

Residências em saúde em hospital universitário: cenário potente de formação para a prática colaborativa interprofissional

Health residency programs in a university hospital: a potent training setting for interprofessional collaborative practice (abstract: p. 17)

Residencias sanitarias en un hospital universitario: un potente escenario de formación para la práctica colaborativa interprofesional (resumen: p. 17)

Vanessa Moreno Blanco^(a)

<moreno.van@gmail.com> 

continua pág. 12

^(a) Enfermeira. Rua dos Jades,
63, Apto 101, Campeche.
Florianópolis, SC, Brasil.
88066-135,

continua pág. 13

Resumo

Este estudo tem por objetivo compreender a experiência de residentes sobre a Prática Colaborativa Interprofissional (PCI) em um hospital universitário (HU) do estado de São Paulo. É uma pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com base na Técnica do Incidente Crítico, com 14 residentes de programas de residência uni e multiprofissionais, analisadas pela análise temática de Bardin. O HU mostrou-se potente para efetivação da PCI por proporcionar interações entre profissionais de diferentes áreas e níveis de formação. A qualidade das interações entre trabalhadores, residentes, usuários e família foi determinante para o desenvolvimento da PCI. Foram identificadas barreiras como ausência de estruturação organizacional, sobrecarga dos profissionais, fragilidade na oferta de Educação Permanente relacionada à educação interprofissional e predomínio do modelo biomédico de Atenção à Saúde. As ações colaborativas mediadas pela comunicação informal constituem o dispositivo mais utilizado para os atendimentos compartilhados.

Palavras-chave: Relações interprofissionais. Hospitais universitários. Residências em saúde. Educação interprofissional.

Introdução

O trabalho em saúde deve ser considerado em sua perspectiva coletiva, na qual os saberes e práticas das diferentes áreas profissionais, articulados e de forma colaborativa, possam ser capazes de atender às necessidades em saúde e garantir a integralidade da assistência aos usuários, famílias, grupos sociais e comunidades¹.

A Prática Colaborativa Interprofissional (PCI) é caracterizada como ação colaborativa entre profissionais de saúde de diferentes áreas que atuam de forma compartilhada com foco nas necessidades dos usuários, família e comunidade com a finalidade de melhorar a qualidade da Atenção à Saúde².

Como ação colaborativa, a PCI requer responsabilidade compartilhada, alguma interdependência entre indivíduos e clareza de papéis e objetivos. Porém, espera-se que isso ocorra com certa autonomia entre as profissões, caracterizando-se por negociação e interação constantes de profissionais, usuários, família e comunidade³⁻⁶.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em substituição ao desequilíbrio nas relações de poder no cuidado em saúde, recomenda a PCI por relações de parceria interprofissional e responsabilidade coletiva⁷.

Pela constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), pode-se relacionar a PCI à integralidade da Atenção à Saúde, contribuindo para ações resolutivas e efetivas e maior satisfação dos usuários e dos membros da equipe^{7,8}. Contudo, há muito o que avançar na assistência em saúde, nacional e internacional, em relação à PCI^{9,10}.

Reeves e colaboradores apontam que ainda é necessário ampliar as evidências sobre os efeitos das intervenções relacionadas ao trabalho interprofissional⁵. Estudo sobre a assistência hospitalar revela a existência de elementos cristalizados historicamente nas instituições, como autoritarismo, centralização de poder, competição entre os trabalhadores, administração engessada e desfocada das necessidades locais, desvalorização dos trabalhadores e resistência às inovações¹⁰. Tais características da organização de assistência hospitalar contribuem para a fragmentação do cuidado e a ineficiência dos sistemas de saúde¹⁰.

Como forma de enfrentamento aos sistemas fragmentados e em prol da PCI, a Educação Interprofissional (EIP) é apresentada como dispositivo importante para formar profissionais capazes de desenvolver a colaboração. Na EIP, eles aprendem juntos o trabalho compartilhado e as especificidades de cada profissão a fim de desenvolver competências necessárias para melhorar a colaboração e a qualidade do cuidado. Dessa forma, a EIP e a PCI devem ser consideradas interdependentes para que a formação dos profissionais por meio da EIP possa prepará-los para a PCI que, por sua vez, consiga atender às necessidades em saúde de usuários, famílias e comunidades, e direcionar a formação⁷.

A EIP tem sido discutida mundialmente como proposta de formação capaz de estimular o aprimoramento da assistência em saúde, com destaque para países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Austrália^{7,11}. No Brasil, especialmente, a partir do início dos anos 2000, políticas indutoras de mudanças na formação em Saúde colaboraram para fortalecer a formação comprometida com o SUS e mais próxima das necessidades dos usuários, com ênfase no trabalho interprofissional. Nesse sentido, as

residências em Saúde constituem um modelo de formação que pode potencializar a interprofissionalidade, pois são pautadas na integralidade, associando o aprendizado à prática a fim de problematizar o modelo técnico-assistencial^{12,13}.

A Residência em Área Profissional (RAP) uniprofissional e multiprofissional é caracterizada como curso de especialização regulamentado com base nos princípios e diretrizes do SUS. Por meio do ensino em serviço, visa formar os profissionais de saúde para atuação com foco nas necessidades de saúde do usuário, família e comunidade, considerando as realidades locais e regionais. Apesar disso, a prática dos profissionais e residentes ainda está distante do cuidado integral em saúde¹⁴.

As RAPs abrangem as seguintes profissões da área de Saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e Física Médica¹⁵. Para ser caracterizado como residência multiprofissional, o programa deve ser constituído por, no mínimo, três dessas profissões, visando à integração das diferentes profissões da saúde^{13,15}.

Dentre os espaços de prática das residências, os Hospitais Universitários (HU) destacam-se como centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologias para a área de Saúde¹⁶. Encontram-se vinculados a universidades e têm como missão, além da assistência, a promoção e a articulação com a formação em Saúde. Embora importantes para o ensino, a prática e a pesquisa em saúde, os HU brasileiros têm sido pouco investigados empiricamente¹⁶.

Considerando a relevância da PCI para o atendimento das necessidades dos usuários e a melhoria do cuidado em saúde; a interdependência entre formação e prática profissional em saúde; a residência como um processo formativo que ocorre nos serviços de saúde; e o HU como instituição de assistência e formação dos profissionais de saúde; essa pesquisa teve o objetivo de compreender a experiência dos residentes sobre a PCI em um HU.

Metodologia

Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa. Os autores tiveram os estudos nacionais e internacionais de PCI e trabalho interprofissional¹⁻⁹ como fundamento teórico para o desenvolvimento do estudo e a análise dos dados.

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com residentes dos seis programas de RAP (uni e multiprofissional) do HU de uma universidade estadual paulista. O HU estudado, além da sua importância assistencial, tem como função primordial o ensino para alunos de Graduação e Pós-Graduação, e é locus prioritário de seis programas de RAP que disponibilizam anualmente 45 vagas.

A população deste estudo foi composta por residentes de segundo e terceiro ano de formação que totalizaram 47 participantes. Apenas um dos programas de residência contempla o terceiro ano de formação.

Os participantes foram selecionados por amostra intencional. Inicialmente, o projeto de pesquisa foi apresentado às coordenações e/ou representantes dos programas

de residência e ao Setor de Ensino e Qualidade do hospital. O envio de convite para participação na pesquisa ocorreu mediante indicação dos programas e/ou residentes, ou por convites realizados individualmente de forma aleatória pela pesquisadora por meio das listas de contatos disponibilizados.

Participaram dois residentes de cada um dos cinco programas uniprofissionais de residência (Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica, Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Enfermagem em Saúde da Criança e Adolescente, Enfermagem em Saúde do Adulto e do Idoso, e Enfermagem em Obstetrícia) e quatro representantes do programa multiprofissional de residência (Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional), contemplando todas as categorias das RAP do HU. O critério de inclusão dos participantes no estudo foi ser residente de um dos programas de residência envolvidos por pelo menos seis meses.

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 foram gravadas e tiveram duração mínima de 45 minutos e máxima de uma hora e 21 minutos, com média de uma hora e quatro minutos.

Utilizou-se a entrevista semiestruturada com base na Técnica de Incidente Crítico (TIC). Na TIC, as evidências partem da perspectiva do respondente e são coletadas nas suas próprias palavras, permitindo a determinação das situações mais relevantes ao tema em pesquisa^{17,18}. Dessa forma, durante as entrevistas foram considerados os seguintes elementos: contextualização das situações, comportamentos dos sujeitos, consequências e vivência emocional do entrevistado.

As entrevistas foram transcritas na íntegra, organizadas com auxílio do *software Atlas.ti* e submetidas à Análise Temática de Conteúdo de Bardin, seguindo as seguintes fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação¹⁹. Na primeira fase foi realizada a leitura flutuante das entrevistas transcritas. Depois, foram feitas repetidas leituras e definidos os temas considerando a pergunta de pesquisa e os objetivos com base na fundamentação de PCI adotada. Na segunda fase, os dados foram codificados e categorizados. Na terceira fase, foram organizadas as categorias finais e realizadas interpretações inferenciais.

O estudo foi planejado e conduzido obedecendo ao *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (Coreq)²⁰ em sua versão traduzida e validada para a língua portuguesa²¹.

Todos os preceitos éticos foram respeitados segundo a Resolução n. 466/12. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa por meio dos pareceres de números 4.469.397, 4.561.488, 4.655.623 e 4.729.053, e está registrado na Plataforma Brasil sob o N. CAAE: 39512320.9.000.5392.

Resultados

Participaram do estudo 14 residentes, sendo 11 do sexo feminino e três do sexo masculino. A idade dos residentes variou de 23 a 29 anos, com média geral de 24,86

anos. A maioria dos entrevistados cursava o segundo ano e apenas um cursava o terceiro ano de residência. O tempo de residência foi de um ano e três meses a dois anos e dois meses.

A experiência dos residentes sobre a PCI, expressa no ambiente hospitalar universitário, envolve os próprios residentes com trabalhadores, usuários e família por meio de ações de trabalho compartilhado, mediado por elementos facilitadores e dificultadores das interações interprofissionais. A análise das entrevistas permitiu a identificação de três categorias e seis subcategorias interdependentes (Figura 1).

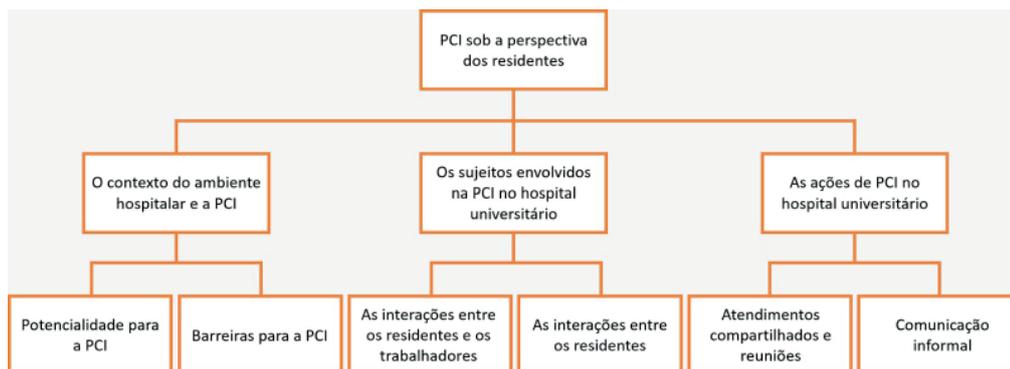


Figura 1. Categorias e subcategorias de análise.

Fonte: Elaboração das autoras, 2022.

O contexto do ambiente hospitalar universitário e a PCI

O contexto hospitalar foi descrito como cenário de potencialidade e barreiras para a efetivação da PCI.

Como potencialidade para PCI, o HU foi apresentado pelos residentes como cenário que proporciona frequente interação entre profissionais de diferentes áreas e diferentes níveis de formação. O reconhecimento do HU como espaço de educação foi apontado como condição favorável para a PCI, pois trabalhadores e usuários demonstram, respectivamente, disponibilidade em acolher ou ser tratados por profissionais em formação.

[...] eu acho que o hospital universitário 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 é 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)

[...] 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 [...] (R3)

Como barreiras para PCI, os residentes ressaltam características do HU que prejudicam a operacionalização da colaboração, como o predomínio do modelo biomédico de Atenção à Saúde, expresso na tomada de decisão centralizada nos profissionais médicos em detrimento do foco nos usuários e em suas necessidades.

[...] 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)

Essa estrutura médica centrada tira a participação dos outros profissionais, então, não acho [...] que o formato tem que ser uma pirâmide [...] o paciente sempre no meio e em volta dele todos os profissionais, cada um atuando com seus objetivos. Acho que quando a gente tem 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 sobrecarga de trabalho dos profissionais, a escassez de educação continuada e o déficit de uma estrutura organizacional que promova discussão de casos e trabalho em conjunto entre os profissionais foram apontadas como barreiras para o desenvolvimento da PCI.

[...] então, dependendo da demanda, se tinha muito [...] 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)

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

[...] acho que essa prática de atender em conjunto, discutir com mais frequência os casos, poderia ser uma coisa já mais estruturada [...] acho que depende muito da pessoa que está prestando cuidado, então, talvez se isso fosse mais estabelecido, que alguns casos têm a necessidade de atender em conjunto, eu acho que isso aconteceria com mais frequência. (R6)

Os sujeitos envolvidos na PCI no hospital universitário

Trabalhadores, residentes, usuários e família são os sujeitos envolvidos na PCI do HU. A qualidade das interações entre esses sujeitos demonstrou ser determinante para o desenvolvimento da PCI. De um lado, as interações entre profissionais e residentes, marcadas pela hierarquização profissional, demonstram limitar as ações colaborativas. Por outro lado, as relações horizontais entre os próprios residentes, com qualidade nas interações e comunicação, parecem influenciar positivamente a PCI e situar os residentes como potencializadores da colaboração.

A relação entre os residentes e os trabalhadores do HU foi referida pelos participantes de forma hierárquica, estando o residente em uma posição inferior aos demais profissionais. A falta de atualização dos profissionais do serviço, o tempo, a paciência e o interesse em orientar os residentes são fatores que podem influenciar negativamente a qualidade das interações.

[...] então, eu acho que essa falta de atualização também dá uma engessada, tanto no modo de trabalhar quanto no 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)

[...] mas muitas vezes, você como residente, você liga para o enfermeiro do centro cirúrgico, ele nem tem tempo, nem quer falar com residente [...] você tem essas barreiras de profissional não querer dar uma atenção para o residente. O residente é o residente [...] e o profissional não tem paciência para explicar. Então, acaba que vai de qualquer jeito, dá patada, aí as coisas vão acontecendo. (R8)

Os residentes referem que a PCI entre eles e os trabalhadores ocorre com pouca frequência, e têm preferência e sentem-se mais confortáveis por interações entre os próprios residentes, buscando os trabalhadores quando julgam necessário.

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

[...] às vezes, se sente mais confortável em perguntar para outro residente [...] (R14)

Os residentes indicam que a PCI ocorre com grande frequência entre eles pois sentem que a interação se dá entre sujeitos “iguais”, percebem-se em uma mesma categoria e unidos, o que permite se sentirem mais à vontade para colaborar e solicitar ajuda. A formação prévia dos residentes com a valorização do trabalho em equipe também é associada à maior prontidão para colaboração entre eles.

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



[...] 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 [...] e a gente tenta sempre levar e viver isso. (R10)

Os residentes identificam-se como sujeitos potencializadores da participação dos usuários e da PCI, embora reconheçam que a participação dos usuários e famílias seja limitada. O perfil socioeconômico e a baixa escolaridade dos usuários foram destacados como barreiras ao engajamento deles na construção do processo terapêutico com a equipe.

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

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)

[...] no HU a gente tem uma população de baixa renda, baixa escolaridade, no nível social crítico [...] 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 [...] a gente esbarra com vários fatores sociais que às vezes dificultam, tanto receber esse paciente, entender a história dele, quanto tentar orientá-lo com relação à alta e quais são as condutas que devem ser modificadas na vida dele. (R1)

Ações de PCI no hospital universitário

As ações de PCI no HU expressam-se predominantemente sob a forma de atendimentos compartilhados, reuniões e, por vezes, ações mediadas pela comunicação informal.

A PCI foi relatada pelos residentes em atendimentos compartilhados previamente acordados entre eles, com objetivos comuns para cada caso. Nas reuniões, os diversos profissionais possuem oportunidade de fala sobre o processo de cuidado, podendo trazer informações sobre os usuários, questionamentos, discussão e opiniões sobre as condutas terapêuticas com foco nos usuários.

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

[...] a gente consegue adaptar e discutir as coisas e tem que ir focando no paciente, na melhora do paciente. 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)

A comunicação informal demonstrou ser a forma preferencial para o compartilhamento de informações e decisões. Os residentes relatam que as conversas informais ocorrem sem agendamento prévio para alinhamento de condutas, encaminhamentos informais, convites para atendimentos compartilhados, auxílios, dúvidas ou até mesmo compartilhamento de anotações e condutas sobre os usuários. Também é por meio da informalidade que os residentes combinam a maioria dos atendimentos compartilhados.

[...] no HU é tudo no “boca a boca” mesmo, a gente sempre ia lá pessoalmente, falava a dieta, se não tivesse ninguém a gente deixava um recadinho [...] (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, tem alguns pacientes nossos que têm 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)

Discussão

O trabalho interprofissional, pautado em colaboração, tem impacto positivo na qualidade da atenção hospitalar²². Observa-se que as ações colaborativas têm potencializado a assistência à saúde em termos de eficiência e qualidade, ganhando evidência nos contextos hospitalares. Veloso²³ considera os HUs espaços favoráveis para a PCI devido ao vínculo universitário e, conseqüentemente, serem campus de ensino e pesquisa na temática, tendo seus graduandos, pós-graduandos e pesquisadores como sujeitos contínuos nesses hospitais.

O contexto hospitalar analisado foi descrito como cenário com potencialidades e barreiras para a efetivação da PCI. Por ser uma instituição com missão voltada para a assistência, o ensino e a pesquisa, os residentes consideram esse espaço rico e potente para interagir com outros profissionais. Nesse sentido, a presença dos residentes de diferentes programas, uni e multiprofissionais, também é vista como uma potencialidade para a PCI. Rebouças, Goldin e Pinheiro²⁴, da mesma forma, observaram que a chegada de residentes no ambiente hospitalar, em especial de programas multiprofissionais, possibilitou maior contato e (re)conhecimento dos trabalhadores do hospital sobre os papéis profissionais. Ressaltam ainda que os residentes valorizam a PCI e o cuidado integral com foco no usuário.

Como barreira, destacou-se o predomínio do modelo biomédico de Atenção à Saúde do HU. Caracterizado pela centralização da categoria médica na tomada de

decisões do cuidado, e direcionado pelo foco na doença, o modelo biomédico reduz a concepção do cuidado na perspectiva diagnóstica e curativa²⁵. Historicamente, a estrutura que coloca os médicos em uma posição dominante no ambiente hospitalar interfere no estabelecimento de relações mais horizontais entre os profissionais de saúde²⁶ e contribui negativamente para a participação de outras áreas profissionais igualmente necessárias para responder às necessidades dos usuários, família e comunidade. Considerando que as relações entre os profissionais de saúde refletem a estrutura onde estão inseridos²⁶, as características do contexto de pesquisa repercutiram nas relações entre os sujeitos envolvidos na PCI no HU.

Com relação aos sujeitos envolvidos na PCI do HU, as interações entre profissionais e residentes, marcadas pela hierarquização profissional, demonstram limitar as ações colaborativas. A hierarquia de poder presente nas relações entre os profissionais de saúde afeta os objetivos intrínsecos do trabalho interprofissional e contribui para a criação de atritos e conflitos, fragilizando a colaboração²⁷. De acordo com revisão de literatura na temática, a investigação sobre o poder nos estudos de educação e prática interprofissional ainda é limitada e o conhecimento sobre o impacto das relações de poder no cuidado ao paciente é incipiente²⁸. Contudo, é possível afirmar que o trabalho interprofissional tende a ser prejudicado pelas estruturas de poder não explícitas, com profissionais dispostos em posições definidas dentro de uma hierarquia sem espaço para argumentos e tomadas de decisões mais compartilhadas²⁸.

Todavia, a horizontalidade nas interações entre os próprios residentes mostrou ser potencial para a efetivação da PCI e a construção de relações simétricas no cuidado. A respeito das relações profissionais, a literatura discute que assimetrias podem gerar desvalorização e preconceito nas relações, caracterizando-se como barreiras para o trabalho interprofissional por direcionarem a prática para ações individuais e fragmentadas²⁹. O apoio organizacional para oportunidades de decisões comuns, comunicação interprofissional e resolução de conflitos é essencial para incentivar as relações horizontais entre os sujeitos envolvidos no cuidado e na PCI^{7,27}.

O desequilíbrio nas relações de poder entre os sujeitos enfraquece a PCI e, principalmente, a participação dos usuários e família. Embora seja utilizado o termo “interprofissional”, não se trata de uma prática restrita a profissionais⁸. A participação do usuário e da família é determinante para que suas necessidades sejam atendidas⁸. Observou-se que a participação do usuário, apesar de valorizada pelos residentes, ainda é restrita no ambiente hospitalar, sendo associada ao nível de formação ou condição socioeconômica dele, mostrando fragilidade na forma pela qual os profissionais compreendem o papel dos usuários no cuidado. Martin e Fin³⁰ observaram que há quatro fatores necessários relacionados à forma de representação dos usuários nas equipes de saúde: clareza do papel do usuário, compreensão da identidade e do conjunto de habilidades que ele traz para a equipe, o sentimento de ele estar inserido no contexto da equipe e da instituição e a sensação de confiança entre usuário e profissionais da equipe. Trabalhar com esses elementos no contexto institucional é um grande desafio, mas pode contribuir para enfrentar o desequilíbrio nas relações de poder entre profissionais da equipe e usuários.

Mesmo diante das barreiras identificadas, ações de PCI foram descritas pelos residentes por meio de comunicações informais, atendimentos compartilhados e

reuniões. Para Peduzzi et al.⁴, as trocas informais objetivam a construção de acordos interprofissionais dentro do processo de trabalho dos serviços de saúde. Arruda e Moreira³¹ também acreditam que as comunicações informais favorecem o trabalho colaborativo na medida em que apoiam relações interpessoais, respeito, confiança e atenção para a solicitação.

Já os atendimentos interprofissionais e as reuniões, ao propiciarem a discussão de casos e cooperação entre os participantes, são outras relevantes ações de PCI³².

Espera-se que a EIP possa reduzir o desequilíbrio nas relações de poder por meio da aprendizagem interativa e comunicativa, com oportunidades de clarificação de papéis e reconhecimento da possível contribuição das diferentes áreas para o cuidado em saúde³³. A formação tradicional e uniprofissional e a consequente falta de conhecimento sobre o tema contribuem para a resistência à colaboração. Essa resistência também pode estar associada à proteção de ganhos obtidos em relação às atribuições profissionais específicas³⁴.

Recomenda-se que a formação na perspectiva da EIP seja transversal e contínua, iniciando-se nos cursos de Graduação e seguindo para a Pós-Graduação e no contexto dos trabalhadores em serviço, na Educação Permanente em Saúde (EPS)^{35,36}. Dessa forma, a EIP estaria presente em todo o processo de formação do trabalhador da saúde³⁵. Embora haja o reconhecimento da relevância da EIP, implementá-la efetivamente nos serviços de saúde ainda é um desafio³⁷, corroborando com os achados desta pesquisa, em que os residentes destacam a falta de oportunidades de EPS na perspectiva da EIP. No contexto atual de limitada formação para o trabalho interprofissional^{1,7,11,33}, a EPS pode ser a oportunidade para o primeiro contato de profissionais com a EIP e para a aprendizagem contínua dos profissionais e, conseqüentemente, para a PCI. A formação em Saúde em processos de EPS deve incluir a capacidade de compartilhamento de saberes e de experiências no desenvolvimento de competências profissionais³⁶.

No que diz respeito às residências em Saúde, destaca-se a importância dos Projetos Pedagógicos (PP) que norteiam conteúdos, objetivos e intencionalidades. Estudo que analisou seis PP de residências multiprofissionais em Saúde no estado de São Paulo observou que, embora sejam espaços altamente favoráveis para o desenvolvimento da EIP, nenhum programa explicitou esse tipo de abordagem³⁸. Outro ponto observado é que a EIP, ainda que não explícita nos PP, pode estar associada a outros conceitos correlatos, como a prática centrada nos usuários e a colaboração entre os profissionais³⁹.

Este estudo identificou a necessidade de mudanças na formação e na atuação dos residentes, profissionais e gestores hospitalares com foco na interprofissionalidade e na transformação de práticas por meio da EPS. A não inclusão de residentes médicos foi considerada uma limitação. Salienta-se que este estudo não explorou a análise dos PP, e pesquisas futuras poderiam contribuir para o aprofundamento da análise, incluindo também a perspectiva de tutores e preceptores. Esses profissionais são agentes fundamentais para a integração ensino-serviço-comunidade, necessária para a assistência na ótica da interprofissionalidade. Sugere-se ainda a realização de estudos que envolvam a perspectiva de usuários e famílias ampliando a análise da PCI.



Considerações finais

O contexto hospitalar foi descrito como cenário de potencialidades e barreiras para a efetivação da PCI. É potente, pois proporciona frequente interação entre profissionais de diferentes áreas, em diferentes níveis de formação.

Por outro lado, as barreiras à PCI relacionam-se ao predomínio do modelo biomédico de Atenção à Saúde, expresso na tomada de decisão centralizada nos profissionais médicos em detrimento do foco nos usuários e em suas necessidades; sobrecarga de trabalho dos profissionais; e frágil estrutura organizacional. A relação entre os residentes e os trabalhadores do HU foi referida pelos participantes de forma hierárquica, estando o residente em uma posição inferior aos demais profissionais. A qualidade das interações interferiu diretamente na efetividade da PCI. Os residentes referem que a PCI entre eles e os trabalhadores ocorre com pouca frequência e há uma limitada participação do usuário e da família.

O apoio institucional e a EPS na perspectiva da EIP constituem-se como dispositivos fundamentais para o avanço da PCI no ambiente hospitalar. A EPS deve estar alinhada com a prática para atender às demandas atuais de saúde. Tal interdependência necessita ser articulada com maior intensidade entre esses setores para formar profissionais capazes de colaborar em prol de um melhor cuidado em saúde.

Os residentes em saúde são sujeitos fundamentais para impulsionar a discussão e o tensionamento relacionado às práticas tradicionalmente desenvolvidas no ambiente hospitalar, por defenderem e desenvolverem, entre si, a perspectiva da PCI. Entretanto, precisam ser mais reconhecidos e valorizados nesse contexto.

Há, nesse sentido, necessidade de maior abertura dos HU em relação à PCI. Além do mais, o aperfeiçoamento da formação dos residentes e dos programas de residência na tentativa de avançar nas práticas em saúde e fortalecer o trabalho interprofissional pode alavancar a PCI, considerando a potencialidade dos residentes como componente estratégico para a reestruturação do modelo de Atenção à Saúde nesse contexto.

Autores

Valéria Marli Leonello^(b)

<valeria.leonello@usp.br> 

Camila Mendes da Silva Souza^(c)

<camila_mendes@usp.br> 

Raíssa Ottes Vasconcelos^(d)

<raissavasconcelos@usp.br> 

Heloíse Fernandes Agreli^(e)

<heloisefernandes@usp.br.> 



Afiliação

^(b, c, d, e) Departamento de Orientação Profissional, Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

Contribuição dos autores

Todas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

Apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), Brasil.

Agradecimentos

A todos os residentes entrevistados que despenderam seu tempo para participar do estudo.

Conflito de interesse

As autoras não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editora assistente

Roseli Esquerdo Lopes

Editor associado

Flávio Adriano Borges

Submetido em

08/07/22

Aprovado em

26/02/23

Referências

1. Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22 Supl 2:1525-34. doi: 10.1590/1807-57622017.0827.
2. 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. Chap. 4, p. 57-76.



3. Metersky K, Orchard C, Adams T, Hurlock-Chorostecki C, Mitchell E. Patient roles within interprofessional teams: a scoping review. *J Interprof Educ Pract.* 2022; 28:100523. doi: 10.1016/j.xjep.2022.100523.
4. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saude.* 2020; 18 Supl 1:e0024678. doi: 10.1590/1981-7746-sol00246.
5. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017; (6):CD000072. doi: 10.1002/14651858.cd000072.pub3.
6. 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.* 2018; 32(1):1-3. doi: 10.1080/13561820.2017.1400150.
7. Gilbert JHV, Yan J, Hoffman SJ. A WHO report: framework for action on interprofessional education and collaborative practice. *J Allied Health.* 2010; 39 Suppl 1:196-7.
8. Agreli HLF. Prática colaborativa interprofissional e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017.
9. Thistlethwaite J, Xyrichis A. Forecasting interprofessional education and collaborative practice: towards a dystopian or utopian future? *J Interprof Care.* 2022; 36(2):165-7.
10. Rocha FLR, Marziale MHP, Carvalho MC, Id SFC, Campos MCT. The organizational culture of a Brazilian public hospital. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(2):308-14. doi: 10.1590/s0080-6234201400002000016.
11. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(56):185-97. doi: 10.1590/1807-57622014.0092.
12. 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.* 16 Abr 2012.
13. Torres RBS, Barreto ICHC, Freitas RWJF, Evangelista ALP. Estado da arte das residências integradas, multiprofissionais e em área profissional da Saúde. *Interface (Botucatu).* 2019; 23:e170691. doi: 10.1590/interface.170691.
14. Brasil. Portaria Interministerial MS/MEC nº 2117, de 3 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.
15. 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.* 16 Abr 2012.
16. Araújo KM, Leta J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. *Hist Cienc Saude Manguinhos.* 2014; 21(4):1261-81.
17. Edvardsson B, Ross I. Critical incident techniques: towards a framework for analyzing the criticality of critical incidents. *Int J Serv Ind Manag.* 2001; 12(3):251-68. doi: 10.1108/EUM0000000005520.
18. Gremler DD. The critical incident technique in service research. *J Serv Res.* 2004; 7(1):65-89.



19. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Rego LA, Pinheiro A, tradutores. Lisboa: Edições 70; 2006.
20. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007; 19(6):349-57.
21. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm*. 2021; 34:eAPE02631.
22. Schmutz J, Manser T. Do team processes really have an effect on clinical performance? A systematic literature review. *Br J Anaesth*. 2013; 110(4):529-44. doi: 10.1093/bja/aes513.
23. Veloso C. A equipe interprofissional no hospital universitário. *Rev Bras Educ Med*. 1985; 9(2):73-4. doi: 10.1590/1981-5271v9.2-001.
24. Rebouças RRM, Gondim AA, Pinheiro JAM. (Im)Possibilidades de atuação interprofissional dos residentes multiprofissionais em contexto hospitalar. *Rev SBPH*. 2019; 22(1):51-71.
25. Camargo KR Jr. As armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. *Physis*. 2007; 76(1):63-76.
26. Persson E, Ferlie E, Baeza J. Understanding professional stratification and hybridisation in the medical profession: exploratory evidence from Brazilian federal university hospitals. *Rev Adm Publica*. 2021; 55(5):1034-76. doi: 10.1590/0034-76122020079227.
27. Konrad SC, Fletcher S, Hood R, Patel K. Theories of power in interprofessional research - developing the field. *J Interprof Care*. 2019; 33(5):401-5. doi: 10.1080/13561820.2019.1669544.
28. 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; 64(8):1072-90.
29. Barros NF, Spadacio C, Costa MV. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da atenção primária à saúde: potenciais e desafios. *Saude Debate*. 2018; 42 Spe 1:163-73. doi: 10.1590/0103-11042018s111.
30. Martin GP, Finn R. Patients as team members: opportunities, challenges and paradoxes of including patients in multi-professional healthcare teams. *Sociol Health Illn*. 2011; 33(7):1050-65. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01356.x.
31. Arruda LD, Moreira COF. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre o Núcleo de Atenção do Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/ UERJ), Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(64):199-210. doi: 10.1590/1807-57622016.0613.
32. Medina AG. *Terapia Ocupacional e a educação para a interprofissionalidade em residências multiprofissionais em saúde [dissertação]*. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.
33. Costa MV. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: Toassi RFC, organizadora. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017. p. 14-27. (Vivência em educação na saúde; n. 6).
34. Freidson E. Para uma análise comparativa das profissões: a institucionalização do discurso e do conhecimento formais. *Rev Bras Cienc Soc*. 1996; 31:141-54.



35. Peduzzi M, Oliveira MAC, Silva JAM, Agreli HLF, Miranda Neto M. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: Martins MA, Carrilho FJ, Alves VAF, Castilho EA, Cerri GG. 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.
36. Campos KFC, Marques RC, Ceccim RB, Silva KL. Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano do serviço na Atenção Primária a Saúde. *Rev APS*. 2019; 1(2):132-40. doi: 10.14295/aps.v1i2.28.
37. Committee on Measuring the Impact of Interprofessional Education on Collaborative Practice and Patient Outcomes, Board on Global Health, Institute of Medicine. Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes. Washington: National Academies Press; 2015. doi: 10.17226/21726.
38. Miranda Neto MV, Leonello VM, Oliveira MAC. Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. *Rev Bras Enferm*. 2015; 68(4):586-93. doi: 10.1590/0034-7167.2015680403i.
39. Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. A educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22 Suppl 1:1325-37. doi: 10.1590/1807-57622017.0186.



Abstract

The aim of this study was to understand residents' experiences of interprofessional collaborative practice (ICP) in a university hospital in São Paulo. We conducted a qualitative study with 14 residents undertaking uniprofessional and multiprofessional residency programs. The data were collected using critical incident technique-based semi-structured interviews and analyzed using thematic analysis as proposed by Bardin'. The university hospital showed itself to be a potent setting for ICP, promoting interactions between professionals from a range of areas and with varying levels of qualification. The quality of interactions between workers, residents and patients and their families was a determining factor for the development of ICP. Barriers to ICP were identified, including lack of organizational structure, excessive workload, weaknesses in the provision of permanent training in interprofessional education and the predominance of the biomedical model of health care. Collaborative actions mediated by informal communication was the most common means used for delivering shared care.

Keywords: Interprofessional relations. University hospitals. Residency programs. Interprofessional education.

Resumen

Este estudio trata de comprender la experiencia de los residentes sobre la Práctica Colaborativa Interprofesional (PCI) en un hospital universitario (HU) en el estado de São Paulo. Investigación cualitativa a través de entrevistas semiestructuradas basadas en la Técnica del Incidente Crítico con 14 residentes de programas de residencia uni y multiprofesionales, analizadas por análisis temático de Bardin. El HU demostró ser potente para la implementación de la PCI al propiciar interacciones entre profesionales de diferentes áreas y niveles de formación. La calidad de las interacciones entre trabajadores, residentes, usuarios y familiares fue crucial para el desarrollo de la PCI. Se identificaron barreras como falta de estructura organizacional, sobrecarga de profesionales, debilidad en la provisión de educación permanente interprofesional y predominio del modelo biomédico de atención. Las acciones colaborativas mediadas por comunicación informal son el dispositivo más utilizado para el cuidado compartido.

Palabras clave: Relaciones interprofesionales. Hospitales universitarios. Residencias sanitarias. Educación interprofesional.