

Matriz de competências interprofissionais nas residências multiprofissionais em saúde: construção de uma proposta

Matrix of interprofessional competencies in multiprofessional health residencies: construction of a proposal

Matriz de competencias interprofesionales en residencias multiprofesionales de salud: construcción de una propuesta

Sâmara Fontes Fernandes^a 

Rodrigo Jacob Moreira de Freitas^b 

Isadora Lorena Alves Nogueira^c 

Lucas Souza Leite^b 

Rafael Jeremias de Aquino Nunes^d 

Maria Rocineide Ferreira da Silva^a 

Como citar este artigo:

Fernandes SF, Freitas RJM, Nogueira ILA, Leite LS, Nunes RJA, Silva MRF. Matriz de competências interprofissionais nas residências multiprofissionais em saúde: construção de uma proposta. Rev Gaúcha Enferm. 2024;45:e20230243. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2024.20230243.pt>

RESUMO

Objetivo: Construir uma matriz de competências interprofissionais produzidas nas Residências Multiprofissionais em Saúde no interior do Rio Grande do Norte.

Método: Estudo qualitativo, com método dedutivo para teorização e construção da matriz de competências. Organizou-se em três fases: fase teórica, de campo e analítica. Desenvolvido nas residências multiprofissionais do interior do nordeste brasileiro, com uma amostra de 41 sujeitos: 30 discentes, 06 preceptores, 04 docentes e 01 gestor municipal de saúde. Utilizou-se como técnicas de coleta de dados grupo focal e entrevista, realizadas no período de novembro de 2022 a agosto de 2023. Aplicou-se análise temática dedutiva. Todos os princípios éticos foram respeitados.

Resultados: A matriz foi organizada a partir de três níveis de competências: comuns, orientadoras da profissão e colaborativas. É demonstrada a partir de um quadro que organiza o tipo de competência, os discursos dos entrevistados e as competências identificadas no estudo, sendo guiada pela literatura internacional.

Conclusão: Foi possível a construção da matriz de competências interprofissionais. Evidencia-se que a matriz prevê um perfil profissional contemporâneo, demonstrando as necessidades de melhorias à reorientação profissional na perspectiva interprofissional, a fim de atender a este novo perfil profissional.

Descritores: Relações interprofissionais. Educação interprofissional. Competência profissional. Formação profissional em saúde. Residência em saúde.

ABSTRACT

Objective: Build a matrix of interprofessional skills produced in Multiprofessional Health Residencies in the interior of Rio Grande do Norte.

Method: Qualitative study, with a deductive method for theorization and construction of the skills matrix. It was organized into three phases: theoretical, field and analytical phase. Developed in multi-professional residencies in the interior of northeastern Brazil, with a sample of 41 subjects: 30 students, 06 preceptors, 04 teachers and 01 municipal health manager. Focus group and interview data collection techniques were used, carried out from November 2022 to August 2023. Deductive thematic analysis was applied. All ethical principles were respected.

Results: The matrix was organized based on three levels of competencies: common, professionally-oriented and collaborative. It is demonstrated using a table that organizes the type of competence, the interviewees' speeches and the competences identified in the study, being guided by international literature.

Conclusion: It was possible to construct the interprofessional skills matrix. It is evident that the matrix foresees a contemporary professional profile, demonstrating the need for improvements to professional reorientation from an interprofessional perspective, in order to meet this new professional profile.

Descriptors: Interprofessional relationships. Interprofessional education. Professional competence. Professional training in health. Health residency.

RESUMEN

Objetivo: Construir una matriz de habilidades interprofesionales producidas en Residencias Multiprofesionales de Salud en el interior de Rio Grande do Norte.

Método: Estudio cualitativo, con método deductivo para la teorización y construcción de la matriz de habilidades. Se organizó en tres fases: teórica, de campo y analítica. Desarrollado en residencias multiprofesionales del interior del nordeste de Brasil, con una muestra de 41 sujetos: 30 estudiantes, 06 preceptores, 04 docentes y 01 gestor municipal de salud. Se utilizaron técnicas de recolección de datos de grupos focales y entrevistas, realizadas desde noviembre de 2022 hasta agosto de 2023. Se aplicó análisis temático deductivo. Se respetaron todos los principios éticos.

Resultados: La matriz se organizó en base a tres niveles de competencias: común, profesional y colaborativa. Se demuestra mediante una tabla que organiza el tipo de competencia, los discursos de los entrevistados y las competencias identificadas en el estudio, guiándose por la literatura internacional.

Conclusión: Fue posible construir la matriz de habilidades interprofesionales. Es evidente que la matriz prevé un perfil profesional contemporáneo, demostrando la necesidad de mejoras en la reorientación profesional desde una perspectiva interprofesional, para atender a este nuevo perfil profesional.

Descriptores: Relaciones interprofesionales. Educación interprofesional. Competencia profesional. Formación profesional en salud. Residencia de salud.

^a Universidade Estadual do Ceará. Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Fortaleza, Ceará, Brasil.

^b Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Departamento de Enfermagem. Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte, Brasil.

^c Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

^d Faculdade Evolução Alto Oeste Potiguar. Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A Educação Interprofissional (EIP) surgiu no Reino Unido em 1966. Baseia-se nos pressupostos da interprofissionalidade e busca a superação da educação uniprofissional desarticulada com a prática, tendo em vista a inevitabilidade de resposta às complexas necessidades da população que excedem a capacidade de qualquer profissão atuando isoladamente⁽¹⁻²⁾.

Para o autor⁽³⁾, a EIP se caracteriza pelo ensino de mais de duas profissões aprenderem juntas e de maneira integrada, desenvolvendo habilidades para o trabalho em equipe e colaboração profissional, com objetivo em comum de desenvolver um cuidado integral ao paciente e melhorar a qualidade de atenção à saúde. No entanto, a mera exposição dos discentes ao processo formativo baseado na EIP não fundamenta o desenvolvimento dessa modalidade educativa⁽⁴⁻⁵⁾.

Acredita-se que a partir da aprendizagem interprofissional, pode-se assegurar a transformação dos saberes em competências interprofissionais. Entende-se competência como a capacidade de realizar tarefas em situações específicas, ou seja, é um conjunto de conhecimentos, atitudes e habilidades que permitem desempenhar determinadas tarefas relacionadas a um cargo específico. Está relacionada a uma inteligência prática e a qualificações necessárias a uma função. Deve produzir valor social para o indivíduo e valor econômico para a organização⁽⁵⁻⁶⁾.

Nos cursos de graduação e pós-graduação em saúde, busca-se desenvolver competências gerais e específicas durante o percurso acadêmico. A primeira é reconhecida como habilidades necessárias a todo profissional de saúde, independente da sua formação. Já a segunda se refere às habilidades técnico-científicas, ético-políticas e socioeducativas específicas do processo de trabalho de cada categoria profissional⁽⁷⁻⁸⁾. Estes conceitos são assumidos como norteadores deste artigo.

Quando o processo formativo é guiado pelos pressupostos da EIP, também se faz necessário o desenvolvimento de competências colaborativas, as quais estão relacionadas aos valores e habilidades para produzir uma prática interprofissional, com clareza de papéis, responsabilidades compartilhadas, comunicação eficaz e trabalho em equipe⁽⁹⁾.

Acerca das competências colaborativas, é importante ressaltar que há várias proposições de domínios de competências na literatura, as quais se complementam e discutem entre si acerca da EIP. Segundo o *Interprofessional Education Collaborative Expert Panel* (IPEC)⁽⁷⁾, existem quatro domínios necessários à consolidação das competências interprofissionais, sendo: 1-Valores/Ética para a prática interprofissional; 2-Funções e Responsabilidades; 3-Comunicação interprofissional e; 4-Trabalho em equipe⁽⁷⁾. Já para o *Canadian*

Interprofessional Health Collaborative (CIHC) as competências interprofissionais, consistem em: comunicação interprofissional; o cuidado centrado no paciente; família e comunidade; clareza de papéis profissionais; dinâmica de funcionamento da equipe; resolução de conflitos interprofissionais e liderança colaborativa⁽⁹⁾. Tais domínios são amplamente utilizados na formação em saúde como eixos norteadores à formação de competências colaborativas nos profissionais de saúde no âmbito nacional e internacional, atuando como elementos essenciais para a qualidade na atenção à saúde e como critérios avaliativos para os currículos integrados baseados em competências⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Vale salientar que os domínios de competências fomentados por IPEC⁽⁷⁾ e CIHC⁽⁸⁾ são os mais utilizados e recomendados na literatura internacional como padrão-ouro para formação interprofissional em saúde e, por isso, são essenciais no aprimoramento de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores para as práticas colaborativas interprofissionais, podendo ser aplicados em diferentes contextos⁽⁹⁻¹⁰⁾. Para este estudo, utiliza-se da discussão presumida por IPEC⁽⁷⁾, visto a melhor organização das competências em categorias de maneira mais ampla e relação mais pertinente com a proposta da pesquisa.

Desse modo, os cursos guiados por um currículo integral baseado em competências, tendem a priorizar a capacidade de realização da ação e o atendimento das necessidades reais, e não somente o acúmulo de conhecimentos, além de melhorar a performance dos profissionais em saúde e ampliar a capacidade de resposta dos mesmos frente aos complexos problemas de saúde atuais⁽¹¹⁻¹²⁾.

A EIP desenvolve um processo ensino-aprendizagem planejado de maneira interprofissional e baseado em um sistema de competências específicas, comuns e colaborativas⁽¹³⁾, as quais fortalecem a formação de profissionais aptos ao trabalho em equipe, respeitando as identidades profissionais e os limites existentes entre elas⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

No Brasil, alguns cursos já adotam o currículo integrado fundamentado na EIP, como é o caso de seis cursos de graduação da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) da Baixada Santista. Enquanto outros já lançam a proposta e avançam na implantação de cursos de Bacharelados Interdisciplinares em Saúde (BIS), como na Universidade Federal da Bahia (UFBA), Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) e Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)⁽¹⁶⁾.

Embora as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) sejam espaço propício ao desenvolvimento da EIP, na prática não se sabe se esse modelo de aprendizagem se consolida e quais competências básicas são construídas durante o processo formativo interprofissional. Visto que, nos Planos

Pedagógicos dos Cursos (PPC) das RMS do interior do Rio Grande do Norte, há uma aproximação com a educação interprofissional como eixo norteador pedagógico da formação, sendo fomentado o desenvolvimento de competências comuns, específicas e colaborativas nos cursos, buscando fortalecer a prática interprofissional⁽¹²⁾. Assim, têm-se como questão norteadora desta pesquisa: Quais competências profissionais são desenvolvidas na prática pelos estudantes nas Residências Multiprofissionais em Saúde?

Existem muitos estudos descritivos⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ que discutem sobre a formação nas RMS. No entanto não são encontradas pesquisas que indiquem as competências desenvolvidas por residentes nesses cursos de pós-graduação, demonstrando uma lacuna no conhecimento. Vale salientar a importância de reconhecer as competências formadas como um termômetro para a avaliação da formação em saúde e como consequência deste processo formativo, visto que a educação interprofissional é uma realidade eminente e por isso se faz necessário identificar o seu desenvolvimento nos cursos e a capacidade de formar competências reais nos discentes, pressupondo que os mesmos serão trabalhadores em saúde e colocarão em prática esses princípios.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo consistiu em construir uma matriz de competências produzidas nas Residências Multiprofissionais em Saúde no interior do Rio Grande do Norte.

■ MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, que se utiliza do método dedutivo para teorização e construção da matriz de competências interprofissionais a partir das experiências dos atores sociais da residência. Utilizou-se de teorias e categorias já estabelecidas *a priori*, servindo de fundamentação científica e fio condutor para a pesquisa⁽¹⁹⁾. O método é adequado por partir da hipótese da educação interprofissional presente nas residências multiprofissionais até chegar aos dados particulares, predizendo e verificando a ocorrência desse fenômeno no contexto estudado, auxiliando na construção de uma matriz de competências interprofissionais.

O estudo avança ao propor uma matriz mais adequada ao contexto particular, visto que ainda há dificuldades de se vislumbrar a interprofissionalidade, apesar de domínios e competências já existentes. Acredita-se que uma matriz mais próxima da realidade possa estimular os sujeitos na utilização e concretização da educação interprofissional na prática. Apesar de partir do geral para um contexto particular,

essa matriz possibilita que pesquisas indutivas, que partam de experiências particulares, possam formar novas generalização e teorizações sobre o fenômeno, alimentando o avanço científico na área.

Desse modo, a pesquisa teórica é utilizada para agregar informações e expandir os saberes de uma disciplina para melhorar sua compreensão, criar e refinar uma teoria⁽¹⁹⁾. Organizou-se em três fases: fase teórica, de campo e analítica. A fase teórica, na qual se utilizou o referencial teórico^(9;12;20), indica domínios e competências necessárias à consolidação da EIP e articulou-se com os dados oriundos da etapa de campo. Nesta fase, também foram analisados os planos pedagógicos dos cursos (PPC) das residências, os quais demonstraram ser guiados por princípios da educação interprofissional e interprofissionalidade, além de inferir a construção de competências interprofissionais durante o processo formativo⁽¹²⁾.

Para a construção da Matriz de competências, utilizou-se, principalmente, do referencial⁽⁹⁾, partindo de três categorias definidas *a priori*: competências comuns, específicas e colaborativas. Para o presente artigo, entende-se por competência comum: as habilidades necessárias a todo profissional de saúde, aquelas partilhadas entre todos os membros de uma equipe; competência específica: as atribuições específicas do processo de trabalho de cada categoria profissional, sob a visão disciplinar, ou seja, habilidades técnico-científicas especializadas e; competência colaborativa: aquelas relacionadas aos valores e habilidades para produzir uma prática interprofissional, também partilhadas por todos os membros da equipe de saúde^(8;9;21).

Seguiram-se as recomendações do *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) para a redação do artigo.

Local de pesquisa e definição da amostra

Para a fase de campo, inseriu-se nas Residências Multiprofissionais do interior do Rio Grande do Norte (RN), para explorar o fenômeno estudado. Identificou-se em todo o território do RN um total de 08 Programas de Residência Multiprofissionais em Saúde (PRMS) direcionados a diversas áreas de atuação, vinculadas à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) e sediadas em quatro municípios: Natal, Santa Cruz, Caicó e Mossoró.

No entanto, vislumbrando a interiorização da formação em saúde na perspectiva da pós-graduação *lato sensu* dos PRMS, optou-se por trabalhar com os programas que estão situados em cidades no interior do RN. Portanto, como local da pesquisa, foram incluídos 04 PRMS que atendem

a este critério, sendo: PRMS em Saúde da Família UERN/Mossoró, PRMS em Saúde Materno-Infantil UFRN/Santa Cruz, PRMS em Atenção Básica UFRN/Caicó e PRMS em Saúde Materno-Infantil UFRN/Caicó.

Todos os programas de residência elencados são destinados às seguintes categorias de profissões da saúde: enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, odontologia, serviço social e psicologia. São vinculadas às IES e desenvolvidas em parceria com as secretarias municipais de saúde (SMS) e serviços de assistência à saúde, ofertando, de maneira anual, vagas que variam entre 10 a 24 vagas gerais e divididas por categoria, a depender do edital de seleção. Possuem carga horária total de 5.760 horas, sendo cumpridas 60 horas semanais e tendo duração mínima de 2 anos⁽¹²⁾. As residências estão localizadas na região do alto-oeste potiguar, Seridó e médio oeste, as quais são regiões de saúde importantes no estado do RN, tanto na área da saúde quanto da educação.

Destaca-se que todos os programas de residência se situam no interior do Rio Grande do Norte, estado localizado no interior do Nordeste brasileiro, que possui área total de 52 809,601 km², 167 municípios e 3,3 milhões de habitantes, sendo o sétimo estado mais populoso do Brasil e o segundo melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Nordeste. Faz divisa com municípios da Paraíba e Ceará, tendo uma localização geográfica estratégica, principalmente para a oferta de bens e serviços e estabelecimento de parcerias interinstitucionais.

No quesito Educação Superior, a UFRN e UERN são as universidades mais antigas e importantes do estado e onde estão localizadas os PRMS estudados. A UFRN localiza-se em Natal e conta com alguns campi nas cidades de Macaíba, Caicó, Santa Cruz e Currais Novos. Oferece, entre cursos de graduação e pós-graduação, mais de 200 oportunidades de capacitação. Sua comunidade acadêmica é formada por mais de 43.000 estudantes e cerca de 5.500 servidores, entre técnico-administrativos e docentes efetivos, além dos professores substitutos e visitantes. Já a UERN é sediada em Mossoró e conta com campi nas cidades de Assú, Pau dos Ferros, Patú e Caicó, além dos núcleos avançados em Alexandria, Areia Branca, Apodi, Caraúbas, João Câmara, Macau, Nova Cruz, Santa Cruz, São Miguel, Touros e Umarizal. Oferta 65 cursos de graduação presencial e mais de 22 cursos de pós-graduação descentralizados em todos os campi e núcleos avançados, já formou em torno de 55.743 profissionais graduados em nível superior. Portanto, ambas as instituições exercem um impacto educacional e de desenvolvimento regional, sendo responsáveis pela qualificação profissional da grande maioria dos profissionais localizados no estado.

O estudo contou com a participação de 41 participantes, organizados em quatro segmentos. Sendo: Segmento I, com

30 discentes de todos os PRMS pré-estabelecidos; Segmento II, com 06 preceptores; Segmento III, com 04 docentes e; Segmento IV, com 01 gestor das secretarias municipais de saúde parceiras do PRMS. Os grupos foram formados conforme os pressupostos acerca do processo formativo emergiam e precisavam ser verificados.

A delimitação dos participantes foi guiada pela amostragem teórica e, por isso, foi construída no decorrer da coleta e análise de dados, não partindo de uma delimitação de amostra em específico. A amostragem foi realizada por intenção, considerando que os grupos participantes selecionados possuem aproximação com o objeto de estudo e por isso representam a população total⁽²¹⁾. Assim, a amostra foi construída no decorrer da pesquisa e não houveram recusas.

Como critérios de inclusão, elencou-se: 1-Ser residente do segundo ano de curso, visto que são discentes com mais vivências no processo formativo e maior entendimento dos objetivos do curso diante da eminência da finalização da residência; 2-Ser docente ou preceptor, com, no mínimo, um ano de vinculação ao programa, visto a apropriação do PPC e maior adaptação e entendimento do curso; 3-Ser gestor de saúde dos municípios que sediam os programas, com, no mínimo, um ano de atuação, já que as pactuações dos programas de residência sempre ocorrem com, pelo menos, um ano de antecedência e; 4-Ter mais que 18 anos de idade. Como critério de exclusão adotou-se: 1-Sujeitos em afastamento de atividades laborais; 2-Sujeitos que demoraram mais de três meses para retornarem contato da pesquisadora e; 3-Sujeitos que faltaram à marcação das entrevistas, por três vezes.

Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de ética (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), e aprovada sob parecer nº 5.535.110 e CAAE nº 58810422.5.0000.5534. Assim, as atividades de coleta de dados foram iniciadas apenas após a divulgação do parecer favorável deste CEP. Como forma de preservar o anonimato dos participantes, todas as entrevistas foram classificadas apenas como grupo amostral e ordem numérica aleatória, como por exemplo, Discente 01, Preceptor 01 etc.

Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2022 a agosto de 2023, de maneira presencial e/ou *online*, conforme interesse e disponibilidade dos participantes. O convite para participar da pesquisa se deu através de *e-mail* institucional, fornecido pelos coordenadores das

residências. Após o primeiro contato, foram enviados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e recolhidas as assinaturas.

Para as entrevistas *online*, realizada via Google Meet®, foi solicitado aos participantes que ficassem em uma sala reservada e silenciosa, para garantir a privacidade e qualidade das informações; As entrevistas presenciais foram desenvolvidas nas sedes dos programas de residência, em sala privativa destinada a reuniões, com cadeiras e ar condicionado, ambas modalidades com horário agendado previamente com os entrevistados. As entrevistas aconteceram estando presentes na sala apenas entrevistador e entrevistados, conduzidas pela pesquisadora principal do estudo, doutoranda à época, que já tinha experiência no tipo de coleta e análise de dados mediante treinamento nos grupos de pesquisa e mestrado, para minimizar os vieses possíveis na coleta de dados. Além disso, não havia relação prévia da entrevistadora com os participantes da pesquisa.

Inicialmente, realizou-se a técnica de Grupo Focal (GF). Realizaram-se dois GF. Um com o PRMS em Saúde da Família de Mossoró e o outro com a participação do PRMS em Saúde da Família e Saúde Materno-Infantil de Caicó. Os participantes dos grupos focais tinham um perfil semelhante, sendo constituído de homens e mulher jovens, sem prevalência de gênero, entre 20 a 35 anos, a maioria cursando seu primeiro curso de residência e com representantes de todas as categorias profissionais.

Utilizou-se de um roteiro norteador construído de acordo com o referencial teórico com quatro questões centrais que foram disparadas pelo moderador: 1- O que você compreende por Educação Interprofissional em Saúde?; 2-Como você avalia seu processo formativo na residência multiprofissional a partir da ótica da interprofissionalidade?; 3-Como você percebe os feitos do PRMS na produção do cuidado neste território e nos serviços de saúde nos quais vocês estão inseridos?; 4-Quais as principais competências e habilidades formadas ao longo do processo formativo no PRMS?. Tais questões permitiram o diálogo livre sobre o assunto e a expressão de sentimentos e representações individuais e coletivas e duraram em média 150 minutos cada GF.

A posteriori, os docentes, preceptores e gestores de saúde foram convidados a participar da pesquisa. O perfil dos entrevistados já foi um pouco diferente dos discentes, visto que foi formado, majoritariamente, por mulheres na faixa etária entre 35 a 60 anos, de todas as categorias profissionais. Desse modo, realizaram-se entrevistas semiestruturadas individuais guiadas por um roteiro norteador, para docentes e preceptores, com os seguintes questionamentos: 1-Qual seu papel dentro da residência multiprofissional?; 2-Como

é organizado o seu processo de trabalho na residência?; 3- Como você avalia o processo formativo na residência multiprofissional a partir da ótica da interprofissionalidade?; 4-Como você percebe os feitos do PRMS na produção do cuidado neste território e nos serviços de saúde nos quais vocês estão inseridos?; 4-Quais as principais competências e habilidades formadas ao longo do processo formativo no PRMS?. E para os gestores de saúde, o seguinte roteiro: 1-Qual o papel da gestão de saúde no gerenciamento do PRMS?; 2-Como a gestão municipal se articula com a instituição formadora da RMS?; 3-Quais estímulos ou estratégias a gestão municipal delimita para fortalecimento do PRMS?; 4-Como você percebe os feitos do PRMS na produção do cuidado neste território e nos serviços de saúde nos quais vocês estão inseridos?. As entrevistas individuais duraram em média 36 minutos cada uma.

Toda a coleta de dados foi gravada por meio de gravadores digitais, transcritas e analisadas. Durante as entrevistas, foi realizado um diário de campo com notas sobre impressões, falas marcantes e conceitos utilizados. Essas anotações foram agregadas às falas das entrevistas, de modo a esclarecer algumas situações. As observações registradas no diário foram retomadas e compuseram reflexões na análise dos dados. A coleta de dados foi encerrada quando se atingiu a saturação teórica e não houve devolutiva dos resultados participantes.

Tratamento e análise dos dados

Utilizou-se da análise temática dedutiva para a construção da matriz, visto que já havia categorias pré-estabelecidas, em cujos dados buscou-se identificar os achados que se encaixavam e melhor explicavam os conceitos⁽²²⁾. As categorias pré-definidas facilitaram a análise ao estabelecer regras claras e uma estrutura para agrupar as informações, identificando padrões e tendências presentes na realidade que condiziam com o estabelecido pela literatura.

A fase de campo integrou a análise teórica aos dados empíricos referentes ao fenômeno no contexto em que se manifestava (a formação nas residências multiprofissionais a partir das entrevistas com os atores). Seguiram-se as seguintes etapas: transcrição das entrevistas e leitura dos dados; codificação, na qual foi gerada 1004 códigos; busca por temas por meio de códigos, na qual foram identificados 335 temas que emergiram dos dados; revisando temas, com os quais foi realizado agrupamento, consolidando-os em 120; aperfeiçoamento do tema. Os mesmos foram organizados conforme as categorias temáticas, já definidas conforme a literatura internacional, e classificados como definidos a priori; e, por fim, análise final dos trechos selecionados ou produção do relatório final⁽²³⁾. O refinamento dos temas

se deu após exercício crítico-reflexivo da pesquisadora, estabelecendo relações entre as competências e domínios apontados pelo referencial teórico e como esse fenômeno aparecia nos dados coletados. Essa estrutura pré-definida foi crucial para a verificação da educação interprofissional no contexto estudado e elaboração da matriz proposta.

Não foi utilizado nenhum *software* para processamento dos dados. Essa opção foi feita devido à crença dos autores na importância do exercício interpretativo e teórico nas pesquisas qualitativas. Para garantir confiabilidade e validade interna, autores doutores, mais experientes, auxiliaram no desenvolvimento da pesquisa e interpretação dos dados. Além disso, foi feita leitura minuciosa, repetidas vezes, do material analisado, para garantir fidedignidade dos dados. Os resultados não foram apresentados aos participantes e, por isso, não houve *feedback* e não foi realizada a verificação com os participantes, o que aponta uma limitação do estudo quanto à validade externa.

Assim, ao final, organizou-se dentro das categorias de competências, previamente estabelecidas, as habilidades que emergiram na fala dos participantes⁽⁴⁻²²⁾. E, na fase analítica final, realizaram-se a comparação entre os dados resultantes da fase teórica inicial e as observações empíricas, sendo o produto final a apresentação da proposta da Matriz de competência⁽²⁴⁾.

A partir da síntese entre a literatura e o referencial teórico utilizado, emergiram as falas dos participantes, as quais foram classificadas em competências específicas gerais e colaborativa, construindo a proposição de uma matriz de competências interprofissionais dos residentes e seus comportamentos associados, sendo guiados à luz da literatura⁽⁷⁻¹⁴⁾.

■ RESULTADOS

Considerando os dados da pesquisa na qual os participantes foram identificados apenas pelo grupo amostral e em ordem numérica aleatória, não sendo possível identificá-los, fez-se necessário reconhecer qual o papel do ator social na residência. Identificou-se o conjunto de competências comuns, orientadoras de profissão e colaborativas que embasaram a construção da Matriz de competências interprofissionais desenvolvidas nas Residências Multiprofissionais em Saúde, descritas nos quadros a seguir.

Na categoria das competências comuns emergiram as habilidades compartilhadas entre todos os profissionais de saúde, independente da categoria profissional, como

demonstrado no Quadro 1 a seguir. É importante salientar que as mesmas foram evidenciadas por todos os profissionais de diferentes categorias.

Já nas competências específicas, manifestaram-se as atitudes singulares de cada profissão, ou seja, cada categoria profissional evidenciou as habilidades necessárias e desenvolvidas nas especificidades de sua profissão e, por isso, seria necessária uma matriz de competências específicas para cada profissão. No entanto, diante de limitação dos achados que refletissem todas as competências específicas de cada profissão envolvida nas RMS de maneira detalhada e fidedigna, tais competências foram organizadas de maneira mais geral, sendo reconhecidas como orientadoras das profissões, a mesma é demonstrada no Quadro 2.

E, por fim, as competências colaborativas, as quais foram organizadas em quatro domínios: 1- Valores/Ética para prática interprofissional, que indicou a construção de uma nova identidade profissional baseada em um propósito comum de uma assistência centrada no paciente; 2-Funções e responsabilidades que se referiram ao compromisso do profissional de compreender seu papel e o dos colegas no trabalho em equipe para a prática colaborativa; 3- Comunicação interprofissional que sugere a conversação efetiva entre os membros da equipe para um cuidado integrado e de qualidade e; 4- Equipe e Trabalho em equipe relacionada ao desenvolvimento de habilidade ao trabalho em grupo, visto que estes domínios são indicados como eixos estruturantes para a formação de competências na educação interprofissional pela literatura internacional e, por isso, foi utilizada para organizar esta categoria.

É importante lembrar que apenas as competências colaborativas possuem domínios de análises, visto que é uma organização preconizada pela literatura nacional e internacional. Vale ressaltar que esses domínios são necessários para esclarecer em todos eixos estruturantes a formação de competências colaborativas e não compromete o entendimento e nem a demonstração das competências e, por isso, conforme orientado pela referencial internacional, esses dados foram estruturados dessa forma e apenas nessa matriz, evidenciado no Quadro 3, a seguir.

Desse modo, inferiu-se que a maioria das competências interprofissionais previstas pela literatura foi visualizada nos discursos dos atores sociais e, assim, incluídas na matriz de competências, enquanto aquelas que não foram citadas, provavelmente, não ocorreram e não foram desenvolvidas e, conseqüentemente, não foram incluídas na matriz.

Quadro 1 – Matriz de competências interprofissionais, com foco nas competências comuns, desenvolvidas nas Residências Multiprofissionais em Saúde, Mossoró, RN, Brasil, 2023.

NÍVEL DE COMPETÊNCIA	COMPETÊNCIAS	DISCURSOS
COMPETÊNCIAS COMUNS	Reconhecimento da determinação social no processo saúde-doença da população; Reconhecimento das necessidades sociais e de saúde da população; Reconhecimento dos princípios do SUS como eixos norteadores do cuidado; Reconhecimento da realidade e intervenção no território; Desenvolvimento de Projeto terapêutico singular (PTS); Desenvolvimento de visitas domiciliares e visitas beira-leito; Estabelecimento de vínculo efetivo com os usuários dos serviços de saúde; Produção de um cuidado integral e centrado no paciente; Identificação de pessoas em situações de vulnerabilidade e pessoas vulnerabilizadas; Desenvolvimento de uma prática humanizada;	<i>"[...] a gente começa a fazer uma coisa chamada visita domiciliar de luto... vai toda a equipe para a casa da família... a gente conseguiu acompanhar esse paciente ainda em vida e nesse processo de cuidados a pessoa veio a falecer... E aí a visita domiciliar de luto é justamente chegar nessa família né, e simplesmente sentar e conversar estimular que eles possam falar como está sendo esse processo de luto, como é que eles estão se sentindo." (Discente 15 – GF 01)</i> <i>"É dar um atendimento mais integral ao usuário né... Então quando a gente vê a necessidade, a gente encaminha o colega e... também a gente faz as consultas compartilhadas. Em que, por exemplo, a enfermeira trabalha com a dentista, com nutricionista em uma visita domiciliar, o fisioterapeuta com assistente social, enfim de acordo com a necessidade do usuário a gente vai tentando se complementar né para que facilite esse atendimento ao usuário." (Preceptor 02)</i>

Quadro 2 – Matriz de competências interprofissionais, com foco nas competências orientadoras da profissão, desenvolvidas nas Residências Multiprofissionais em Saúde, Mossoró, RN, Brasil, 2023.

NÍVEL DE COMPETÊNCIA	COMPETÊNCIAS	DISCURSOS
COMPETÊNCIAS ORIENTADORAS DAS PROFISSÕES	Desenvolvimento de atendimentos individuais e específicas da categoria profissional; Desenvolvimento de intervenções em saúde específicas da profissão; Desenvolvimento de técnicas e/ou procedimentos específicos de cada profissão; Acompanhamento do indivíduo sob a perspectiva uniprofissional; Desenvolvimento de discussões de casos entre os profissionais da mesma categoria; Desenvolvimento de autonomia profissional;	<i>"A gente faz muito atendimento compartilhado, mas também atuamos nas nossas especificidades e fazemos coisas da nossa profissão também, sozinhos." (Discente 01 – GF 02).</i> <i>"A preceptoria de núcleo se reúne uma vez por semana, a gente tem 1 dia fixo para reunião da preceptoria e a gente aborda os mais diversos temas no caso na psicologia, especificamente, como a gente não tem psicólogos na unidades, o psicólogo é o residente a gente trata de um tudo (risos)." (Preceptora 04)</i>

Quadro 3 – Matriz de competências interprofissionais, com foco nas competências colaborativas, desenvolvidas nas Residências Multiprofissionais em Saúde, Mossoró, RN, Brasil, 2023.

NÍVEL DE COMPETÊNCIA	DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS	EXEMPLOS DE DISCURSOS
COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS	Valores/Ética para prática interprofissional	Desenvolvimento de atendimentos compartilhados/interconsultas com diferentes profissões; Desenvolvimento de colaboração profissional; Desenvolvimento de uma assistência centrada no paciente, enquanto indivíduo, família e comunidade; Desenvolvimento da capacidade de adaptação frente a situações complexas; Consideram as diferenças individuais existentes entre os profissionais da equipe e pacientes; Estabelecimento de confiança entre profissionais-pacientes e profissionais-profissionais; Gerenciamento de dilemas e conflitos;	<i>“É o que elas estão fazendo agora, os pacientes chegam, elas vão fazer a escuta e qual é a demanda, nesse momento de acolhimento interprofissional, elas conseguem compartilhar entre elas, o que cada um por exemplo, hoje eu tenho uma linguagem, o serviço social tem outra a gente tem visto isso como isso melhora a situação das demandas.” (Gestão 01)</i> <i>“Nós sempre temos em vista a importância das necessidades do paciente, para fazer uma ação centrada no paciente.” (Discente 08 – GF 01)</i>
	Funções e responsabilidades	Desenvolvimento da clareza de papéis profissionais entre todos os membros da equipe; Reconhecimento da importância dos diferentes processos de trabalho envolvidos na assistência à saúde; Reconhecimento dos limites profissionais da sua categoria profissional; Compartilhamento de experiências; Cooperação entre os membros da equipe;	<i>“Vem percebendo que os residentes usa o argumento da educação, do trabalho Interprofissional como... é estratégia, como álibi chamar dessa forma, para fazer tudo junto...E aí nós tivemos uma experiência, várias experiências. É... de residentes que se negaram a fazer atendimentos individuais uniprofissionais, entretanto, sempre orientamos e puxamos a necessidade de reconhecer os limites profissionais e a função de cada um na atenção a saúde.” (Docente 01)</i>
	Comunicação interprofissional	Estabelecem um diálogo mais horizontal e efetivo entre todas as profissões envolvidas no processo; Disponibilidade para a conversação entre as profissões; Comunicação efetiva com os pacientes; Reconhecimento da linguagem técnica das diferentes categorias profissionais; Desenvolvimento da escuta qualificada;	<i>“A gente trabalha muito no quesito de colaboratividade, estabelecer uma comunicação para saber se o paciente ele está em uma rede de cuidado, saber se tem essa visão olhar do paciente como um todo.” (Discente 03 – GF 01)</i> <i>“Um forte que eu vejo é... a comunicação, a forma de você dialogar com a comunidade, entenda, cada um é formado com a sua linguagem que é a linguagem técnica da odontologia, da nutrição e assim por diante...” (Gestão 01)</i>

Quadro 3 – Cont.

NÍVEL DE COMPETÊNCIA	DOMÍNIO	COMPETÊNCIAS	EXEMPLOS DE DISCURSOS
COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS	Equipe e Trabalho em equipe	Desenvolvimento de um trabalho em equipe efetivo; Desenvolvimento de um trabalho integrado entre todas as profissões, inclusive a medicina; Desenvolvimento de discussão de casos coletivos; Desenvolvimento de dinâmicas de grupo envolvendo equipe e pacientes, como grupos terapêuticos; Planejamento de atividades de maneira coletiva; Desenvolvimento de reuniões de equipe.	<i>“Essa discussão de caso que antes só acontecia em atenção básica, agora acontece também em materno infantil, na medicina da família e comunidade e isso porque a gente tem a compreensão que, historicamente, a gente quando avança na discussão interprofissional, essa discussão acontece com as profissões da área da saúde sem a participação da medicina, mas na nossa realidade, há um movimento um interesse para que essa função também vá para a medicina.” (Docente 03)</i> <i>“Quando trabalha com amor, as equipes elas conseguem trabalhar em conjuntos profissionais, eles se completam dentro do cuidado durante a assistência, trabalhamos muito assim, em equipe, residentes e profissionais” (Preceptor 02)</i>

Fonte: Elaboração própria do autor.

■ DISCUSSÃO

As RMS propõem uma integração interdisciplinar em suas ações pedagógicas teóricas e práticas, como modalidade de formação em serviço. Buscam agregar ensino-serviço-comunidade com foco nas necessidades sociais e realidades territoriais, guiando-se pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)⁽²⁵⁾.

Essa articulação entre ensino-serviço-comunidade permite o desenvolvimento de uma aprendizagem no trabalho, o que fortalece o protagonismo dos trabalhadores do SUS, estimula uma maior autonomia profissional, promove processos socioeducativos críticos, transformando a realidade local e estimulando o desenvolvimento de competências profissionais⁽²⁰⁾. Fortalecido nos discursos dos participantes da pesquisa, evidenciando um perfil profissional mais autônomo, crítico e reflexivo.

A construção de competências no processo formativo das RMS deve ser compartilhada na perspectiva de interações multiprofissionais e interdisciplinares, usando dos princípios da aprendizagem interprofissional, pressupondo atividades

de colaboração e integração no trabalho⁽²⁶⁾. Percebe-se que nas RMS estudadas, há uma integração forte entre ensino-serviço-comunidade, com o desenvolvimento de trabalho em equipe de maneira colaborativa.

Segundo o estudo⁽¹¹⁾, a competência é a capacidade de colocar em prática conhecimentos, valores e habilidades necessárias ao desenvolvimento de uma atividade de maneira eficiente, construídas a partir da formação e respondendo às diversas necessidades existentes no contexto do trabalho.

Desse modo, o conceito de competência é polissêmico e se situa na complexidade do trabalho, na reorientação do modelo assistencial e no paradigma sanitário do SUS. Explica as capacidades necessárias para a realização de determinadas atividades técnicas, profissionais e socioculturais. São construídas no decorrer da vida e do trabalho a partir de experiências individuais e coletivas⁽²³⁻²⁶⁾.

Na área da saúde, o ensino baseado em competências é uma das estratégias para transformação da realidade em saúde e reconfiguração do perfil profissional almejado para atuação nos serviços de saúde⁽²⁷⁾. Visto que a atual formação em saúde deve ser comprometida com uma assistência em

saúde integral, com a superação das iniquidades sociais e implicada com as necessidades reais do território⁽²⁴⁾.

Expressando a necessidade de construção de um perfil profissional apto ao trabalho coletivo em uma saúde como prática social, atuando para a integralidade da atenção à saúde de maneira interdisciplinar e interprofissional, efetivando o trabalho em equipe na perspectiva colaborativa e com habilidades para superação de desafios modernos⁽¹²⁻²³⁾.

A pesquisa⁽¹²⁾ indica, por exemplo, que os Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) das RMS se fundamentam em currículos integrados baseados na EIP, indicando, assim, a existência de um processo formativo que consolida a integração ensino-serviço-comunidade e preza pela construção de competências interprofissionais. Em uma análise prévia dos PPC dos cursos de residências, identificou-se a presença dos princípios da EIP e proposições de competências interprofissionais. Portanto, é possível identificar a articulação pedagógica da EIP com os PPC das RMS do interior do Rio Grande do Norte, corroborando com o discurso dos entrevistados, os quais fortalecem a organização do currículo integrado com formação por competência, com múltiplas atividades baseadas em metodologias ativas, as quais fomentam a construção da autonomia do sujeito, mas, para além disso, desenvolve proatividade e maior capacidade de enfrentamento dos problemas, além de instrumentalizar a formação de competências profissionais amplas.

Nesta perspectiva, é necessária a formação de competências comuns, específicas e colaborativas. As competências comuns são, por exemplo: Realizar o cuidado integral à saúde da população; Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local; Participar do acolhimento dos usuários; Realizar atendimento humanizado; Realizar um cuidado individual, familiar e comunitário de maneira integral; Realizar visitas domiciliares; Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe; Realizar atividades de educação permanente e educação continuada, entre outros⁽²⁸⁾. Muitas delas apareceram no discurso dos participantes, com exceção das atividades de educação permanente e continuada que não surgiram como categoria, fortalecendo a ideia de que a maioria das competências comuns aos residentes são construídas de maneira exitosa.

Já as específicas estão relacionadas à categoria profissional, como, por exemplo, na enfermagem, espera-se que o enfermeiro realize a consulta de enfermagem, supervisione as ações do técnico/auxiliar de enfermagem, supervisione o acolhimento etc, enquanto que, para o médico, almeja-se a realização de consultas clínicas, indicação de internação hospitalar, entre outros⁽⁴⁻²⁹⁾.

Muitas competências específicas apareceram no discurso dos participantes, principalmente o desenvolvimento de

autonomia profissional, no entanto o que chama atenção é a maneira que as residências se organizam para construir essas competências, sustentando-se na manutenção dos atendimentos individuais e disciplinares no processo de trabalho dos residentes, com o apoio dos preceptores de núcleo que se reúnem semanalmente com os residentes de sua respectiva disciplina para refinar esses processos e contam com módulos direcionados às discussões disciplinares.

Não foi possível delimitar todas as categorias específicas que emergiram nos dados, visto que as residências são multiprofissionais e contam com várias categorias profissionais, o que implicaria na construção de variadas matrizes para cada núcleo de aprendizagem. Por isso, elencou-se as competências orientadoras das profissões, para que de maneira geral as competências propostas na matriz se aplicassem a qualquer categoria. Mas é evidente que as competências específicas são fortalecidas durante todo o processo formativo.

Nas competências colaborativas, tomou-se como base a pesquisa⁽⁹⁾, que considera a existência de quatro domínios necessários à consolidação das competências interprofissionais, sendo: 1-Valores/Ética para a prática interprofissional; 2-Funções e Responsabilidades; 3-Comunicação interprofissional e; 4-Trabalho em equipe⁽⁹⁾. Durante a análise dos dados, as competências identificadas foram melhor classificadas nesta proposição.

Os achados da pesquisa dialogam de maneira próxima com a literatura internacional⁽⁹⁾, no entanto nem todas as competências esperadas foram evidenciadas nos discursos. Por exemplo, no domínio Valores/ética, a competência mais discutida foi o atendimento compartilhado entre os profissionais, entretanto o respeito, a dignidade e privacidade dos pacientes, a diversidade cultural e a valorização de condutas éticas não foram citadas. Já no domínio Funções e responsabilidades, a definição dos papéis profissionais, seus limites e importância no trabalho em saúde foram discutidas de maneira majoritária pelos participantes, entretanto em nenhum momento emergiu a definição do plano de tratamento dos pacientes e a organização da equipe frente a essa atividade⁽⁷⁾.

Já o domínio Comunicação interprofissional foi amplamente discutido como um eixo estruturante da própria formação, evidenciando as competências relacionadas ao diálogo, linguagem e escuta, mas não foram discutidas as ferramentas utilizadas pelos profissionais para uma comunicação efetiva e nem sobre feedbacks entre os profissionais acerca do seu desempenho do trabalho em equipe. E, por fim, no domínio Equipe e Trabalho em equipe, ficou claro que os profissionais conseguem trabalhar em equipe envolvendo todos os profissionais, utilizando as categorias apropriadas em situações específicas e conseguem descrever a dinâmica

deste processo, no entanto, a presença das lideranças surgiu de maneira indireta em alguns discursos, enquanto que as competências relacionadas ao desempenho individual e da equipe e as estratégias de aumento de eficácia não foram citadas em nenhum momento. Portanto é possível identificar que há a formação das competências colaborativas de maneira geral em todos os residentes, embora ainda existam dificuldades e necessidades de melhorias⁽⁷⁻⁸⁾.

Quando se coloca em prática a construção destes conhecimentos na formação em saúde, percebe-se que os estudantes em nível de pós-graduação apresentam uma maior destreza na formação das competências, maior impacto na prática organizacional e no cuidado ao paciente⁽³⁰⁾. Para além disso, têm ciência das competências e habilidades necessárias ao desenvolvimento do trabalho profissional e em equipe, identificando com clareza os pontos fortes e fragilidades dos cursos, a partir do reconhecimento das competências formadas durante o processo.

Sabe-se que, atualmente, a formação por competência é a tendência para os cursos de saúde, vista a necessidade de mudança do perfil profissional para atender as novas necessidades de saúde e se adequar aos novos processos de trabalho. No entanto, há uma dificuldade de colocar em prática esse modelo formativo devido ao modelo hegemônico do ensino disciplinar, o qual fortalece perfis profissionais ultrapassados e limitados. Entre aqueles que conseguem desenvolvê-lo, é nítida a formação de um perfil profissional mais flexível, autônomo, resolutivo e moderno, apto ao trabalho em equipe⁽¹³⁻¹⁵⁾.

O processo formativo baseado na EIP deve ser direcionado ao aperfeiçoamento de habilidades individuais e coletivas para desenvolver o cuidado centrado no paciente. Fundamentado em experiências de aprendizado que oportunizam dinâmicas grupais, discussões de caso, construção de projetos terapêuticos singulares (PTS) etc, para o fortalecimento da comunicação, confiança e atuação em equipe, que debata ideias, defina objetivos centrais e tarefas, tomem decisões de maneira compartilhada, assumam responsabilidade e gerenciem conflitos⁽⁵⁻¹⁵⁾. Demonstrado em todas as falas dos participantes de todos os programas de residência, mostrando que a EIP atua como fio condutor do processo formativo e que as metodologias indicadas são realmente utilizadas nas RMS⁽²⁰⁻³¹⁾.

Evidências científicas demonstram que profissionais inseridos no campo da EIP são mais capacitados ao trabalho em equipe interprofissional, minimizando a fragmentação do cuidado em saúde, construindo habilidades e competências interprofissionais necessárias ao cuidado em saúde⁽³⁰⁻³²⁾. Vislumbrado nas falas dos participantes, nas quais os discentes demonstram uma maior integração entre eles, além de

uma maior desenvoltura no desenvolvimento do trabalho em equipe interdisciplinar, reconhecendo a importância e a diferença dos papéis de cada profissional de saúde. Para além disso, a inclusão de preceptores e docentes egressos desses programas também fortalecem os princípios formativos e facilitam o trabalho, visto que o perfil profissional dos egressos dessas RMS possui maior destreza no desenvolvimento do trabalho interprofissional e comunicação mais fluida entre os membros da equipe.

Como demonstrado pela pesquisa⁽¹⁹⁾, por exemplo, a qual evidencia que a prática interprofissional colaborativa melhora o enfrentamento de problemas complexos na área da saúde, qualificando a prática profissional e o cuidado integral em saúde. Além de auxiliarem a reestruturação dos serviços de saúde de maneira mais eficiente, requintando a capacidade organizativa e os indicadores de saúde, reduzindo a incidência de eventos adversos associados à atenção à saúde. Ressaltado na coleta de dados, através de falas acerca da importância das residências na transformação da assistência em saúde nos territórios e nos indicadores de saúde municipais.

Para além disso, o próprio trabalho em equipe interprofissional aumenta a sensação de pertencimento, fortalece os vínculos, aumenta o respeito mútuo entre os profissionais, integra o trabalho, melhora a identificação das necessidades de saúde da população e fortalece a construção das habilidades e competências necessárias ao novo perfil do profissional de saúde⁽⁴⁾. Indicando que o desenvolvimento de competências proporciona benefícios para o trabalhador, usuário e sistema de saúde, melhorando a qualidade dos serviços e da atenção à saúde, configurando-se como importante instrumento de aperfeiçoamento profissional⁽³²⁾. O que foi perceptível durante a coleta de dados, visto o vínculo e pertencimento demonstrado pelos atores sociais.

A proposição da matriz de competência interprofissional produzida pelas RMS demonstra com clareza as habilidades produzidas no processo formativo, funcionando como um indicador de qualidade da formação, além de nortear a prática profissional e monitorar a qualidade dos programas de residências. Auxilia na compreensão dos conflitos existentes nas práticas profissionais e nas estratégias para o seu enfrentamento, gerenciando e superando os conflitos na área da saúde.

Para além disso, funciona como um instrumento avaliativo da formação, traçando um diagnóstico fidedigno das competências desenvolvidas nos cursos e que atendem ao perfil profissional exigido e fomentado nos PPC. Por isso é importante ressaltar o impacto da avaliação direta ou indireta de cursos de pós-graduação para garantir a excelência e relevância do sistema acadêmico e o aprimoramento da atenção à saúde⁽³³⁾.

Esta pesquisa poderá contribuir para o processo ensino-aprendizagem e para a atenção em saúde, visto que pode ser utilizada como um instrumento norteador para a formação de futuros profissionais de saúde e pela gestão dos cursos para um melhor desenvolvimento e alinhamento dos programas de residência. Demonstra-se como limitação a ausência de *feedback* dos participantes, o que pode comprometer a validade externa do estudo, e a ausência de avaliação e validação da matriz de competência no meio científico, por meio de juízes e aplicação no referido contexto, que serão realizados a posteriori.

■ CONCLUSÃO

Foi possível a construção de uma matriz de competências interprofissionais desenvolvida nas RMS, sustentada nas competências comuns, orientadoras das profissões e colaborativas esperadas neste processo formativo, atingindo o objetivo da pesquisa. Esta matriz reconheceu as habilidades existentes, evidenciou o avanço da formação em saúde na perspectiva interprofissional, mesmo que com dificuldades e traçou um perfil profissional existente na formação interdisciplinar presentes nas residências.

Pode-se inferir que as residências, mesmo que com dificuldades, avançam na formação interprofissional e conseguem sensibilizar seus atores sociais a trabalhar com a EIP como estratégia de ensino-aprendizagem, sendo capazes de formar competências e habilidades colaborativas, fortalecendo um perfil profissional sensível e apto ao trabalho em equipe.

A construção da matriz de competências fortalece esses achados e pode ser utilizada e replicada em outros estudos de pós-graduação, servindo como um *feedback* importante acerca do perfil de profissionais de saúde formados, contribuindo com a qualificação da prática em saúde.

A pesquisa avançou na discussão acerca da EIP e interprofissionalidade, visto que construiu uma matriz de competência prática inédita e que refletiu a formação em saúde desenvolvida, corroborando com a literatura internacional. Entretanto, nem todas as competências esperadas e indicadas pela literatura foram identificadas nos discursos dos participantes, o que pode estar relacionado às dificuldades no desenvolvimento da EIP no Brasil.

A matriz de competências representa um avanço na construção de um instrumento de avaliação e qualidade da formação em saúde interprofissional, que poderá auxiliar os atores sociais a refletirem e compreenderem o processo formativo, identificando as principais necessidades de mudança. Também oferece subsídios para o gerenciamento dos cursos de residência, para promover a qualidade do ensino, pesquisa e extensão e melhorar o funcionamento dos cursos.

■ REFERÊNCIAS

1. Barr H. Interprofessional education in essence: Cambridge handbook of psychology, health and medicine. 2.ed. 2007.
2. Diggele C, Roberts C, Burgess A, Mellis C. Interprofessional education: tips for design and implementation. BMC Med Educ. 2020;3;20(Suppl 2):455. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02286-z>
3. Lima AWS, Alves FAP, Linhares FMP, Costa MV, Coriolano-Marinus MWL, Lima LS. Percepção e manifestação de competências colaborativas em discentes da graduação em saúde. Rev Latino-Am Enfermagem. 2020;28:e3240. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3227.3240>
4. Freitas CC, Mussatto F, Vieira JS, Bugança JB, Steffens VA, Baêta Filho H, et al. Domínios de competências essenciais nas práticas colaborativas em equipe interprofissional: revisão integrativa da literatura. Interface Comun, Saúde Educ. 2022;26:e210573. <https://doi.org/10.1590/interface.210573>
5. Fleury MTL, Fleury A. Construindo o conceito de competência. Rev Adm Contemp. 2001;5(spe):183-96. <https://doi.org/10.1590/S1415-6552001000500010>
6. Higbea RJ, Elder J, Vander-Molen J, Cleghorn SM, Brew R, Branch K. Interprofessional service-learning definition. J Interprof Care. 2020;34(2):283-6. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1650729>
7. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel (Ipec). Competências essenciais para a prática colaborativa interprofissional: relatório de um painel de especialistas. Washington, DC: Ipec; 2011.
8. Canadian interprofessional health collaborative. A National Interprofessional Competence Framework [Internet]. Vancouver: CIHC; 2010[cited 2023 Oct 20]. Available from: https://www.mcgill-ca.translate.google.com/ipe-curriculum/cihc-framework?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt-BR&_x_tr_pto=sc
9. Costa AR, Batista SHSS, Soares PDFL, Batista NA. Significados da mentoria na formação em saúde no Brasil: uma revisão integrativa. Rev Bras Educ Med. 2021;45:e126. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.supl.1-20210190>
10. Ogata MN, Silva JAM, Peduzzi M, Costa MV, Fortuna CM, Feliciano AB. Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03733. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>
11. Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. J Interprof Care. 1998;12:181-7. <https://doi.org/10.3109/13561829809014104>
12. Fernandes SF, Freitas RJM, Silva MRF, Leite LS, Trigueiro JG, Soares TCM. Elementos da educação interprofissional no currículo das residências multiprofissionais em saúde: estudo documental. Texto Contexto Enferm. 2023;32:202310105. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0105pt>
13. Jung H, Park KH, Min YH, Ji E. The effectiveness of interprofessional education programs for medical, nursing, and pharmacy students. Korean J Med Educ. 2020 Jun;32(2):131-42. <https://doi.org/10.3946/kjme.2020.161>
14. Souza SV, Ferreira BJ, Rossit RAS. Desafios da formação docente em cursos de Enfermagem no norte do Brasil na perspectiva da Educação Interprofissional. Interface-Comun, Saúde, Educ. 2023;27:e220171. <https://doi.org/10.1590/interface.220171>
15. Cavalcante GRRV, Cavalcante RRV, Trindade TG, Oliveira FP, Pessoa TRRF. Residência de medicina da família e comunidade: percepções de egressos sobre sua formação e processo de trabalho. Interface — Comun, Saúde, Educ. 2022;23:e210610. <https://doi.org/10.1590/interface.210610>

16. Lima ICBF, Barboza MAG, Passos ICF. Potential and challenges of training in mental health residency programs carried out entirely in open and community-based services. *Saúde Redes*. 2023;9(1):3820-20. <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2023v9n1.3820>
17. Dantas ESO, Amorim KPC. Aspectos teórico-metodológicos em pesquisa qualitativa em saúde. 2023;28:5. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.15862022>
18. Fernandes SF, Trigueiro JG, Barreto MAF, Carvalho REFL, Silva MRF, Moreira TMM, et al. Interprofessional work in health in the context of the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e20210207. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0207>
19. Walker L, Avant K. Strategies for theory construction in nursing. Pearson. 5ed. 2014.
20. Bernardo MS, Fabrizio GC, Souza ML, Santos TO, Andrade SR. A formação e o processo de trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde como estratégia inovadora. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(6):e20190635. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0635>
21. Andrade BS, Vilela RQB, Riscado JLS. Itinerários formativos na residência multiprofissional em saúde da família: educação e colaboração interprofissional. *Arqui Analít Pol Educ*. 2023;31(39). <https://doi.org/10.14507/epaa.31.7022>
22. Silva GAB, Rossit RAS, Rocha UFL. Prática interprofissional colaborativa na preceptoria da residência multiprofissional em saúde. *Cad Pedag*. 2024;21(3):e3057-e3057. <https://doi.org/10.54033/cadpedv21n3-045>
23. Yang G, Zang X. Development of the professional competence and professional self-concept of undergraduate nursing students during the clinical practice period: a cross-lagged panel analysis. *Nurse Educ Pract*. 2022;63:103360. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103360>
24. Flor TBM, Miranda NM, Sette-de-souza PH, Noro LRA. Análise da formação em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: perspectiva dos egressos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2023;28(01):281-90. <https://doi.org/10.1590/1413-81232023281.11292022>
25. Ministério da Educação (BR), Conselho Nacional de Educação (CNE). Parecer nº CNE/CES 1.133/2001 – Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília: MEC; 2001.
26. Lima VV, Ribeiro EC. Abordagem dialógica de competência: pressupostos e percurso metodológico para a construção de perfis na área da saúde. *Interface – Comun, Saúde, Educ*. 2022;26:e210737. <https://doi.org/10.1590/interface.210737>
27. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Med Teach*. 2016;38(7):656-68. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>
28. Jorge MM, Santos PHF, Cauduro FLF. Design thinking como estratégia para fomento à educação interprofissional em saúde em Instituição de ensino superior. *Interface – Comun, Saúde, Educ*. 2023;27:e220598. <https://doi.org/10.1590/interface.220598>
29. Miranda FBG, Mazzo A, Pereira GA. Avaliação de competências individuais e interprofissionais de profissionais de saúde em atividades clínicas simuladas: scoping review. *Interface – Comun, Saúde, Educ*. 2018;22:1221-34 <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0628>
30. Baecher-Lind L, Fleming AC, Bhargava R, Cox SM, Everett EN, Forstein DA, et al. Enhancing interprofessional collaboration and interprofessional education in women's health. *Med Educ*. 2022;27(1):2107419. <https://doi.org/10.1080/10872981.2022.2107419>
31. Silva BR, Leal LA, Soares MI, Resck ZMR, Silva AT, Henriques AS. Matriz de competências coletivas do enfermeiro na assistência perioperatória. *Rev Enferm UERJ*. 2021;29:e61461-e61461. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.61461>
32. Ribeiro MA. Competências interprofissionais para a gestão do cuidado às condições crônicas na atenção básica à saúde: construção de um instrumento de avaliação [Tese]. Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo, 2022.
33. Pinheiro AKB, Olschowsky A, Fonseca LMM. Advances in the evaluation process of postgraduate studies in nursing. *Rev Gaúcha Enferm*. 2023;44:e20230113. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2023.20230113>

■ **Contribuição de autoria**

Conceitualização: Sâmara Fontes Fernandes, Rodrigo Jacob Moreira de Freitas, Maria Rocineide Ferreira da Silva.

Curadoria de dados: Sâmara Fontes Fernandes, Isadora Lorena Alves Nogueira, Lucas Souza Leite, Rafael Jeremias de Aquino Nunes.

Análise formal: Sâmara Fontes Fernandes, Isadora Lorena Alves Nogueira, Lucas Souza Leite, Rafael Jeremias de Aquino Nunes.

Pesquisa: Sâmara Fontes Fernandes.

Metodologia: Sâmara Fontes Fernandes, Rodrigo Jacob Moreira de Freitas.

Supervisão: Rodrigo Jacob Moreira de Freitas, Maria Rocineide Ferreira da Silva.

Redação do manuscrito original: Sâmara Fontes Fernandes, Rodrigo Jacob Moreira de Freitas, Maria Rocineide Ferreira da Silva.

Redação – revisão e edição: Sâmara Fontes Fernandes, Rodrigo Jacob Moreira de Freitas.

Os autores declaram que não existe nenhum conflito de interesses.

■ **Autor correspondente:**

Sâmara Fontes Fernandes

E-mail: saminhafontes@hotmail.com

Recebido: 04.11.2023

Aprovado: 26.06.2024

Editor associado:

Paula Cristina Soares Encarnação

Editor-chefe:

João Lucas Campos de Oliveira