

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ODONTOLOGIA
RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE BUCAL

GABRIELE SANTOS ARAÚJO

INTERPROFISSIONALIDADE NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
COORDENADORIA OESTE DE PORTO ALEGRE – RS: Primeiras leituras

Porto Alegre

2022

GABRIELE SANTOS ARAÚJO

INTERPROFISSIONALIDADE NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
COORDENADORIA OESTE DE PORTO ALEGRE – RS: primeiras leituras

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada em Saúde Bucal, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientador: Profa. Dra. Fabiana Schneider Pires

Porto Alegre

2022

Dados de catalogação na publicação:

Araújo, Gabriele Santos
INTERPROFISSIONALIDADE NAS PRÁTICAS DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA COORDENADORIA OESTE DE PORTO
ALEGRE - RS: primeiras leituras / Gabriele Santos
Araújo. -- 2022.
60 f.
Orientadora: Fabiana Schneider Pires.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Odontologia, Programa de Residência Integrada em
Saúde Bucal - Área de Saúde da Família e Comunidade,
Porto Alegre, BR-RS, 2022.

1. Odontologia. 2. Saúde Coletiva. 3. Sistema Único
de Saúde. I. Pires, Fabiana Schneider, orient. II.
Título.

GABRIELE SANTOS ARAÚJO

INTERPROFISSIONALIDADE NAS PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA
COORDENADORIA OESTE DE PORTO ALEGRE – RS: primeiras leituras

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência Integrada em Saúde Bucal, da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Porto Alegre, 05 de dezembro de 2022.

Profa. Dra. Luciane Maria Pilotto

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Vanessa Maria Panozzo Brandão

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Ao meu amor, Lorenzo, seu apoio foi essencial e sua confiança em mim foi decisiva.

Aos amáveis Getúlio e Moacyr, fontes de alegria e motivação durante o processo.

Aos meus amigos, por bons momentos compartilhados ao longo dessa trajetória.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Prof.^a Fabiana, por uma tutoria ímpar: Leve, respeitosa e afetuosa. Sua disposição e compreensão fizeram a construção desse trabalho superar todos os meus anseios, obrigada.

Ao grupo de pesquisa Observatório em Saúde, pela acolhida e possibilidade de construir e assumir uma parte desse projeto junto a vocês.

A todos os trabalhadores participantes da pesquisa, pela confiança e disponibilidade.

RESUMO

O cenário da política de saúde no Brasil vem sofrendo mudanças importantes no que se refere à direção da saúde pública, causando impactos na execução dos processos de trabalho em saúde pelos projetos de precarização e novos arranjos contratuais. O pensar e o fazer em saúde requerem a organização de trabalho e demandam o desenvolvimento de processos que possibilitem aos gestores e trabalhadores o aprendizado de formas de atuação para que a relação de trabalho na atenção à saúde possa firmar-se pela interprofissionalidade e trabalho colaborativo. Para modificar o processo de cuidado da população é relevante conhecer o perfil dos profissionais da rede de saúde do município, esse tipo de levantamento auxilia na compreensão, elaboração e adoção de medidas para qualificação das atividades sanitárias e de uma atenção mais condizente com as necessidades da população. O objetivo deste estudo é descrever o perfil dos profissionais que integraram as equipes de saúde da rede de atenção pertencentes à Coordenadoria Oeste do município de Porto Alegre/RS, no período de maio de 2022 a agosto de 2022, bem como analisar suas práticas na relação ensino-serviço e a interprofissionalidade no processo de trabalho e cuidado em saúde. Caracteriza-se como um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, com levantamento de dados por meio de formulário eletrônico. A amostragem foi composta por 64 participantes, em maioria de mulheres (73%), de cor autodeclarada branca (81%) e idades entre 22 e 61 anos, com média de 39,6 anos. Possuem entre menos de 1 e 41 anos de formação, com média de 14,4. Mais de 50% da amostragem é composta por novos trabalhadores, com até dois anos de atuação no serviço. As primeiras leituras dos dados coletados apontam para uma prática em saúde que se encontra sobreposta pela contratualização. É imperativo que outros estudos se ocupem de descortinar práticas em saúde que demonstram o papel formador do SUS e que apontem o quanto a prática interprofissional em saúde pode qualificar o cuidado e a humanização em saúde. Do mesmo modo, ações de educação permanente em saúde são potentes para reintegrar o trabalhador da saúde ao seu cotidiano de produção de cuidados e construir possibilidades de saúde para a população.

Palavras-chave: Sistema único de Saúde; Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde; Relações Interpessoais.

ABSTRACT

The health policy scenario in Brazil has been undergoing important changes in the direction of public health, causing impacts on the implementation of work processes in health due to the projects of precariousness and new contractual arrangements. Thinking and doing in health require the organization of work and demand the development of processes that enable managers and workers to learn ways of acting so that the work relationship in health care can be established by interprofessionalism and collaborative work. In order to modify the population's care process, it is important to know the profile of the professionals in the municipality's health network. This type of survey helps in the understanding, development, and adoption of measures to qualify health activities and to provide care that is more consistent with the population's needs. The aim of this study is to describe the profile of the professionals who integrated the healthcare teams of the healthcare network belonging to the Coordinatorship West of the city of Porto Alegre/RS, from May 2022 to August 2022, as well as to analyze their practices in the teaching-service relationship and interprofessionality in the work process and healthcare. It is characterized as a cross-sectional, descriptive study, with a quantitative approach, with data survey by means of an electronic form. The sample was composed of a 64 peoples, majority of women (73%), white color (81%) and ages between 22 and 61 years, with a mean of 39.6 years. They have between less than 1 and 41 years of education, with a mean of 14.4. More than 50% of the sample is composed of new workers, with up to two years of experience in the service. The first readings of the data collected point to a health practice that is overlaid by contractualization. It is imperative that further studies be carried out to uncover health practices that demonstrate the formative role of the SUS and point out how interprofessional health practice can qualify care and humanization in health. Likewise, continuing education actions in health are powerful to reintegrate the health worker into their daily care production and to build health possibilities for the population.

Keywords: Unified Health System; Health Services Needs and Demand; Interpersonal Relations.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
2. OBJETIVO.....	10
3. REFERENCIAL TEÓRICO	11
3.1 Atenção básica e cuidado em saúde	11
3.2 Processo de trabalho: Perfil e caracterização	13
3.3 Trabalho interprofissional e as relações para a formação na residência	15
3.4 A contratualização e a saúde no Brasil: panorama	17
4. METODOLOGIA.....	20
4.1 Caracterização do local de pesquisa	20
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
5.1 5.1 Perfil dos trabalhadores do estudo.....	22
5.2 Como os trabalhadores caracterizam o seu local de trabalho.....	26
5.3 A experiência de Integração Ensino-serviço em tempos de contratualização e o processo de trabalho	27
5.4 Efeitos dos novos processos e arranjos sobre o trabalho interprofissional	34
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PERFIL DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DA COORDENADORIA OESTE DE PORTO ALEGRE - RS	45
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)....	54

1. INTRODUÇÃO

O cenário da política de saúde no Brasil vem sofrendo impactos importantes no que se refere à direção da saúde pública, tensionando processos de cuidado consolidados a partir da Constituição de 1988, ainda no século passado. Neste sentido, este momento de fragilidade vivido mundialmente da Pandemia Covid-19, afeta seriamente não só a população brasileira, mas de forma explícita, a execução dos processos de trabalho em saúde pelos processos de precarização da política de saúde e ainda, do mundo do trabalho, interferindo diretamente nos processos de saúde-doença.

A organização e a gestão dos processos de trabalho em saúde constituem um dos eixos centrais da reordenação da atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). Segundo Faria *et al.* (2009), a reflexão crítica e contínua sobre o processo de trabalho e sua transformação é necessária e constitui uma parte central do processo de desenvolvimento e aumenta com a complexidade e com a indeterminação dos processos de trabalho. Quanto mais complexo o processo de trabalho e quanto menos sistematizado ele for, mais difícil será refletir sobre ele. Os autores destacam a importância para os trabalhadores aí inseridos que desenvolvam habilidades para a aplicação de instrumentos para reflexão crítica e transformação do seu processo de trabalho.

Nos processos de trabalho, os profissionais das Unidades de Saúde (US) são os agentes responsáveis pela integração em ato dos elementos desse processo, intermediando as relações entre os instrumentos e os sujeitos-objetos da intervenção e assim realizando um projeto que é a um só tempo definido socialmente e mediado pela intersubjetividade dos sujeitos envolvidos. Nesse sentido, aproximarmo-nos das concepções dos profissionais de saúde sobre as qualidades de suas ações nos traz elementos para uma reflexão crítica sobre o projeto que orienta a articulação de instrumentos materiais e imateriais por parte desses sujeitos (CARRAPATO; CASTANHEIRA; PLACIDELI, 2018).

Assim, todo o processo de construção do sistema de saúde exige uma prática ampliada, crítica e reflexiva, juntamente com a inserção de novos saberes e fazeres no âmbito da saúde coletiva (MASCARENHAS *et al.*, 2003) Para Tomasi *et al.* (2008), em um de seus exemplos, os profissionais da Atenção Básica constituem grande contingente de força de trabalho no SUS e são a base do sistema de saúde e, portanto, protagonistas do desenvolvimento e da melhoria desse sistema. Para tanto, com as modificações da conjuntura da política de saúde na contemporaneidade e seus rebatimentos naquilo que diz respeito ao processo de cuidado da população, é relevante reconhecer o perfil e as particularidades dos profissionais da rede de

saúde do município, com vistas a problematizar futuras estratégias de intervenção para qualificar o trabalho.

Rebouças, Legay e Abelha (2007) destacam que, historicamente, nas instituições públicas ou privadas, muitas vezes a prestação de serviços de saúde tem a necessidade de gerar lucros e explorar a força de trabalho. Porém, alguns fatores como falta de qualificação dos profissionais, salários baixos, não reposição de pessoal, alta rotatividade de trabalhadores e convivência de funcionários sob regimes autoritários dentro das instituições, acarretam dificuldades de gerenciamento do sistema de saúde.

É consenso entre gestores e trabalhadores do SUS, em todas as esferas de governo, de que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos usuários (COTTA *et al.*, 2006).

Destaca-se a formação e educação dos profissionais para a abordagem do processo saúde-doença como um importante desafio para a condução dos processos de trabalho em sintonia com as políticas de saúde. Entende-se que os profissionais da saúde devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde e é indispensável para a o SUS uma política nacional de recursos humanos efetiva, que incorpore ações como a qualificação e/ou formação permanente de seus trabalhadores.

As características pessoais, humanas e interdisciplinares de formação dos profissionais que atuam na área da Saúde são importantes de se considerar, para se obter uma informação mais ampla e melhor sobre a saúde da comunidade (BEINNER; BEINNER, 2004). Portanto, conhecer o perfil dos profissionais nos serviços auxilia na compreensão, elaboração e a adoção de medidas para qualificação tendo em vista um melhor desempenho das atividades sanitárias e de uma atenção mais adequada e condizente com as necessidades da população.

2. OBJETIVO

O objetivo deste estudo é descrever o perfil dos profissionais que integraram as equipes de saúde da rede de atenção pertencentes à Coordenadoria Oeste do município de Porto Alegre/RS, no período de maio de 2022 a agosto de 2022, bem como analisar suas práticas na relação ensino-serviço e a interprofissionalidade no processo de trabalho e cuidado em saúde

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Atenção básica e cuidado em saúde

A construção de uma estratégia dentro de um sistema de saúde, como a Atenção Primária à Saúde (APS), se deu de forma efetiva a partir da Declaração de Alma-Ata em 1978, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a UNICEF. Desde então houve a reafirmação da saúde como direito básico fundamental e a busca por resultados mais equitativos em saúde. Assim, a APS se caracteriza pela regionalização, de forma a identificar as necessidades da população, representando o primeiro contato com os usuários. Segundo a declaração de Alma Ata os cuidados primários se dão da seguinte maneira:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

Além disso, o documento enfatiza a necessidade de inclusão no plano de cuidados primários estratégias de imunização, segurança alimentar, saneamento básico, prevenção e controle de doenças, assim como cuidados na saúde materno infantil.

No Brasil, no período que antecede a criação do SUS, a atenção primária à saúde surge como meio de organização e descentralização da lógica do modelo assistencial e posteriormente é incorporada junto ao SUS, sendo substituído pelo conceito de Atenção Básica levando a implementação do Programa Saúde da Família (PSF) como uma proposta mais ampla de APS que mais tarde passa a ser reconhecida como ESF- Estratégia de Saúde da Família (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Mediante as essas modificações do sistema de saúde brasileiro, foram se estabelecendo novas possibilidades de construção de equidade em saúde indo ao encontro com princípios do

SUS de universalidade, equidade e integralidade. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, onde define a equivalência dos termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica. Assim definindo-a como:

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL, 2017)

A partir disso, com uma certa hierarquização dos níveis de saúde, a atenção básica se norteia em princípios básicos buscando centralidade do usuário sendo considerada a porta de entrada preferencial no SUS. Tendo como denominação Unidade Básica de Saúde (UBS) todos os estabelecimentos que prestem ações e serviços de atenção básica no que tange o SUS, sendo competência das Secretarias Municipais de Saúde garantir recursos e insumos para o adequado funcionamento das UBS.

É inegável a importância da ESF na expansão dos cuidados primários no Brasil, além disso, demonstra melhores resultados no quesito promoção da equidade quando comparados com modelos tradicionais de APS. Também se observa que no âmbito organizativo a contribuição da ESF para possibilitar a expansão de serviços primários a população residente em áreas periféricas e rurais. No que tange a relação técnico-assistencial mostra-se como estratégia efetiva no desempenho multiprofissional, acolhimento, vínculo e humanização de usuários (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

O progresso em políticas públicas de saúde e configuração do sistema torna a saúde da família como principal ferramenta dentro da Atenção Básica de Saúde, assim a centralidade passou a ser a família e comunidade fugindo da caracterização do sistema de saúde mais centralizados em médico-paciente e ampliando a equipes multidisciplinares com atores de diferentes níveis educacionais trabalhando em prol da comunidade. A equipe de trabalho passa a ser formada por médicos, enfermeiros, auxiliares, técnicos de enfermagem e agentes comunitários.

Mediante a atual situação da população acometida pela propagação do novo coronavírus, tem-se buscado cada vez mais estruturar e aprimorar os serviços de saúde. Assim é importante pensarmos de que forma a atenção primária estabelece o vínculo do usuário com

o sistema de saúde, a fim de evitar esgotamentos de recursos e superlotação de hospitais. Daumas *et al.*, (2020), demonstram a efetividade da APS no enfrentamento da pandemia do covid-19, onde uma APS com organização, equipe em número adequado e profissionais qualificados pode contribuir para a diminuição da incidência de infecção da população, e dessa forma mitigando os efeitos da transmissão.

Apesar de grandes avanços nos diferentes níveis de saúde, a atenção primária ainda enfrenta desafios como a necessidade de investimentos adequados, formação profissional mais voltada à interprofissionalidade. Dessa forma é importante refletirmos a necessidade de mais estudos e adequações regionalizadas para o melhor funcionamento de UBS de forma a caracterizar os profissionais que integram as equipes a fim de proporcionar o aprimoramento do atendimento e de condições de trabalho.

3.2 Processo de trabalho: Perfil e caracterização

O trabalho, a partir de Mendes e Wunsch (2011), é entendido enquanto processo dinâmico, que representa a história individual e também coletiva dos trabalhadores. Sua centralidade parte da garantia da sociabilidade pela produção, indispensável ao ser social, e que assim transforma a natureza e o homem, criando novas necessidades sociais. Nesse sentido, para considerar a caracterização de um conjunto de trabalhadores, é preciso observar as mudanças no mundo do trabalho pelas quais seus processos de trabalho estão condicionados.

No âmbito mundial, Alves (2007) aponta o desenvolvimento de uma reestruturação produtiva do capital, baseada na produção fluida, flexível e difusa. A produção fluida remete à “captura da subjetividade” do trabalhador, que consiste no seu envolvimento proativo, subjetivo, no processo de trabalho. A produção flexível compreende as contratações salariais flexíveis e o perfil profissional flexível, disposto a trabalhar sem horários ou salário definidos, ou ainda sujeito a deslocamentos constantes. E a produção difusa, por sua vez, representa “a adoção ampliada da terceirização e das redes de subcontratação” (ALVES, 2007, p.159), fato que pode ser observado amplamente na esfera pública, mas não só nela.

Esse processo, conduzido pela forma organizacional do *toyotismo*, representa uma ofensiva ideológica e material que agudiza as contradições entre capital e trabalho ao mesmo passo que as nega, oculta. A partir dele, se intensificam os processos que aumentam as clivagens da classe trabalhadora, alterando sua qualidade (ANTUNES; ALVES, 2004). Sendo essa hoje, e se tornando cada vez mais heterogênea, complexa, fragmentada e mais ampla do que antes. Configurada, portanto, como uma condição de particularidade, pelos elementos singulares e universais que a compõem, bem como objetivos e subjetivos.

Tais mudanças no mundo do trabalho são acompanhadas de, na esfera pública, medidas de austeridade nas governações neoliberais. Partindo do âmbito mundial, o Brasil se encontra num cenário de desfinanciamento do sistema de saúde, bem como da seguridade social num geral, a partir da Emenda Constitucional 95 (EC 95/2016) que instituiu um teto para os gastos públicos, limitando a verba direcionada às políticas sociais.

Esse processo não se reduz a retirada de fundos, mas é um projeto inverso aos princípios procedentes da saúde coletiva, na medida em que se observa a diminuição da rede pública e expansão da medicina privada, acompanhada de um discurso de otimização dos serviços ou dos recursos públicos de modo geral, o favorecimento da gestão privada dos serviços de saúde, o enfraquecimento da participação social, a propagação de uma concepção médico-centrada de saúde, entre outros. Isso, enquanto se verifica, também, a agencialização da administração pública e flexibilização das leis trabalhistas, concebida por medidas como a reforma da previdência e reforma trabalhista.

Na saúde, esse processo prejudica principalmente os serviços da Atenção Primária à Saúde, que é ponto estratégico do SUS, pois representa e materializa com mais expressividade os princípios da universalização, integralidade e equidade. Dentro da baixa complexidade, a Estratégia de Saúde da Família especificamente é a forma principal de consolidação dessa política.

Considerando o cenário global e local que incide sobre o trabalho e os trabalhadores, o traçado do perfil profissional é a representação da forma como esses processos se expressam nas categorias profissionais analisadas. Portanto, é estratégico para conhecer a realidade sobre a qual se busca intervir: identificar o perfil de um grupo permite identificar demandas, necessidades, impactos de condições impostas, e processos sociais em geral.

O traçado de perfil sociodemográfico é prática comum de pesquisadores e instituições, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), para o levantamento de dados que subsidiam políticas públicas, programas e projetos, assim como a avaliação dos mesmos em segmentos populacionais. Da mesma forma que os estudos de saúde das populações são fundamentais para formular e avaliar políticas e programas dessa área, pesquisar o perfil de uma categoria profissional é essencial para promover processos de formação ou outras respostas às demandas e necessidades identificadas.

É preciso conhecer a realidade para intervir, aprimorar e progredir nos processos de trabalho, e, nesse caso, de atendimento em saúde à população; e isso implica buscar conhecer o que impede a materialização dos princípios do SUS no trabalho, o que falta no serviço de saúde, qual a relação e impacto das mudanças no mundo do trabalho, entre outros elementos do cotidiano profissional.

Dessa forma, o processo consiste na coleta e análise de dados sobre uma população determinada a fim de produzir conclusões a partir das características desse grupo. Para tal se usa o recurso do questionário, cujas perguntas são orientadas pelo objetivo predefinido. No caso desta pesquisa, a coleta de dados sobre os trabalhadores da saúde permite a apreensão do perfil desse profissional para a formulação de processos formativos e interventivos efetivos nessa área, na medida em que o perfil trata das características profissionais (como idade, gênero, tempo de trabalho, formações, ocupação) e do entendimento e avaliação destes trabalhadores sobre seu trabalho, o serviço em que trabalha e a relação com outros pontos da rede de atenção à saúde, relação interprofissional e com residentes.

3.3 Trabalho interprofissional e as relações para a formação na residência

A Educação Interprofissional é uma importante estratégia para impactar na força colaborativa de trabalho em saúde, pois prepara para a prática, ao encontro das necessidades de saúde locais. Um profissional de saúde colaborativo consiste naquele que aprendeu como trabalhar em equipe e desenvolveu competências nesse sentido. A prática colaborativa acontece mediante o intercâmbio de experiências de diferentes profissionais com usuários, famílias e comunidade, com vistas à assistência de qualidade (OMS, 2010). Assim, a Educação Interprofissional promove a integralidade e implica uma nova divisão do trabalho clínico entre profissionais de diferentes disciplinas e serviços (KARAM *et al.*, 2018).

A Educação Interprofissional (EIP) vem sendo reconhecida na readequação do modelo de formação e prática profissional, atendendo às necessidades de saúde da população a partir do desenvolvimento de competências colaborativas para o trabalho em equipe. Dessa forma, potencializa a eficácia e a qualidade do cuidado em saúde (PEDUZZI *et al.*, 2013).

Segundo Peduzzi *et al.*, (2013), o que caracteriza a EIP é o aprendizado compartilhado de determinadas competências entre estudantes e profissionais de outras áreas. Trata-se de um aprendizado que ocorre de forma interativa com colegas de outras profissões em diferentes cenários de prática, e não de um aprendizado que vai ocorrer isoladamente nas salas de aula.

A convivência é aprendizado, isto é, o aprendizado se dá na medida em que os estudantes convivem em experiências reais com profissionais e estudantes de outras áreas. Em geral, os egressos dos cursos de graduação em saúde trazem uma visão estereotipada das demais áreas de atuação, que tende a desqualificá-las e um dos motivos disso é a ausência de experiência de troca de aprendizado junto com colegas das diferentes áreas.

A EIP se conceitua como o aprendizado decorrente da integração e interação entre membros de mais de uma profissão da área da saúde, que permite uma maior compreensão dos

papéis específicos de cada profissional e potencializa o desenvolvimento de competências colaborativas para o trabalho em equipe (REEVES *et al.*, 2016). Essa experimentação e o conviver interativo são potenciais para o desenvolvimento de competências colaborativas (PEDUZZI *et al.*, 2013).

A partir de experiências mundiais de EIP, alguns grupos de pesquisas de diferentes profissões da área da saúde têm desenvolvido painéis e matrizes de competências colaborativas baseadas na identificação e consolidação de conhecimentos, atitudes e habilidades para o trabalho em equipe, a exemplo do Canadian Interprofessional Collaborative Health (CICH) e o grupo norte americano Interprofessional Education Collaborative (IPEC).

Esses painéis e matrizes têm sido recomendados para demarcar a inserção dessas competências nos currículos de formação, possibilitando posterior avaliação do perfil de egressos, para a acreditação das experiências de educação interprofissional (LIMA, 2020).

Em 2010, o CICH, publicou um marco de referência sobre competências colaborativas reunidas em seis domínios: comunicação interprofissional, atenção centrada no paciente, clarificação de papéis, dinâmica de funcionamento da equipe, liderança colaborativa e resolução de conflitos interprofissionais (PEDUZZI, *et al.*, 2013).

Outro documento, a partir de experiências do grupo norte americano IPEC, baseado no modelo canadense, publicou em 2016, uma atualização do seu painel de competências que está organizado em dois princípios centrais: cuidado orientado a comunidade e população e centrado no paciente/indivíduo e na família. Estes princípios, envolvem quatro domínios/competências essenciais – valores/ética para a prática interprofissional; clarificação de papéis e responsabilidade para a prática colaborativa; comunicação interprofissional e trabalho em equipe interprofissional (PEDUZZI, *et al.*, 2013; LIMA, 2020).

Essas publicações referidas acima apontam que a EIP está fortemente relacionada ao desafio da prática colaborativa e do trabalho em equipe. Isso pressupõe a existência de relação recíproca, de mútua influência e profundo imbricamento, entre a formação dos profissionais da saúde e as práticas de atenção à saúde – concepção reconhecida por detrás da ideia da EIP, cuja construção e consolidação ocorrem ancoradas na premissa das relações dialéticas entre práticas de atenção à saúde, de gestão em saúde, de participação social e de formação profissional e educação permanente (PEDUZZI *et al.*, 2013).

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) foi legalmente instituída em 2005, como modalidade de formação para o SUS, e teve ampla expansão a partir de 2010. Por definição, os programas de residência são cooperações intersetoriais que visam favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS (BRASIL, 2005).

A prática em saúde na RMS baseia-se em alguns pilares, dentre eles a integralidade das ações em saúde e o trabalho interprofissional. Paim (2008) defende que a integralidade está relacionada ao trabalho dos profissionais e o trabalho produzido pela organização do SUS, de forma que se justifica a existência dos programas de residência através da busca por uma prática que considere as necessidades múltiplas de saúde, uma proposta de trabalho coletivo e ação interdisciplinar.

A residência multiprofissional contribui para a reorientação da formação de recursos humanos para o SUS, se apresentando como a oportunidade de vivência intensiva em serviços de saúde, com proposta de ser um eixo integrador entre as áreas profissionais, capaz de promover reflexões sobre o cotidiano, articular diferentes práticas profissionais e contribuir para mais relações institucionais horizontais (Mendes, 2013).

É imperativa à RMS a busca pela interdisciplinaridade, tanto por tratar-se de uma metodologia que valoriza a formação através do compartilhamento de saberes, como por manter íntegras as particularidades de cada área profissional, possibilitando a prática e potencializando o trabalho em saúde.

3.4 A contratualização e a saúde no Brasil: panorama

A contratualização em serviços de saúde se tornou uma tendência a partir da década de noventa, com a reforma dos sistemas de saúde europeus (ESCOVAL, 2003). No Brasil, a regulamentação de Organizações Sociais de Saúde (OSS) como organizações do setor privado sem fins lucrativos, que atuam em parceria formal com o Estado, com processo de candidatura e cumprimento de exigências ocorreu em 1998.

A implementação das OSS se deu principalmente na atenção hospitalar e em serviços das esferas estaduais e municipais, que agem com autonomia para a implementação de suas versões locais. Os municípios são responsáveis por decidir pela implementação de estratégias, gestão e grande parte do financiamento, e cabe ao governo estadual e federal normatizar, monitorar e avaliar, sendo também responsáveis por conceder incentivos financeiros para adesão à estratégia (COSTA E SILVA; ESCOVAL; HORTALE, 2014).

A Portaria N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), discorre sobre a necessidade de criação de mecanismos formais de contratualização para todos os pontos da RAS, a fim de promover uma gestão eficaz, eficiente e qualificada. O objetivo da contratualização, segundo a mesma portaria, é propiciar melhorias na saúde da população, controle sobre as despesas públicas com a saúde, alcançando maior eficiência na gestão dos

recursos e coordenar as ações dos envolvidos, garantindo que os compromissos firmados sejam cumpridos e os cidadãos tenham informação sempre disponível.

O modelo de contratualização apoia-se em um conjunto de indicadores de monitoramento do contrato de gestão. Araújo (2010) afirma que as metas estabelecidas têm o papel de orientar a ação da gestão e devem ser aplicados meios que criem condições para o alcance das metas e formas de controle que permitam o acompanhamento do processo, a destinação de recursos e avaliação da implantação das ações. Destaca ainda a importância dos incentivos, que mobilizam o comportamento humano em busca da conclusão dos objetivos propostos.

Porém, se por um lado a contratualização se caracteriza como uma estratégia de gestão por resultados, os objetivos e indicadores acabam sendo relacionados à capacidade de prestação de cuidado e eficiência econômico-financeira, apenas. Estimulando que se crie um sistema de Medicina Baseada em Indicadores, em contraponto à Medicina Centrada no Doente, defendem Melo; De Sousa (2011).

A implementação e funcionalidade da estratégia precisa transpor algumas barreiras, entre elas, a falta de orientação por parte do governo contratante, a dificuldade de conciliar as metas ao orçamento, a falta de um programa integral de reestruturação organizacional e a capacitação profissional insuficiente (ESCOVAL, 2010).

Outra dificuldade, levantada por Ayala e Oliveira (2007), trata-se das tensões entre os profissionais de saúde e os gestores, que por vezes operam a partir de mecanismos impositivos para o alcance das metas, sem considerar as condições dos trabalhadores, que frequentemente estão operando acima de seus limites, comprometendo assim a qualidade dos serviços realizados e ofertando pouca resolutividade em relação às necessidades dos usuários.

Em Porto Alegre, em 2019, como resultado de uma longa batalha judicial, a lei que criou o Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF), órgão que operava a Estratégia de Saúde da Família, foi definida como inconstitucional e com isso o mesmo foi extinto.

O IMESF foi criado em 2011 com o objetivo de ser responsável pela implantação e qualificação das Equipes de Saúde da Família, com a finalidade de ampliar o acesso aos serviços de saúde e prestar atendimento à população de forma humanizada, integral e contínua, de acordo com o preconizado pela APS.

Tinha ainda como finalidade operar a rede integrada e articulada da Estratégia da Saúde da Família em Porto Alegre, sob a forma de promoção, prevenção e proteção da saúde coletiva e individual, além de desenvolver atividades de ensino e pesquisa para o aperfeiçoamento da

ESF, melhorando a qualidade assistencial oferecida aos munícipes. (ARAÚJO; PILOTTO, 2020).

Desde então a atenção básica à saúde no município vem sendo operacionalizada através de Organizações Sociais. Dentre as importantes mudanças que perpetuam essa nova organização, destaca-se também a alteração na forma de gestão da RAS, através do Decreto Municipal Nº 21.315, de 29/12/2021 dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, instituindo as Coordenadorias de Saúde, regionalizando a coordenação em Norte, Sul, Leste e Oeste.

A principal mudança realizada com esse decreto é sobre a revogação do Decreto Nº 13.820, de 25 de julho de 2002, que instituiu as Gerências Distritais Regionais, que eram entidades de gestão regionalizadas de acordo com os distritos sanitários:

Ficam instituídas, no âmbito da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), como Unidades de Trabalho (UTs), Gerências Distritais por regiões, responsáveis pelo gerenciamento dos serviços de saúde próprios do Município e pela gestão do SUS em seus territórios como segue:

- I - Gerência Distrital Centro;
 - II - Gerência Distrital Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas;
 - III - Gerência Distrital Norte/Eixo Baltazar;
 - IV - Gerência Distrital Leste/Nordeste;
 - V - Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal;
 - VI - Gerência Distrital Sul/Centro-Sul;
 - VII - Gerência Distrital Partenon/Lomba do Pinheiro;
 - VIII - Gerência Distrital Restinga/Extremo Sul.
- (PORTO ALEGRE, 2002).

Dessa forma, diminuem os pontos de gestão, afastando-a da prática diária, do acompanhamento mais próximo e impacta na diminuição dos pontos da Rede de Atenção em Saúde.

4. METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, com levantamento de dados por meio de formulário eletrônico com os trabalhadores de saúde dos distritos assistenciais pertencentes a Coordenadoria de Saúde Oeste.

O estudo foi submetido ao CEP UFRGS e CEP SMS Porto Alegre e aprovado sob número CAAE: 46963521.0.3001.5338 e Número do Parecer: 5.351.086 em abril de 2022. A coleta de dados foi realizada no período de maio a agosto de 2022, por meio de formulário eletrônico online no qual os participantes responderam perguntas abertas e fechadas sobre identificação, perfil profissional, caracterização da Unidade de Saúde/local de atuação e preceptoria de estagiários e residentes.

4.1 Caracterização do local de pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no município de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul. O município está dividido em 17 distritos sanitários e quatro coordenadorias de saúde, Norte, Sul, Leste e Oeste. Essas têm a função de descentralizar e operacionalizar as estratégias de planejamento, atenção e vigilância em saúde. Neste estudo foi considerada a Coordenadoria de Saúde Oeste por tratar-se de um distrito docente-assistencial da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

A Coordenadoria de Saúde Oeste é composta pelos seguintes serviços de saúde, segundo o organograma realizado a partir do Decreto nº 21.315, de 29/12/2021 (PORTO ALEGRE, 2021), que dispõe sobre a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde:



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, 2021

Foram convidados a participar e preencher o Questionário (Apêndice 1) todos os trabalhadores da saúde que atuam na rede de atenção à saúde dentro da Coordenadoria de Saúde Oeste do município de Porto Alegre, inclusive os gerentes dos serviços e seus apoiadores.

Os critérios para participar do estudo e constituir a amostragem foram:

- Atuar nos serviços no momento de realização da pesquisa, tanto na assistência quanto na gestão, concursados, terceirizados, etc.
- Possuir nível superior, técnico, médio, ou outro que atue nos serviços de saúde da atenção primária e da média complexidade do município.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

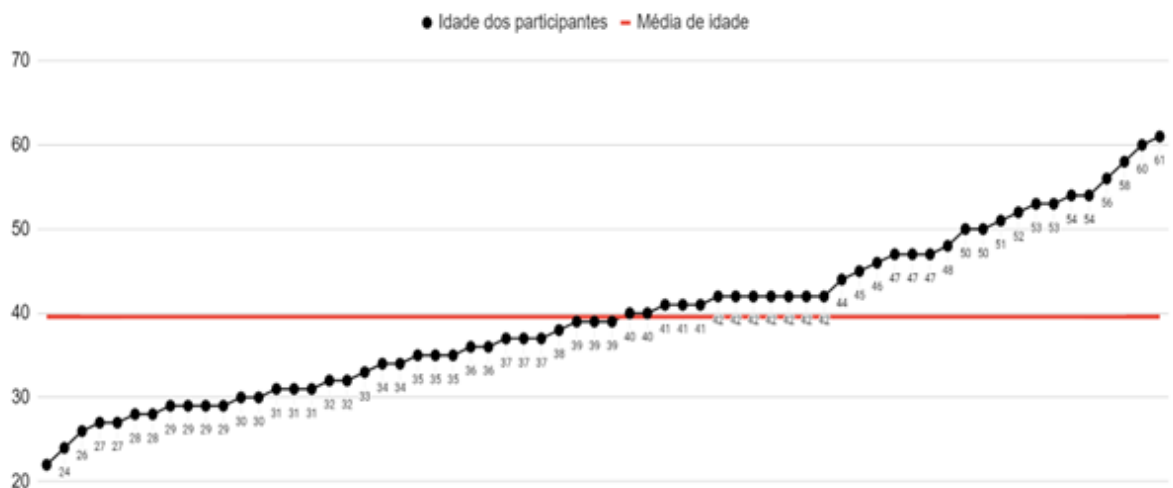
Os coordenadores ou responsáveis pelos serviços de saúde sob a Coordenadoria de Saúde Oeste receberam carta-convite de participação na pesquisa por e-mail, e foram orientados a repassar para os trabalhadores e estimular sua participação. Esta foi uma indicação que o estudo absorveu como metodologia a partir dos pareceres dos Comitês de Pesquisa tanto na UFRGS quanto na SMS/Porto Alegre.

Foi realizado um recorte com os dados coletados entre 23/05/2022 e 23/09/2022, totalizando 4 meses de coleta de dados e pelo menos 3 emails de convite disparados nesse período.

Para composição da amostragem baseou-se em saturação empírica, conforme elucidado por Fontanella *et al.* (2011). A coleta de novos dados foi interrompida ao observar quantidade e diversidade satisfatória de participantes, e em razão do tempo necessário para análise e conclusão deste trabalho.

5.1 Perfil dos trabalhadores do estudo

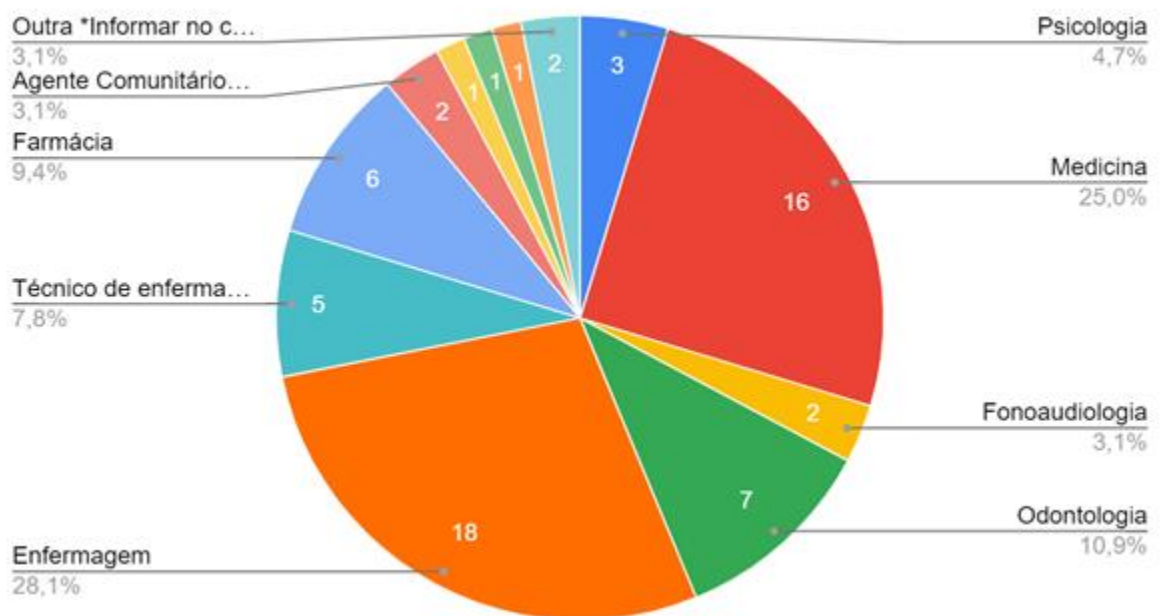
A pesquisa obteve, neste primeiro recorte temporal, 66 participantes, desse total 64 aceitaram participar após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram convidados a participar todos os trabalhadores do serviço de saúde e a amostragem foi composta por uma maioria de mulheres (73%), de cor autodeclarada branca (81%) e idades entre 22 e 61 anos, com média de 39,6 anos.



A amostragem é composta principalmente por profissionais de enfermagem (28%), seguidos por medicina (25%) e odontologia (11%). Apareceram também nutrição, auxiliar em saúde bucal e técnico em saúde bucal, não contemplados pela legenda no gráfico de pizza, e no campo “Outros”, um participante relata formação em psicopedagogia.

A enfermagem possui por característica o papel de ser coordenadora das práticas de saúde. Barbosa (2004), afirma que o enfermeiro é o interlocutor e o principal agente catalisador das políticas e programas voltados para a saúde, tendo papel essencial na organização do SUS e da atenção básica em saúde.

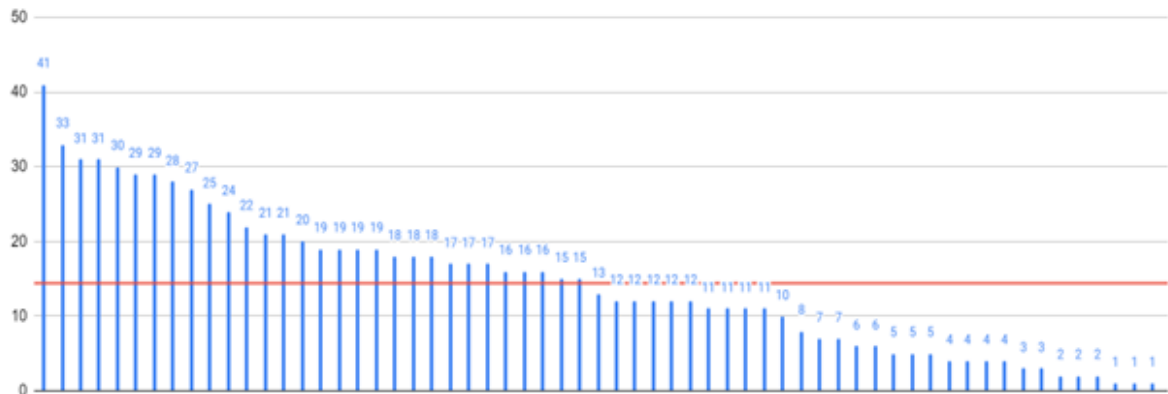
Qual sua formação?



Os participantes possuem entre menos de 1 e 41 anos de formação, com média de 14,4 anos. A formação se deu principalmente através de universidades privadas (48%) e universidades públicas (44%). Em relação a pós-graduação, a maioria relata possuir, entre especialização (54%), residência (25%) e mestrado (10%), contra 28% da amostragem que afirma não possuir nenhum tipo de pós-graduação.

Tempo de formação:

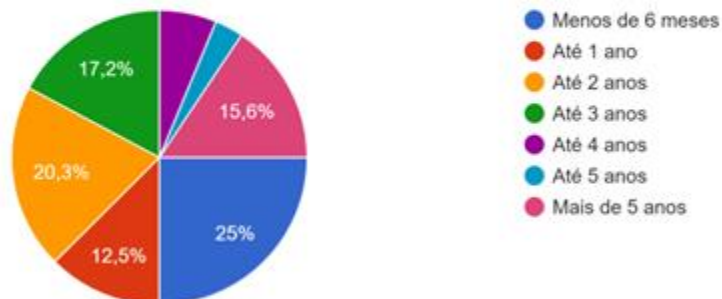
Anos passados desde formação



O tempo de atuação no serviço obteve as maiores porcentagens entre menos de 6 meses (25%) e até dois anos (20%), e mais de 10% até um ano, ou seja, mais de 50% da amostragem é composta por novos trabalhadores, com até dois anos de atuação no serviço. Essa grande porcentagem de trabalhadores novos pode influenciar na operacionalização da rede de saúde, por desconhecimento e também falta de ações de educação permanente e capacitação para uma inserção mais controlada na rede. O tempo de atuação no serviço obteve as maiores porcentagens entre menos de 6 meses (25%) e até dois anos (20%), e mais de 10% até um ano, ou seja, mais de 50% da amostragem é composta por novos trabalhadores, com até dois anos de atuação no serviço. Essa grande porcentagem de trabalhadores novos pode influenciar na operacionalização da rede de saúde, por desconhecimento e também falta de ações de educação permanente e capacitação para uma inserção mais controlada na rede.

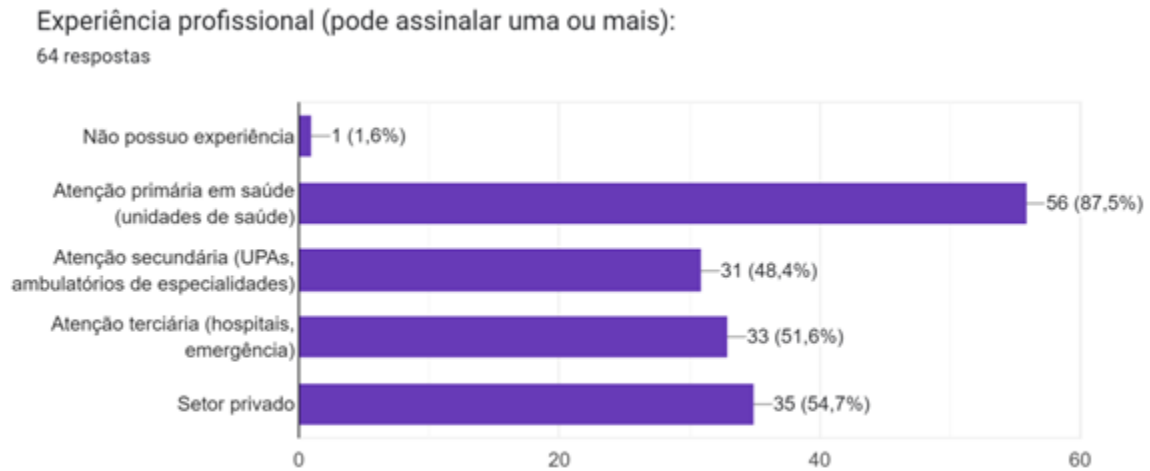
Há quanto tempo atua neste(s) serviço(s)?

64 respostas



A maioria dos participantes da pesquisa relata possuir experiência de trabalho em atenção primária à saúde (87%), não ficando claro se houve um viés de resposta que pode ter feito com que os participantes tenham considerado o trabalho atual como experiência. No

momento da coleta de dados, 72% da amostragem atuava em assistência à saúde, 16% em coordenadoria/gestão e 12% em ambos.



Desde setembro de 2019, com o fim do Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família, a Secretaria Municipal de Saúde realizou dispensa de chamamento público para contratação de profissionais, optando por firmar contratos com Organizações da Sociedade Civil (OSC) para operar a Atenção Básica.

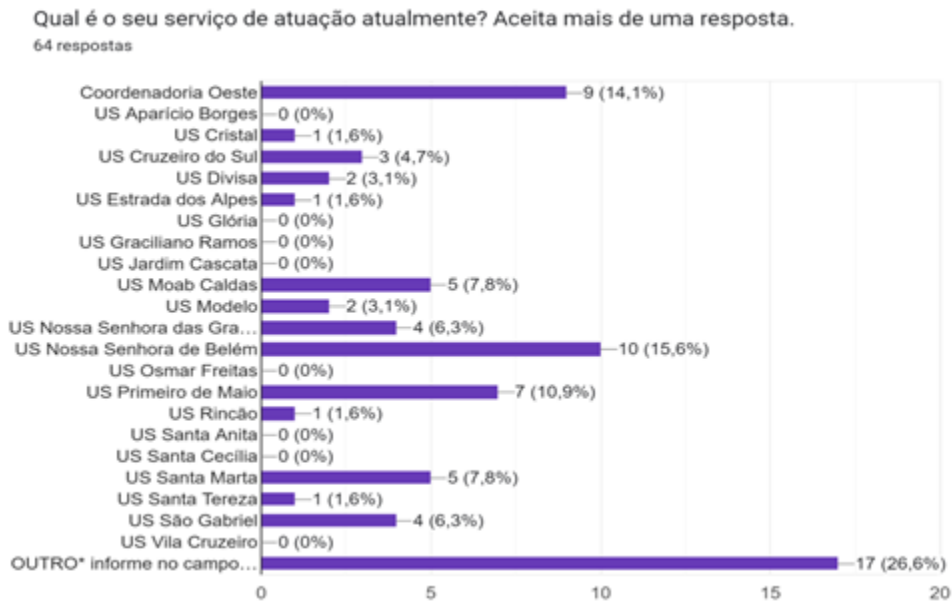
Esse regime de contratualização da atenção básica já está presente em 114 das 132 unidades de saúde do município e alguns serviços da média complexidade, como a Farmácia Distrital da Vila dos Comerciantes e Consultório na Rua, que a partir da entrada das OSC passam a ter os profissionais contratados através de processos seletivos próprios.

No município de Porto Alegre/RS atuam no momento três diferentes organizações. O contrato de parcerização define metas a serem cumpridas definidas pela prefeitura a partir do Carteirômetro presente na Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2019). A ferramenta é definida como um artefato para aferição das ações e procedimentos considerados essenciais na AB, e o acompanhamento é realizado a partir dos dados de registro das consultas nos sistemas ESUS/PEC e Gercon, através dos códigos de cada procedimento.

O Carteirômetro é bastante procedimental, em odontologia, por exemplo, são considerados dados de 1ª consulta odontológica e após somente dados de procedimentos como “Restauração de dente decíduo”, “exodontia de dente permanente” e “raspagem e alisamento subgingival”. Sendo ignoradas práticas essenciais como consultas de prevenção, orientação de higiene bucal e visitas domiciliares.

A distribuição dos profissionais por local de atuação está descrita na tabela abaixo, que levantou também, através do campo de resposta aberto, os locais: Farmácia distrital, Equipe

Especializada em Saúde da Criança e Adolescente (EESCA), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Consultório na Rua.



A proposta da pesquisa foi apresentada em reunião da Coordenadoria Oeste, em maio de 2022 e, assim, todos os trabalhadores desta coordenadoria, de todas as unidades de saúde foram convidados. Houve envio de convite para a coordenadoria (em cumprimento ao proposto pelo CEP - UFRGS) com a solicitação de compartilhamento a todos os trabalhadores do serviço por e-mail (mais de uma vez, em intervalos de 30 dias). Em algumas US a participação foi nula e em outras limitou-se a um participante, possivelmente ao gerente, que recebeu a pesquisa por e-mail.

5.2 Como os trabalhadores caracterizam o seu local de trabalho

Em relação ao local de trabalho, os participantes foram questionados sobre a infraestrutura, o fornecimento de insumos e a capacidade de receber residentes e estagiários. A fim de identificar se há algum fator nessa relação que dificulte ou impeça a relação ensino-serviço.

Do total da amostragem, 52% consideram que o local necessita de melhorias na infraestrutura, quanto aos insumos como materiais para os procedimentos e EPI 54% dos trabalhadores afirmou ser adequada, e nenhum participante referiu como “totalmente inadequada”. O contrato atual da Prefeitura Municipal de Porto Alegre com as empresas terceirizadas que operam os serviços de atenção básica mantém sob responsabilidade da prefeitura o controle de insumos e realização de manutenção e benfeitorias nos prédios.

No espaço destinado a comentários em relação a essas perguntas surgem com frequência as sugestões de reforma e qualificação do ambiente, reorganização do espaço físico, ampliação no número de salas e locais para atendimento e atualização nos equipamentos de Tecnologia da Informação e periféricos. Conforme extrações abaixo:

“Ampliação da unidade com sala para amamentação, consultórios e preservando a sala de grupos já existente e sala para os agentes” (Participante 04)

“Unidade poderia ser melhor redimensionada, percebe-se desperdício de local e infraestrutura” (Participante 07)

“Melhorar o ambiente em si com nova pintura e melhorar a localização dentro da própria US para os pacientes saberem identificar as salas” (Participante 26)

“Mais investimento na infraestrutura para humanização do atendimento, com menos barreiras físicas”. (Participante 46)

Quanto aos insumos, as manifestações ficam em torno de melhorar relações e entendimento entre os trabalhadores e a gestão, definição de melhores táticas de controle e estoque, e um maior investimento em materiais que qualificam a prática e melhoram o serviço oferecido na atenção básica, como:

“Melhor comunicação da gestão com as US” (Participante 32)

“Insumos deveriam ser controlados / manejados de uma forma mais adequada, tendo um controle maior de onde está sendo distribuído. Conscientização maior dos servidores a respeito da importância e responsabilidade sobre os insumos.” (Participante 11)

“Material de trabalho, Esfigmo, estetoscópio e oxímetro....” (Participante 15)

“maior disponibilidade de materiais como fitas métricas e sonar para avaliação de gestantes”. (Participante 29)

Apesar dos apontamentos realizados sobre a necessidade de mais espaço e insumos, a maioria dos entrevistados (90%) considera a infraestrutura da Unidade de Saúde adequada para receber residentes e estagiários, em concordância com a alta porcentagem de respostas positivas à pergunta “Você acha que os profissionais da US em que você trabalha poderiam receber residentes e estagiários?”, onde 92% responderam afirmativamente.

5.3 A experiência de Integração Ensino-serviço em tempos de contratualização e o processo de trabalho

Neste ponto da pesquisa objetivou-se obter um panorama sobre a relação com estagiários e residentes, esse segundo grupo já tratando-se de profissionais formados e que entram para o serviço com demandas de integrar equipes, corresponsabilizar-se pela população

e estabelecer vínculos, aprender as ferramentas de gestão que permeiam o trabalho em saúde e expandir para além do treinamento técnico a sua formação no serviço.

Para a investigação da integração ensino-serviço e processo de trabalho permeado pelas contratualizações e novos arranjos, os participantes da pesquisa foram questionados sobre a sua experiência como fomentadores da integração ensino-serviço, o tempo de experiência e também o interesse ou quais razões os impedem. baseando-se no contexto da fragilidade das relações de trabalho, precarização dos profissionais e estrutura dos serviços, distanciamento da gestão e necessidade de cumprimento de metas que foram definidas sem a participação dos trabalhadores da ponta, então por vezes são inviáveis.

O preceptor é o responsável por, no serviço, oferecer instruções e acompanhar o profissional em formação. Segundo Parente (2008), preceptores facilitam a inserção nos territórios, mediam relações e criam um ambiente que propicia aprendizagem e o trabalho interdisciplinar. A portaria Nº 1.111/GM, de 5 de julho de 2005 descreve as funções do preceptor:

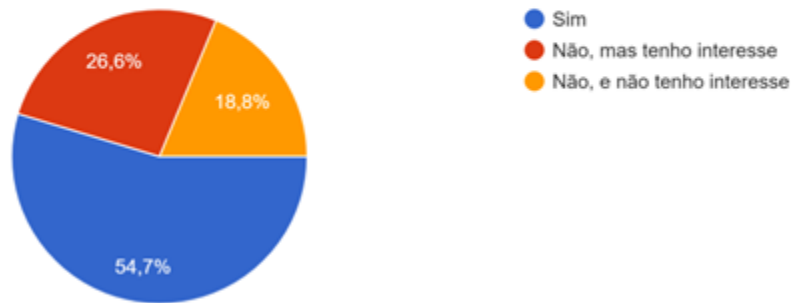
Função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de experiência em área de aperfeiçoamento ou especialidade ou titulação acadêmica de especialização ou de residência, que exerçam atividade de organização do processo de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais ou estudantes, respectivamente em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão. (BRASIL, 2005)

A pesquisa abordou estagiários e residentes de maneira isolada, a fim de verificar se, para os trabalhadores, há diferenças na relação com os diferentes grupos.

Ao serem questionados sobre experiência em preceptor ou supervisão de estagiários, aqui definidos como estudantes de graduação ou cursos técnicos que estão cumprindo carga horária obrigatória curricular, 55% dos participantes responderam “Sim”, que possuem experiência. Grande parte da amostra, 27% dos entrevistados, respondeu “Não, mas tenho interesse” e a porcentagem restante, 19%, refere “Não, e não tenho interesse”.

Você tem experiência nos processos de Preceptoria/ Supervisão de ESTAGIÁRIOS?

64 respostas



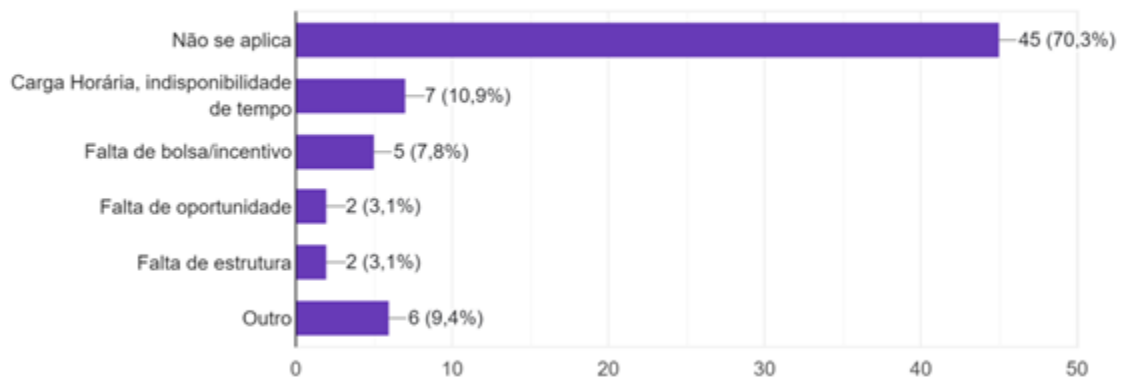
Para melhor entendimento de quais causas afetam o interesse dos trabalhadores em receber estagiários foi realizada a pergunta fechada “Se não tem interesse, por quê? (Aceita-se múltiplas seleções)” e foi oferecido também um espaço aberto onde coletamos respostas como: “Não sou apta para isso” (participante 15)

“Na US atuo como Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), quem fica responsável por essa parte é o dentista.” (Participante 48)

A causa mais apontada para a falta de interesse trata-se de “Carga horária, indisponibilidade de tempo”, sabe-se que os trabalhadores são pressionados a cumprir as metas da contratualização, então pode se associar a falta de interesse com o fato de que profissionais em formação demandam maior tempo para a realização de procedimentos, bem como discussões de casos e condutas. E os vínculos de trabalho fragilizados e incertos também empurram os profissionais a jornadas duplas ou triplas, o que também pode influir sobre a disponibilidade de tempo para dedicar-se à preceptoria e supervisão.

Se não tem interesse, por quê? (Aceita-se múltiplas seleções)

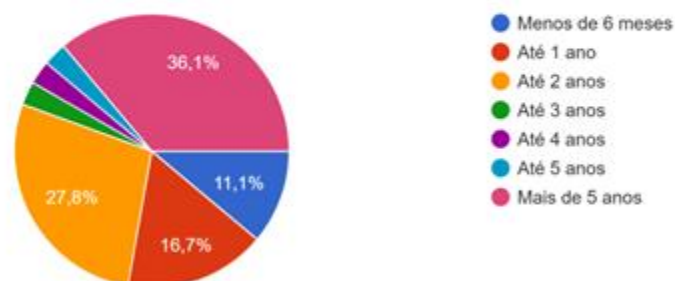
64 respostas



Quanto ao tempo de experiência com preceptoria de estagiários, do total de 36 participantes que responderam a esse questionamento, 36% possuem mais de 5 anos, ou seja, engloba um período anterior à terceirização, considerando também que pode ter sido realizado em outros locais e serviços onde o profissional atuou.

Se possui experiência em preceptoria/Supervisão de ESTAGIÁRIOS, assinale por quanto tempo:

36 respostas

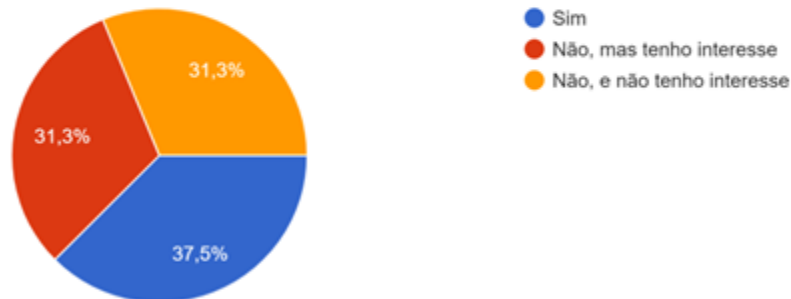


Tratando-se de residentes foram realizadas as mesmas perguntas, como resultados obtivemos que uma parcela menor da pesquisa possui experiência, apenas 37%, com empate entre os participantes que não tem e se dividem entre “Não, mas tenho interesse” e “Não, e não tenho interesse”, 31% para cada grupo.

A preceptoria de residentes parece carregar consigo maior dificuldade ou complexidade, visto que há um maior percentual de desinteresse pela prática, quando comparada a preceptoria de estagiários.

Você tem experiência nos processos de Preceptoria/ Supervisão de RESIDENTES?

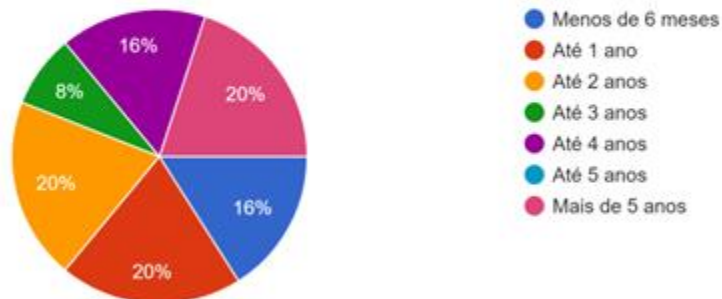
64 respostas



Em relação ao tempo de experiência em preceptoria, há uma maior distribuição entre os períodos menores, com uma importante parcela dos preceptores (16%) tendo experiência de menos de 6 meses, e 40% dos entrevistados estão nas categorias de até 1 ano e até 2 anos, 20% em cada grupo, conforme distribuição no gráfico abaixo.

Se possui experiência em preceptoria/Supervisão de RESIDENTES, assinale por quanto tempo:

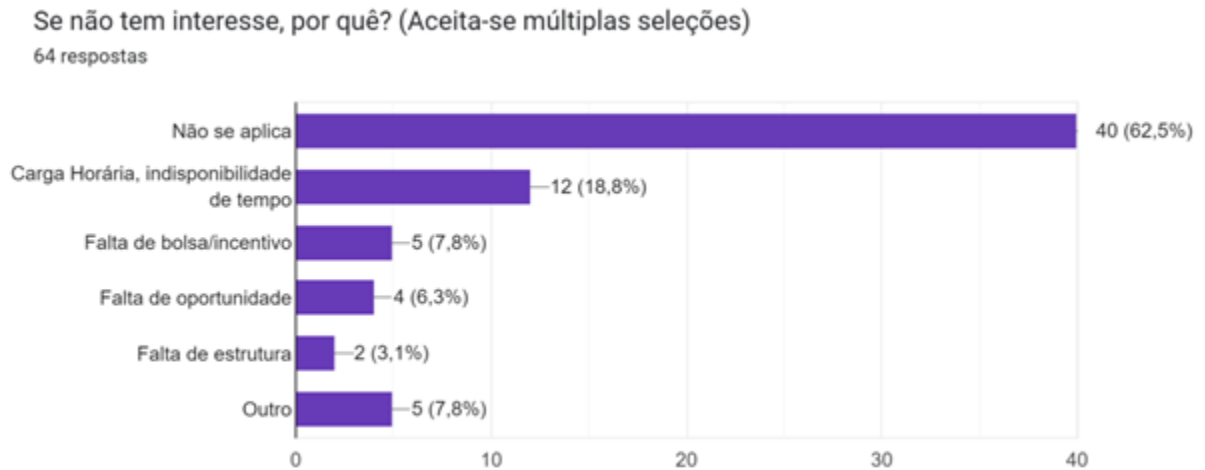
25 respostas



Em programas de residência multiprofissional em saúde é exigido que o processo de preceptoria extrapole o conhecimento técnico prático e se aproprie do saber acerca do processo ensino-aprendizagem, do currículo do programa de residência, bem como aos objetivos e valores pregados pela instituição de ensino (Ribeiro, 2020). Competências que vão além da formação tradicional recebida pelos profissionais de saúde, que precisam então exercer atividades de preceptoria sem preparo prévio ou pedagógico.

Tal necessidade vai de encontro aos achados da pergunta que visa explorar "Se não tem interesse, por quê? (Aceita-se múltiplas seleções)" onde novamente destaca-se a questão de

indisponibilidade de tempo, seguida também por falta de bolsa/incentivo. No campo aberto para respostas, somente um participante discorreu sobre o motivo, citando falta de aptidão.



As consequências podem ser maior dificuldade de encontrar campos de prática para os residentes, devido a indisponibilidade dos profissionais atuantes em recebê-los. E entende-se que, caso a preceptoría fosse uma atividade remunerada, os profissionais poderiam dedicar mais tempo para o seu desenvolvimento e a ocorrência de incentivos, financeiros ou não, poderiam facilitar esse processo.

Ao serem questionados se vêem diferenças no processo de preceptoría de residentes e estagiários a maioria dos profissionais (75%) afirmou que sim, há diferenças, e no espaço aberto para comentar a questão surgiram os seguintes trechos:

A preceptoría de residentes é mais aprofundada, com a inserção do residente em atividades do farmacêutico. No caso dos estagiários, não há tanta autonomia e não se aprofunda em alguns processos. (Participante 20)

Os estagiários ainda estão em formação, logo o processo é mais básico e estes ficam tempo integral com o supervisor, enquanto residente é um profissional formado que precisa ter uma supervisão com maior dedicação de tempo exclusivo pois as atribuições do residente são muito maiores do que o estagiário. (Participante 46)

São etapas diferentes. Principalmente dependendo do semestre do estagiário e do residente. Um já é esperado com maior maturidade e tem sua escolha de carreira já definida [...]

O próprio material de formação de competências esperado de cada um é diferente. (Participante 47)

Penso que há diferenças sim entre o PROCESSO de preceptoria de estagiários e residentes, visto que é preciso ter consciência da diferença entre esses dois alunos. O acadêmico (ou estudante do técnico) está em sua formação "inicial" como profissional, já o residente, é um profissional formado que está se especializando na temática escolhida para atuação. Sendo assim, já tem uma base prévia de conhecimentos adquiridos enquanto acadêmico, podendo ser incentivado a atuação mais aprofundada em cada temática e processo inserido. Enquanto o acadêmico, por dispor de menos tempo no serviço, acaba por conhecer de uma forma mais geral o processo e práticas do serviço. (Participante 52)

Tempo de experiência necessário para qualificação técnica (eixos diferentes de aprendizagem) (Participante 57)

Entre as falas é unânime que os profissionais encaram a integração ensino-serviço de maneira bastante distinta entre estagiários e residentes, com o primeiro grupo sendo visto com necessidades mais básicas, o que pode ajudar a explicar a maior aderência dos trabalhadores a estagiários.

Para finalizar o bloco sobre a integração ensino-serviço os participantes foram questionados quanto a educação permanente em saúde: “Na sua opinião, é necessário que sejam realizados momentos de educação/formação em saúde para as equipes que irão receber estagiários e residentes?” onde mais de 95% responderam de maneira afirmativa, e foi oferecido um campo para dissertar sobre, onde colhemos os seguintes trechos:

Importantíssimo os espaços de educação continuada, as equipes precisam estar atualizadas para receberem os alunos (participante 12)

Vejo que nem todas as equipes entendem o papel dos estagiários e residentes, entendendo que estes devem dar conta da demanda que é dos trabalhadores. (participante 27)

Alguns profissionais não consideram necessário momentos de formação para o estagiário, tratando o mesmo como um auxiliar, ao invés de um profissional em formação. (participante 46)

É preciso ter conhecimento dos fluxos e processos, principalmente atualizados, para que possamos dividir e ensinar os estagiários/residentes. Promover uma consciência coletiva da importância de ser um local que oferta ensino-serviço. (participante 52)

O relato dos trabalhadores demonstra novamente a carência de preparo e formação específica para operacionalizar a integração ensino-serviço, onde por vezes o preceptor e o serviço enxergam o estudante apenas como um ajudante temporário, não integrando-o aos processos além da prática técnica e cumprimento de número de atendimentos e metas. E, dentro dessa lógica, trabalhadores com visão mais crítica e que esperam outras competências em seu tempo no serviço, como os residentes, tornam-se indesejados ou inadequados.

5.4 Efeitos dos novos processos e arranjos sobre o trabalho interprofissional

O cuidado integral, estimulado pela PNAB (BRASIL, 2017) como Colaboração Interprofissional (CIP), objetiva a centralidade do cuidado e requer que os profissionais e serviços saiam da lógica de ações isoladas e fragmentadas e atuem em equipe. Para que a prática profissional seja de fato interprofissional e colaborativa é necessário mais do que compartilhar espaços e atender os mesmos usuários. Segundo Batista (2012), é preciso que se tenha efetividade e produção de bons resultados às necessidades de saúde dos pacientes, promovendo trabalho em equipe pautado em prática colaborativa centrada no usuário.

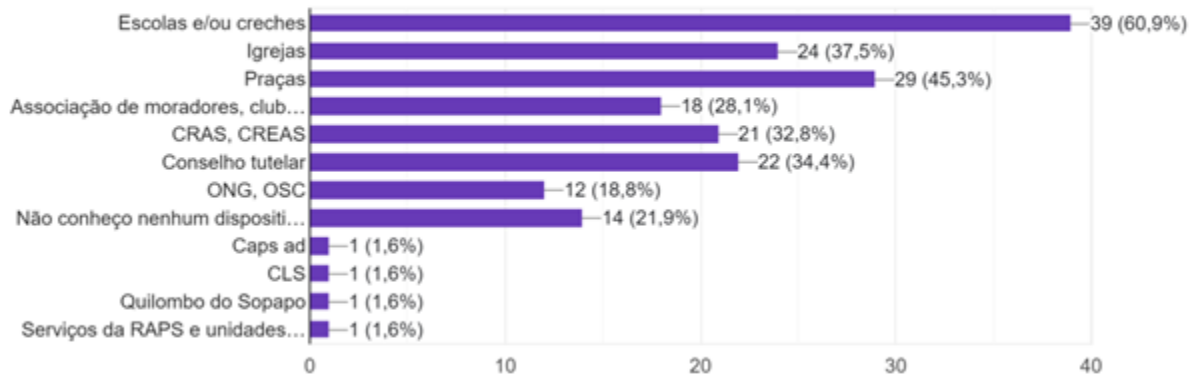
Para a investigação dos efeitos dos novos processos de contratualização sobre o trabalho interprofissional e práticas colaborativas foi proposto um bloco no questionário tratando de conhecimento sobre pontos da RAS e trabalho em equipe.

A primeira análise trata-se da questão sobre conhecimento do território, segundo Miranda *et al.* (2008), neste espaço do cotidiano se desenvolve a interação das pessoas com o serviço de saúde no nível local do SUS e, para além de uma determinação espacial, ele apresenta o perfil histórico, demográfico, epidemiológico, social e cultural da população.

O conhecimento do território é uma etapa essencial para caracterizar uma população e seus problemas de saúde, e além disso, permite a avaliação dos impactos das ações em saúde sobre os níveis de saúde da população.

Quais dispositivos/equipamentos do território onde trabalha você conhece?

64 respostas



Dentre a parcela de trabalhadores avaliada, grande parte parece estar munida de conhecimento sobre espaços sociais e culturais como escolas e/ou creches (60%), igrejas (38%) e praças (45%). Esses são locais que representam pontos de conexão entre os usuários, que podem ser de extrema valia para o serviço de saúde buscar entender sua população adstrita e vincular-se a ela.

Já o desconhecimento de qualquer um dos dispositivos do território é relatado por cerca de 22% dos profissionais de saúde participantes do estudo. Prevendo a ocorrência dessa hipótese, foram também convidados a discorrer sobre quais motivos por trás desse isolamento do profissional em relação ao território.

Já ouvi falar sobre a participação dos moradores da comunidade em reuniões etc. Mas nunca participei dessas reuniões. (Participante 18)

Não resido no território nem saio do serviço para conhecer. (Participante 24)

Meu trabalho é concentrado no setor, não temos contato com o território. (Participante 34)

Fico na assistência dentro dos protocolos, não conheci até agora muito o território. (Participante 38)

Estou na US há 3 meses e ainda não tive oportunidade. (Participante 44)

Os discursos revelam dificuldades no processo de territorialização das equipes, e possíveis fragilidades no trabalho com matriciamento e que expanda os muros da unidade de

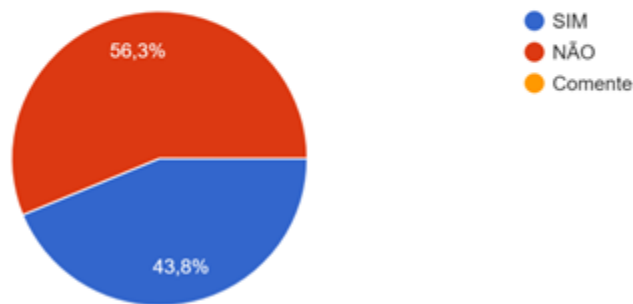
saúde, que podem ser explicadas pela necessidade primária de trabalhar na lógica assistencial e de cumprimento de metas.

Os dados vão de encontro aos depoimentos obtidos a partir dos questionamentos “Alguma ação é realizada entre sua equipe e esses dispositivos/equipamentos?” onde 72% responderam que sim, mas em seguida ao serem questionados “Você já participou de alguma ação ou atividade nesses locais?” quase 60% responderam de forma negativa.

Parece haver uma não responsabilização por parte dos trabalhadores de saúde, que afirmam ter importância nessas ações coordenadas com outros dispositivos das RAS, onde 94% responderam afirmativamente ao ser questionado “Você considera importante esse tipo de ação ou atividade?”, mas não podem, não conseguem ou não são autorizados a desenvolvê-las.

Você já participou de alguma ação/atividade nestes locais?

64 respostas



Além de tudo, mais de 50% da amostragem é composta por trabalhadores atuando no serviço há menos de 2 anos, então têm suas atividades iniciadas em um período muito próximo da pandemia de COVID-19, que instalou diversas adaptações e restrições nas práticas de saúde. Esse cenário surge como justificativa em alguns relatos nos espaços destinados para comentários acerca desse bloco de questões:

A pandemia dificultou a frequência aos equipamentos. Assim como as dificuldades de espaço físico e materiais para um melhor trabalho de grupo e atividades externas. (Participante 3)

Devido a pandemia os grupos e parcerias ficaram um pouco prejudicados, também devido às terceirizações e falta de RH as atividades ficaram prejudicadas. (Participante 7)

Tenho contato direto com lideranças e usuários através de grupos de whats (Participante 21)

Não tivemos a oportunidade ainda de realizar um trabalho multidisciplinar. (Participante 28)

Apenas visitas domiciliares até onde sei. (Participante 35)

Realizado apenas contatos via telefone. (Participante 39)

Apesar das dificuldades relatadas em realizar ações fora das unidades de saúde, ou em parceria com demais pontos da rede e do território, iniciamos a sessão de trabalho interdisciplinar com o propósito de verificar se dentro das equipes do serviço de saúde o panorama seria diferente. A fim de verificar as condições de trabalho em que estão inseridos os profissionais, questionamos "Você realiza atividades em equipe?" e 78% dos trabalhadores responderam de maneira afirmativa. Em seguida os participantes foram questionados sobre trabalho interdisciplinar da mesma maneira, e as respostas foram mais diversas, incluindo a ocorrência de 11% da amostragem dividida entre as opções "Não sei" e "Não desejo responder".

Realiza atividades interdisciplinares?

64 respostas



Tão importante quanto analisar a ocorrência de ações interdisciplinares, é conhecer quais causas a impedem de ocorrer, segundo os trabalhadores. Portanto, foram coletadas respostas abertas a partir da pergunta "Se não realiza, por quê?" tratando-se de atividades em equipe e atividades interdisciplinares:

Alta demanda (Participante 14)

Falta tempo (Participante 16)

Realizo quando há disponibilidade de tempo (participante 32)

Dificuldade pela demanda do posto. (participante 35)

Não fui convidado (participante 48)

falta de oportunidade (participante 56)

Não tem (participante 59)

Porque não sou da enfermagem (participante 63)

Os trechos apontam para uma prática de saúde pautada em produtividade, onde valoriza-se o número de atendimentos ou procedimentos, resultando em um processo de saúde onde o paciente é visto de maneira segmentada entre as áreas de cuidado e nos quais a perspectiva de cuidado dá lugar a uma contabilidade em saúde: é preciso atingir-se metas de produtividade. E revelam ainda um desconhecimento por parte dos profissionais, de atribuições e competências sob o serviço público em saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso de formação através da residência me propiciou a imersão em dois serviços de atenção básica à saúde, ambos terceirizados. No primeiro, o serviço já se encontrava em funcionamento nesse arranjo há pelo menos 1 ano, a equipe se mostrava disposta e capaz de operacionalizar a recepção de residentes e estagiários. Organizavam-se com protocolos de atividades definidos, os profissionais estavam apropriados das ferramentas de gestão e relataram ter sido oferecido e estimulado a presença em capacitações e momentos de educação permanente para qualificação do serviço e aumento na oferta de tratamentos.

O outro serviço, por sua vez, estava em recente processo de transição para terceirização, sendo expandido há cerca de 3 meses apenas. Ou seja, tratava-se de uma grande unidade de saúde sendo operacionalizada por uma equipe totalmente nova, onde muitos não possuíam

contato prévio com o serviço público. Nesse serviço os trabalhadores ainda estavam moldando-se para o trabalho em equipe através das diretrizes do SUS, adaptando-se às demandas, organizando fluxos de operacionalização e descobrindo a rede.

A comparação entre os serviços, para mim, demonstrou a importância de pensar em saúde além da prática procedimental, me levou a considerar também o perfil dos trabalhadores, como se dão suas relações com o serviço e quais fatores permeiam suas práticas sanitárias, com o objetivo de em conhecer, analisar e propor estratégias para qualificação da atenção à saúde no município.

As primeiras leituras dos dados coletados até o momento deste estudo apontam para uma prática em saúde que se encontra sobreposta pela contratualização de profissionais na rede de saúde do município de Porto Alegre/RS. Este predomínio de relações de trabalho aponta para a produtividade em saúde como uma perspectiva e também um modo de se fazer saúde.

As relações interpessoais e interprofissionais encontram-se, neste cenário estudado, estruturadas a partir de uma lógica de mercado e, de modo singular, são muitos novos profissionais a conduzir o trabalho em saúde. Um efeito deste novo arranjo para o trabalho em saúde no município é a chegada de profissionais ainda sem as competências desejadas ao serviço público, que são uma lacuna metodológica da formação em saúde já apontada por diversos artigos da área. A formação em saúde não capacita para o trabalho em equipe e para a prática interprofissional.

Sobre a relação ensino-serviço, uma parcela dos participantes desconhece o papel formador do SUS e, ainda que numa amostragem reduzida, os dados apontam para uma tendência preocupante, mas que, quanto antes interceptada, pode ser modificada através de ações de educação permanente e inserção de trabalhadores capacitados na rede, como é o caso de profissionais oriundos de programas de residência, que se define como pós-graduação orientada para o serviço público.

É imperativo que outros estudos se ocupem de descortinar práticas em saúde que demonstram o papel formador do SUS e que apontem o quanto a prática interprofissional em saúde pode qualificar o cuidado, a humanização em saúde e, quiçá, melhorar a qualidade de vida da população. Do mesmo modo, ações de educação permanente em saúde são potentes para reintegrar o trabalhador da saúde ao seu cotidiano de produção de cuidados e, construir possibilidades de saúde para a população.

O estudo segue em andamento, e é composto por um número maior de questões do que as escolhidas para integrar estas primeiras leituras. Objetiva-se conseguir mais dados, para uma análise ainda mais completa do perfil dos trabalhadores atuantes na rede de saúde municipal e

de suas práticas em relação a interprofissionalidade, processo de trabalho e cuidado em saúde e operacionalização da relação ensino-serviço.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. Reestruturação produtiva, novas qualificações e empregabilidade. **Dimensões da Reestruturação Produtiva—Ensaio de sociologia do trabalho**. Londrina: Praxis, 2007.
- ANTUNES, R.; ALVES, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Educação & Sociedade**, v. 25, p. 335-351, 2004.
- ARANTES, L.J. ; SHIMIZU, H. E. ; MERCHÁN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1499-1510, 2016.
- ARAÚJO, G.; PILOTTO, L. Estágio Curricular Supervisionado na Atenção Primária de Porto Alegre (RS) em meio a uma crise no Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família. **Saúde em Redes**, v. 6, ed. supl. 3, p. 114-116, 2020. DOI <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2020v6n3Supp34>. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/redeunida/article/view/3901>. Acesso em: 10 de maio de 2022.
- ARAÚJO, M.A.D. Responsabilização pelo controle de resultados no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Panamericana de la Salud Pública**, Washington, v. 27, n. 3, p. 230-236, 2010.
- AYALA, A. L. M.; OLIVEIRA, W. F. A divisão do trabalho no setor de saúde e a relação social de tensão entre trabalhadores e gestores. **Trabalho, educação e saúde**, v. 5, p. 251-270, 2007.
- BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Caderno FNEPAS**, v. 2, p. 25-28, jan. 2012.
- BEINNER, M.A.; BEINNER, R. P. C. Perfil de profissionais nas áreas de saúde e educação atuando em suas comunidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 77-83, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 18 de agosto de 2022.
- _____. Gabinete Jurídico. Lei no 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 jul. 2005.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 31 dez. 2010, Seção 1, p. 88, 2010.
- _____. Gabinete Jurídico. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 11 ago. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html> . Acesso em 18 de agosto de 2022.

BARBOSA M.A. *et al.* Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva. **Rev Eletr Enfer** 2004; 6(1):9-15.

CARRAPATO, J. F. L.; CASTANHEIRA, E.R.L. ; PLACIDELI, N. Percepções dos profissionais de saúde da atenção primária sobre qualidade no processo de trabalho. **Saúde e Sociedade**, v. 27, p. 518-530, 2018.

COSTA E SILVA, V.; ESCOVAL, A.; HORTALE, V. Contratualização na Atenção Primária à Saúde: a experiência de Portugal e Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3593-3604, 2014.

COTTA, R. M. *et al.* Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 15, n. 3, p. 7-18, 2006.

DAUMAS, R. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00104120, 2020.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 15.

ESCOVAL, A.M.S. O processo de contratualização na saúde em Portugal (1996-2005). **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, p. 7-24, 2010.

ESCOVAL, A.M.S. Evolução da administração pública de saúde: o papel da contratualização. Fatores críticos do contexto português [tese]. Lisboa: ISCTE; 2003.

FARIA, H. P. *et al.* Processo de trabalho em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

FONTANELLA, B. J. B. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de saúde pública**, v. 27, p. 388-394, 2011.

KARAM, M., BRAULT, I., VAN DURME, T., MACQ, J. Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. 2018. **Int J Nurs Stud**. v. 79, p.70-83.

LIMA, A. W. S. *et al.* Percepção e manifestação de competências colaborativas em discentes da graduação em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 28, p. 32-40, 2020.

MASCARENHAS, C. H. M. *et al.* Qualidade de vida em trabalhadores da área de saúde: uma revisão sistemática. **Espaç. saúde** (Online), p. 72-81, 2013.

MELO, M.; DE SOUSA, J. C. Os Indicadores de Desempenho Contratualizados com as USF: Um ponto da situação no actual momento da Reforma. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 27, n. 1, p. 28-34, 2011.

MENDES, A. G. Residência multiprofissional em saúde e Serviço Social. In: SILVA, L. B.; RAMOS, A. (Org.). Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional. São Paulo: Papel Social, 2013. p. 183-200.

MENDES, J. M. R.; WÜNSCH, D. S. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serviço Social & Sociedade**, p. 461-481, 2011.

OMS - Organização Mundial da Saúde: marco para a ação em educação interprofissional e prática colaborativa. 2010. Disponível em:
http://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20. Acesso em: 20 abr. 2021.

PAIM, J. S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PARENTE, J. R. F. Preceptoria e tutoria na residência multiprofissional em saúde da família. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 7, n. 2, 2008.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. Decreto nº 13.820, de 25 de julho de 2002. Institui as gerências distritais e regionais e o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas na SMS. Cria e altera subordinação de UTs, exclui, lota, altera denominação básica e classificação de CCs e Fgs, altera a estrutura da SMS, os itens 12 e 18 do anexo ao decreto Nº 8713/86, o inc. XII do art. 2º do decreto Nº 9.391/89, e dá outras providências. Porto Alegre, 2002.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018- 2021. 2017. Disponível em:
http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_pms_2018-2021_-_revisado_em_16_01_18.pdf. Acesso em: 05 set. 2020.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, 2019. Disponível em:
http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/carteirafinal.pdf. Acesso em: 15 set. 2022.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Decreto nº 21.315, de 29 de dezembro de 2021. Consolida a estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) nos termos das Leis Municipais nº 2.662, de 18 de dezembro de 1963, e nº 7.414, de 14 de abril de 1994, e revoga o Decreto nº 21.157, de 8 de setembro de 2021 e o art. 1º do Decreto nº 13.820, de 25 de julho de 2002. Porto Alegre, 2021.

REBOUÇAS, D.; LEGAY, L. F.; ABELHA, Lúcia. Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 244-250, 2007.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface Comunic Saúde educ.**, v.20, n. 56, p.185-96, 2016.

RIBEIRO, K. R. B. et al Teaching in health residencies: knowledge of preceptors under Shulman's analysis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, e20180779, 2020. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0779>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/8QS5nvdnMyz4Vjn47H5k9jQ/?lang=en> Acesso em: 21 agos. 2022.

TOMASI, E *et al.* Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s193-s201, 2008.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PERFIL DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DA COORDENADORIA OESTE DE PORTO ALEGRE - RS

PERFIL DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DA COORDENADORIA OESTE DE PORTO ALEGRE - RS

Prezado colega, você está recebendo esse formulário como parte da pesquisa "PERFIL DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DA COORDENADORIA OESTE DE PORTO ALEGRE - RS".

Sua participação é muito importante para auxiliar na compreensão, elaboração e adoção de medidas para qualificação e melhor desempenho das atividades sanitárias e de uma atenção adequada e condizente com as necessidades da população.

Para iniciar, leia atentamente o termo de consentimento livre e esclarecido e, se estiver de acordo, o assine virtualmente para continuar para o questionário.

*Obrigatório

1. E-mail *

2. Nome Completo: *

3. Tendo lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido acima, escolha como quer proceder:

- Após ser devidamente informado sobre a pesquisa, declaro ser maior de 18 anos e decido participar voluntariamente dela, concordando com seus termos.
- Não quero participar dessa pesquisa ou sou menor de idade.

PERFIL PROFISSIONAL E CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

Essa etapa tem como objetivo caracterizar o perfil dos profissionais que integram as equipes de Saúde da atenção primária e secundária bem como as condições definidoras e norteadoras de suas práticas sanitárias.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

4. Qual é sua identidade de gênero? *

- Homem cis

- Mulher cis
- Homem trans
- Mulher trans
- Travesti
- Pessoa não binária ou de gênero fluído Queer
- Prefiro não informar

5. Qual sua orientação sexual? *

- Homossexual
- Bissexual
- Heterossexual
- Assexual
- Pansexual
- Outro
- Prefiro não informar

6. Cor/etnia: *

- Branca
- Parda
- Amarela
- Preta
- Indígena

7. Data de nascimento: *

PERFIL PROFISSIONAL E CARACTERIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE

Essa etapa tem como objetivo caracterizar o perfil dos profissionais que integram as equipes de Saúde da atenção primária e secundária bem como as condições definidoras e norteadoras de suas práticas sanitárias.

CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO:

8. Qual é o seu serviço de atuação atualmente? Aceita mais de uma resposta. *Marque todas que se aplicam.

- Coordenadoria Oeste
- US Aparício Borges
- US Cristal
- US Cruzeiro do Sul
- US Divisa
- US Estrada dos Alpes
- US Glória
- US Graciliano Ramos
- US Jardim Cascata
- US Moab Caldas
- US Modelo
- US Nossa Senhora das Graças
- US Nossa Senhora de Belém
- US Osmar Freitas
- US Primeiro de Maio
- US Rincão
- US Santa Anita
- US Santa Cecília
- US Santa Marta
- US Santa Tereza
- US São Gabriel
- US Vila Cruzeiro
- OUTRO* informe no campo abaixo

9. Se marcou OUTRO na pergunta anterior, qual é o seu serviço atualmente?

10. Há quanto tempo atua neste(s) serviço(s)? *

- Menos de 6 meses
- Até 1 ano
- Até 2 anos
- Até 3 anos
- Até 4 anos
- Até 5 anos
- Mais de 5 anos

11. Se atua há mais de 5 anos, há quanto tempo? (Informe somente em números- total de anos)

12. Qual sua formação? *

- Enfermagem
- Odontologia
- Medicina
- Serviço Social
- Psicologia
- Saúde coletiva
- Medicina Veterinária
- Nutrição
- Fonoaudiologia
- Fisioterapia
- Farmácia
- Terapia Ocupacional
- Técnico de enfermagem
- Auxiliar de saúde bucal
- Técnico em saúde bucal
- Técnico farmacêutico
- Agente Comunitário de Saúde
- Agente de Combate a Endemias
- Outra *Informar no campo abaixo

13. *Se você marcou a opção "OUTRA" na pergunta anterior, responda abaixo qual é sua formação:

14. Ano de formação: (Responda somente em números) *

15. Instituição de Formação:

- Instituição Pública
- Instituição Privada
- Instituição Filantrópica/ Comunitária
- Outra

16. Possui pós-graduação? *

- Não se aplica / não graduado
- Não possui
- Especialização
- Residência
- Mestrado
- Doutorado

17. Se possui pós-graduação, qual tipo e em quê?

18. Você possui alguma formação complementar que gostaria de mencionar?

19. Experiência profissional (pode assinalar uma ou mais): *

- Não possui experiência

- Atenção primária em saúde (unidades de saúde)
- Atenção secundária (UPAs, ambulatórios de especialidades)
- Atenção terciária (hospitais, emergência)
- Setor privado

20. Caso possua experiência profissional, informe qual serviço atuou e por quanto tempo. Considere a experiência que achares mais relevante.

21. Você atualmente trabalha em: *

- Coordenadoria/gestão
- Assistência à saúde
- Ambos

Caracterização da Unidade de Saúde

22. Como você considera a infraestrutura (espaço físico) da US em que trabalha?

- Muito boa
- Adequada
- Necessita de melhorias
- Totalmente inadequada
- Não conheço toda a infraestrutura da US

23. Como você considera a oferta de insumos (ex.: materiais para procedimentos, EPI, etc.) na US em que trabalha?

- Muito boa
- Adequada
- Necessita de melhorias
- Totalmente inadequada
- Não sei opinar

24. O que você acha que poderia ser diferente em sua unidade, tanto na infraestrutura física, quanto relacionado aos insumos?

25. Você acha que a infraestrutura da US em que você trabalha comporta receber residentes e estagiários?

- Sim
- Não
- Não sei opinar

26. Você acha que os profissionais da US em que você trabalha poderiam receber residentes e estagiários?

- SIM
- NÃO
- Comente

Não se aplica

27. Espaço aberto para comentar sua opinião em relação à questão anterior.

28. Quais dispositivos/equipamentos do território onde trabalha você conhece? * Marque todas que se aplicam.

- Escolas e/ou creches
- Igrejas
- Praças
- Associação de moradores, clube de mães
- CRAS, CREAS
- Conselho tutelar
- ONG, OSC
- Não conheço nenhum dispositivo.

Outro:

29. Se não conhece nenhum, por quê?

30. Alguma ação/atividade é realizada entre a sua equipe e esses dispositivos/equipamentos?

- SIM
- NÃO
- Explique sua resposta.

31. Espaço aberto para comentar sua opinião em relação à questão anterior.

32. Você já participou de alguma ação/atividade nestes locais? *

- SIM
- NÃO
- Comente

33. Espaço aberto para comentar sua opinião em relação à questão anterior.

34. Você considera importante esse tipo de ação/atividade? *

- SIM
- NÃO
- Comente

35. Espaço aberto para comentar sua opinião em relação à questão anterior.

PRECEPTORIA DE ESTAGIÁRIOS E RESIDENTES

Essa etapa tem como objetivo conhecer as particularidades e o funcionamento da integração ensino-serviço. Serão apresentadas questões objetivas e dissertativas.

36. Você tem experiência nos processos de Preceptoria/ Supervisão de ESTAGIÁRIOS?

- Sim

- Não, mas tenho interesse
 - Não, e não tenho interesse
37. Se possui experiência em preceptoria/Supervisão de ESTAGIÁRIOS, assinale por quanto tempo:
- Menos de 6 meses
 - Até 1 ano
 - Até 2 anos
 - Até 3 anos
 - Até 4 anos
 - Até 5 anos
 - Mais de 5 anos
38. Se não tem interesse, por quê? (Aceita-se múltiplas seleções) *
- Não se aplica
 - Carga Horária, indisponibilidade de tempo
 - Falta de bolsa/incentivo
 - Falta de oportunidade
 - Falta de estrutura
 - Outro
39. Se marcou "OUTRO" na pergunta anterior, descreva:
40. Você tem experiência nos processos de Preceptoria/ Supervisão de RESIDENTES?
- Sim
 - Não, mas tenho interesse
 - Não, e não tenho interesse
41. Se possui experiência em preceptoria/Supervisão de RESIDENTES, assinale por quanto tempo:
- Menos de 6 meses
 - Até 1 ano
 - Até 2 anos
 - Até 3 anos
 - Até 4 anos
 - Até 5 anos
 - Mais de 5 anos
42. Se não tem interesse, por quê? (Aceita-se múltiplas seleções) *
- Não se aplica
 - Carga Horária, indisponibilidade de tempo
 - Falta de bolsa/incentivo
 - Falta de oportunidade
 - Falta de estrutura
 - Outro
43. Se marcou "OUTRO" na pergunta anterior, descreva:

44. Identifica diferenças no processo de Preceptorial/ Supervisão de estagiários e residentes?
- SIM
 - NÃO
 - Por quê?
45. Espaço aberto para comentar sua opinião em relação à questão anterior.
46. Na sua opinião, é necessário que sejam realizados momentos de educação/formação em saúde para as equipes que irão receber estagiários e residentes?
- SIM
 - NÃO
 - Por quê?
47. Espaço aberto para comentar sua opinião em relação à questão anterior.
48. Quais temas sugere para serem abordados em momentos de qualificação?
49. Você pode/poderia contribuir para a educação/formação dos estagiários?
- SIM
 - NÃO
 - De que forma
50. Espaço aberto para comentar sua opinião em relação à questão anterior.
51. Você pode/poderia contribuir para a educação/formação dos residentes? *
- SIM
 - NÃO
 - De que forma?
52. Espaço aberto para comentar sua opinião em relação à questão anterior.
53. Os estagiários podem contribuir ou contribuem com os serviços?
- SIM
 - NÃO
 - De que forma
54. Espaço aberto para comentar sua opinião em relação à questão anterior.
55. Os residentes podem contribuir ou contribuem com os serviços?
- SIM
 - NÃO
 - De que forma
56. Espaço aberto para comentar sua opinião em relação à questão anterior.
57. Quais as competências profissionais que você considera importante para o processo de formação e trabalho na área da saúde?
58. Você conhece as Diretrizes do SUS? *
- Sim
 - Não
59. Poderias citar algumas políticas de saúde que conhece?

60. Conhece programas de saúde desenvolvidos na sua unidade? *

61. Realiza atividades em equipe? *

- Sim
- Não
- Não sei
- Não desejo responder

62. Se realiza, poderia citar quais? *

63. Se não realiza, por quê? *

64. Realiza atividades interdisciplinares? *

- Sim
- Não
- Não sei
- Não desejo responder

65. Se realiza, poderia citar quais? *

66. Se não realiza, por quê? *

67. Caso queira, podes registrar alguma opinião/ consideração em relação a pesquisa.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos você para participar dessa pesquisa intitulada “PERFIL DOS TRABALHADORES DA SAÚDE DOS DISTRITOS CENTRO E GLÓRIA, CRUZEIRO, CRISTAL DE PORTO ALEGRE - RS”. O objetivo dessa pesquisa é identificar o perfil dos trabalhadores e caracterizar os campos de ensino e aprendizagem das gerências Centro e Glória, Cruzeiro e Cristal da rede de saúde de Porto Alegre para propor meios de qualificação da integração ensino-serviço.

Para atingir o objetivo proposto será utilizado um questionário online, composto por questões, algumas objetivas e de múltipla escolha e outras descritivas, que estão relacionadas à sua formação e aos processos de trabalho. O tempo estimado para sua realização é de 20 a 30 minutos.

Essa pesquisa está vinculada ao programa de extensão “Observatório de Formação e Trabalho em Saúde” cuja pesquisadora responsável é a Profa. Dra. Vanessa Maria Panozzo Brandão. Fornecemos o endereço de e-mail

(vanessa.panozzo@ufrgs.br) e o telefone 51.992182209 para que você possa entrar em contato conosco. Também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, localizado na Av. Paulo Gama, 110, Sala 311, Prédio Anexo I da Reitoria - Campus Centro, Porto Alegre/RS; Telefone: (51) 3308 3738; E-mail: etica@propesq.ufrgs.br.

Ao participar da pesquisa você poderá contribuir com a construção do conhecimento sobre o perfil profissional que realiza a atenção em saúde nos territórios, bem como sobre a gestão dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Os resultados do presente estudo serão divulgados em meio científico apenas de forma agrupada, impossibilitando a sua identificação pessoal. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Da mesma forma, o consentimento de participação na pesquisa não retira os direitos previstos nos termos da Lei (artigos 927 a 954 da Lei 10.406/2002 e nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/2012 e 510/2016).

Sua participação é voluntária e apresenta risco considerado mínimo devido a pequena possibilidade de constrangimento frente à situação de responder às perguntas dos questionários, e ao tempo necessário para sua realização, caso ocorra este tipo de situação, você poderá abandonar o preenchimento desse formulário. Além disso, você poderá deixar de responder questões, retirar seu consentimento, ou interromper a participação a qualquer momento, sem que haja prejuízos. Após o preenchimento e envio você receberá por e-mail a via deste formulário, com a resposta escolhida. Salve este e-mail e caso surja alguma dúvida ou necessidade, entre em contato através dos números de telefone ou e-mails disponibilizados.

Para garantir o sigilo, a privacidade e a confidencialidade, os dados serão acomodados em uma planilha de excel no computador pessoal da mestrande (protegido por senhas de acesso, tanto o arquivo quanto o computador) e ficarão sob sua guarda. Após a realização da pesquisa tais planilhas em excel serão destruídas com uso de ferramentas específicas, pelo uso de programas como o DBAN® ou o Hard Drive Eraser® (download gratuito) que apagam tudo do HD e evitam que os dados sejam recuperados.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Tendo lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido acima, escolha como quer proceder:

Após ser devidamente informado sobre a pesquisa, declaro ser maior de 18 anos e decido participar voluntariamente dela, concordando com seus termos.

Não quero participar dessa pesquisa ou sou menor de idade.