-feira no horário de 7h às 11:30 (manhã) e 13:30 às 16:00 (tarde)

Eu, _____, RG n_____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Recife, ____ de _____ de _____

Assinatura do PARTICIPANTE

Assinatura do PESQUISADOR

Assinatura da TESTEMUNHA

APÊNDICE 2 - Roteiro de Entrevista de Grupo Focal

ROTEIRO DE GRUPO FOCAL

Objetivo: Analisar a percepção de residentes acerca do desenvolvimento de competências interprofissionais durante vivência de prática interdisciplinar em um Centro Especializado em Reabilitação

ETAPA 1: Orientações iniciais:

1. Esclarecer os objetivos do estudo e do grupo focal.
2. Consultar os participantes sobre a gravação das discussões.
3. Destacar a importância da participação de todos nos debates.
4. Explicar o que será feito dos dados após o fechamento de todos os grupos.

ETAPA 2: Construção do diálogo temático (questões norteadoras)

Questão-Chave 1:

Como se dá a dinâmica da vivência de prática interdisciplinar que você realiza no CER IV do IMIP?

Questão-chave 2:

Qual a sua opinião sobre a vivência de prática interdisciplinar que você está realizando no CER IV do IMIP?

Questão-chave 3:

Qual a sua opinião sobre a relevância da vivência de prática interdisciplinar e a influência dela no seu processo de formação?

Questão-Chave 4:

Você percebe mudanças no seu comportamento após a vivência de prática interdisciplinar?

Questão-Chave 5:

Quais competências interprofissionais você identifica que desenvolveu durante a vivência de prática interdisciplinar?

Questão-Chave 6:

Quais as principais barreiras enfrentadas durante a vivência de prática interdisciplinar?

ETAPA 3: Considerações finais

1. Últimas colocações
2. Agradecimentos e finalização