



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde:

Um estudo sobre os efeitos na crença, satisfação e comprometimento

Mestrado

Cintia Miziara Jreige

Brasília, DF

2013



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde:

Um estudo sobre os efeitos na crença, satisfação e comprometimento

Mestrado

Cintia Miziara Jreige

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Jacob Arie Laros, Ph.D.

Brasília, DF

2013

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde:
Um estudo sobre os efeitos na crença, satisfação e comprometimento

Dissertação de mestrado defendida diante e avaliada pela banca constituída por:

Prof. Ph.D. Jacob Arie Laros (Presidente)
Universidade de Brasília

Prof. Dr^a. Sheila Giardini Murta (Membro)
Universidade de Brasília

Prof. Dr^a. Cláudia Cristina Fukuda (Membro)
Universidade Católica de Brasília

Prof. Dr^a. Carla Sabrina Xavier Antloga (Suplente)
Universidade de Brasília

À vida, por mais esta oportunidade!

Agradecimentos

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma tornaram possível a realização deste trabalho.

Ao Professor Laros, pelos ensinamentos, pela dedicação e pelo incentivo. Sua experiência e paciência foram revigorantes em todos os momentos e fundamentais naqueles de crise. Obrigada, Professor!

Aos meus pais, pelo investimento e apoio em minha formação pessoal, acadêmica e profissional.

À equipe de trabalho no MEC e no INEP, pelo apoio durante as minhas constantes ausências.

Ao Alexandre Peres, amigo e colega primeiro no MEC e agora no INEP, pela indicação e incentivo para cursar o PSTO.

À Anna Maria, minha amiga, que como uma mãe, acolheu minhas angústias e incentivou cada passo para meu crescimento pessoal e profissional.

Aos professores do PSTO por todo o embasamento teórico, mas principalmente, pelo entusiasmo com que exercem a docência.

Aos colegas mestrandos e doutorandos pela troca de experiências.

À Luiza pela bela amizade com que me agradeceu.

Aos colegas de laboratório, que tanto me ajudaram no decorrer dos estudos.

E, final e principalmente, ao meu esposo, Alexandre, por, às vezes, acreditar em mim mais do que eu mesma. Obrigada por compartilhar, comigo, a vida! Com você, tudo ficou mais leve, bonito e importante.

Sumário

Lista de Tabelas.....	vi
Lista de Figuras.....	vii
Lista de Abreviações.....	viii
Resumo.....	ix
Abstract.....	x
1. Introdução.....	1
2. A Formação Profissional em Saúde – Programas de Residência.....	3
2.1 Programas de Residência em Saúde.....	3
2.2 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.....	4
2.3 O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde nos Hospitais Universitários Federais.....	5
3. Fundamentação Teórica.....	11
3.1 Avaliação de Programas Sociais.....	11
3.2 Equipes de Trabalho.....	14
4. Objetivos.....	19
4.1 Objetivo Geral.....	19
4.2 Objetivos Específicos.....	19
5. Método.....	20
5.1 Participantes da Pesquisa.....	20
5.2 Delineamento da Pesquisa e Mensuração.....	23
5.3 Instrumento.....	23
5.4 Procedimentos de Coleta de Dados.....	24
5.5 Procedimentos de Análise de Dados.....	25
6. Resultados.....	27
7. Discussão.....	39
8. Considerações Finais.....	44
9. Referências Bibliográficas.....	46
Anexo 1.....	50
Anexo 2.....	51

Lista de Tabelas

Tabela 1	Distribuição de programas RMS-HUF por Estado.....	6
Tabela 2	Distribuição dos participantes quanto ao sexo e faixa etária.....	20
Tabela 3	Distribuição dos participantes segundo Estado do programa RMS-HUF....	21
Tabela 4	Distribuição dos participantes segundo Região brasileira onde desenvolvem ou desenvolveram o Programa.....	22
Tabela 5	Distribuição dos participantes segundo profissão.....	22
Tabela 6	Distribuição dos participantes segundo grupo.....	23
Tabela 7	Autovalores empíricos e aleatórios e percentual de variância explicada.....	29
Tabela 8	Cargas fatoriais (CF), comunalidades (h^2) e correlações entre os fatores depois rotação com <i>Promax</i> , coeficientes de fidedignidade (Lambda 2), correlações item-total corrigidas (r_{it}) e médias de correlações entre os itens.....	30
Tabela 9	Média de desvio padrão das variáveis dependentes por grupo.....	33
Tabela 10	Efeito da variável satisfação.....	34
Tabela 11	Frequência das categorias identificadas por respondente.....	35

Lista de figuras

- Figura 1** Modelo Lógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde...13
- Figura 2** *Scree plot* dos autovalores empíricos e aleatórios do questionário.....28

Lista de Abreviações

CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional da Saúde
HUF	Hospital Universitário Federal
MPS	Multiprofissional da Saúde
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RMS-HUF	Residência Multiprofissional em Saúde em Hospital Universitário Federal
SisCNRMS	Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

Resumo

A assistência à saúde no Brasil, principalmente à saúde pública, expõe deficiências que comprometem sua qualidade. A fragmentação da atenção à saúde, originada da alta especialização dos profissionais da área, é apontada como um dos fatores que contribuem para essa realidade. Nesse contexto, esta dissertação investigou alguns efeitos do programa de Residência Multiprofissional em Saúde nos Hospitais Universitários Federais (RMS – HUF), que visa melhorar a qualidade assistencial ao paciente. O programa está propondo realizar essa melhoria através de formação de especialistas em saúde para atuar em uma equipe multiprofissional. Uma equipe multiprofissional com esse tipo de formação seria capaz de oferecer assistência integral ao paciente no sentido de oferecer uma assistência menos fragmentada e mais humana. A presente dissertação teve três objetivos específicos: (1) construir escalas para medir a satisfação, o comprometimento e as crenças no trabalho em equipe multiprofissional de saúde; (2) avaliar os parâmetros psicométricos destas três escalas e (3) comparar os escores das escalas de satisfação, comprometimento e crenças relacionadas com o trabalho em equipe multiprofissional da saúde entre três grupos de participantes no programa. Os grupos se diferenciam em relação ao tempo de intervenção: o primeiro grupo ingressou no programa em 2010 (N = 80), o segundo em 2011 (N = 127) e o terceiro em 2012 (N = 181). Para as três escalas foram encontrados coeficientes de fidedignidade (Lambda 2 de Guttman) satisfatórios com valores entre 0,85 e 0,89. A análise fatorial das três escalas forneceu evidências de validade de construto das escalas. A carga fatorial média das três escalas variou entre 0,60 e 0,70. Os resultados da comparação entre grupos mostrou que o grupo formado pelos profissionais ingressos no programa em 2010 apresentou escores mais altos em relação à satisfação com o trabalho em equipe multiprofissional da saúde. Considerando que a satisfação é um dos indicadores afetivos da efetividade das equipes de trabalho mais frequentemente adotados, podemos concluir que esse resultado pode ser interpretado como uma indicação da efetividade das equipes multiprofissionais formadas pelo programa RMS – HUF. A análise dos comentários dos respondentes revelou dificuldades de implementação do programa e problemas relacionados à inserção do profissional egresso no mercado de trabalho. Os resultados deste estudo evidenciam efeitos positivos do programa, porém indicam necessidade de novos estudos que subsidiem seu fortalecimento. Em termos práticos, recomenda-se a utilização desta investigação pelos órgãos gestores como subsídio para decisões estratégicas e intervenções.

Palavras-chave: avaliação de programas; equipes multiprofissionais de saúde; assistência ao paciente.

Abstract

Health care in Brazil, mainly in public health, exposes deficiencies that compromise its quality. The fragmentation of health care as a result of the high degree of specialization of health professionals has been indicated as one of the factors that contribute to this circumstance. In this framework, the present study investigated the effects of a Multiprofessional Residency Program in Federal Academic Hospitals (MRP-FAH), which strives to improve the quality of health care to patients. The program attempts to accomplish this improvement through the training of health professionals in a multiprofessional team. A multiprofessional team with this kind of training would be capable of offering integral patient care in the sense of offering patient care that is less fragmented and more human. The present dissertation had three specific objectives: (1) to construct scales that measure satisfaction, commitment and beliefs related to the multiprofessional health team (2) to assess the psychometric characteristics of these scales and (3) to compare the scores on the scales of satisfaction, commitment and beliefs related to the multiprofessional health team of three groups of participants. The groups differ in relation to the time of intervention: the first group entered the program in 2010 (N = 80), the second in 2011 (N = 127) and the third group in 2012 (N = 181). For the three scales satisfactory reliability coefficients (lambda 2 of Guttman) were encountered with values varying between .85 and .89. Factor analysis of the three scales provided evidence of the construct validity of the three scales. The average factor loadings of the three scales varied between .60 and .70. The results of the comparison between groups showed that the group formed by the professionals who entered the program in 2010 presented higher scores in relation to satisfaction with the multiprofessional health team. Considering that satisfaction is one of the more frequently adopted affective indicators of the effectiveness of work teams, we can conclude that the obtained results can be interpreted as an indication of the effectiveness of the multiprofessional health teams formed by the RMS – HUF program. Analysis of comments of the participants revealed difficulties of implementation of the program and problems related to the insertion of the health professions in the labor market. The results of the present study indicate positive effects of the program, but they also stress the need for new studies. In practical terms, the use of the results of this study is recommended to managers as a subsidy for strategic decisions and interventions.

Key-words: program evaluation; multiprofessional health team; medical care of patients.

1. Introdução

A assistência à saúde no Brasil, principalmente à saúde pública, expõe deficiências que comprometem sua qualidade. O aumento no país da mortalidade por doenças crônicas degenerativas, por exemplo, que requerem em seu cuidado diagnóstico precoce e acompanhamento sistemático (Ministério da Saúde, 2010). Os altos índices de mortalidade por doenças cardio-pulmonares e a taxa de mortalidade infantil comparável a países subdesenvolvidos revelam uma assistência precária, ineficiente e desumana aos brasileiros (Ministério da Saúde, 2010).

A fragmentação da atenção à saúde, originada da alta especialização dos profissionais da área, é apontada como um dos fatores que contribuem para essa realidade. Acredita-se que a assistência integral ao paciente leve à humanização da atenção à saúde e a melhoria da qualidade assistencial.

As ações e serviços públicos de saúde, no Brasil, integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, O Sistema Único de Saúde - SUS. O SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis n.º 8080/90 e n.º 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à Saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão. Tem, como uma de suas diretrizes, o atendimento integral e, entre suas competências, a de ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.

A integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades, ainda que não sejam alcançáveis em sua plenitude, considerando todas as dimensões possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios. O atendimento integral extrapola a estrutura organizacional hierarquizada e regionalizada da assistência de saúde, prolonga-se pela qualidade real da atenção individual e coletiva, assegurada aos usuários do sistema de saúde, requisita o compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional.

Para que seja possível a realização de uma prática que atenda à integralidade, precisa-se exercitar efetivamente o trabalho em equipe, desde o processo de formação do profissional de saúde. É preciso estabelecer estratégias de aprendizagem que favoreçam o diálogo, a troca, a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção da saúde nos níveis individual e coletivo (Machado, Monteiro, Queiroz, Vieira, & Barroso, 2007).

A discussão sobre integralidade perpassa pela formação profissional e educação permanente, que deve estimular o trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde, como também a definição coletiva da assistência ao usuário como foco central das ações de saúde. Para atingir essa realidade, precisa-se repensar as maneiras como se estruturam os processos de formação dos profissionais de saúde de hoje, a forma como se organizam e operam, incorporando, como estratégias de mudanças, diferentes experiências de conteúdo, de práticas pedagógicas e de cenários de aprendizagem (Machado et. al, 2007).

É com esse propósito que o programa de Residência Multiprofissional em Saúde nos Hospitais Universitários Federais (RMS-HUF) entra no cenário nacional. O programa propõe que a mudança na formação do profissional da saúde irá gerar implementações positivas no atual modelo de assistência à saúde. A Residência Multiprofissional em Saúde é uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*, caracterizada pela atividade integrada de diferentes campos profissionais da saúde e organizada em áreas de concentração de conhecimentos. Os profissionais da saúde são formados para prestar assistência aos pacientes em equipe multiprofissional, constituída por profissionais de diferentes áreas da saúde, possibilitando uma maior integralidade e humanização da atenção à saúde.

Os estudos sobre a teoria do programa RMS-HUF mostram, entre seus resultados esperados em médio prazo, a assistência à saúde sendo realizada em equipe multiprofissional. Uma vez que na literatura da Psicologia Organizacional, as variáveis satisfação, comprometimento e crença são identificadas como possíveis indicadores da efetividade de equipes de trabalho, utilizou-se, no presente estudo, essas variáveis no contexto de avaliação do programa RMS-HUF. Assim, esta dissertação teve como objetivo verificar os efeitos do programa RMS-HUF em relação à satisfação e às crenças sobre o trabalho em equipe multiprofissional da saúde (MPS) e em relação ao comprometimento com a equipe MPS.

2. A Formação Profissional em Saúde– Programas de Residência

2.1 Programas de Residência em Saúde

O termo residência é utilizado para definir uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, fundamentada essencialmente na educação em serviço. Surgiu em 1889, no hospital da universidade norte-americana John Hopkins, como uma forma de capacitação profissional para médicos, chegando ao Brasil na década de 1940 com a criação do primeiro programa de residência médica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (Calil, 2000). A partir da década de 1960, começaram a ser criados programas similares para capacitação de outros profissionais da saúde.

Com o avanço acelerado dos conhecimentos e da inovação tecnológica na área da saúde, a residência constitui hoje um importante mecanismo de formação de especialistas, tanto na Medicina como nas demais profissões. Cabe salientar, ainda, o papel das residências em saúde na mudança de paradigmas das práticas assistenciais e das práticas de ensino e o seu consequente impacto sobre a graduação.

Em virtude de sua característica fundamental de integração entre o conhecimento da academia e o conhecimento do serviço, os programas de residência constituem uma potente ferramenta para a definição de padrões de qualidade para a prática assistencial. A atuação conjunta dos professores (tutores) e dos profissionais que atuam no serviço de saúde (preceptores), aliada ao interesse e curiosidade natural dos aprendizes, promove o questionamento e a discussão necessários para as decisões e condutas clínicas mais adequadas com base em evidências científicas. Além disso, a presença de residentes torna o ambiente clínico menos hostil aos alunos de graduação, que se identificam com esses profissionais que também estão em processo de aprendizagem e buscam o seu apoio e orientação.

É sabido que o processo ensino-aprendizagem na saúde, como nos demais campos de atuação, está profundamente vinculado à questão do modelo praticado pelo aluno. Nesse contexto, não basta que o aprendiz leia ou ouça a respeito da melhor forma de atuar – é preciso que ele participe de um ambiente no qual esta melhor atuação de fato ocorra.

2.2 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde

O programa de Residência Multiprofissional em Saúde, oficialmente instituído no Brasil pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, é destinado às categorias profissionais que integram o campo da saúde, excetuada a médica. O segundo parágrafo dessa Lei estabelece que essa residência deve ser desenvolvida em regime de dedicação exclusiva, sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde. Trata-se de um programa de cooperação intersetorial concebido para favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde. Pode funcionar em Instituições ou serviços de saúde universitários ou conveniados com instituições de ensino superior, sob a orientação de profissionais de saúde de elevada qualificação ética e profissional.

Para ser caracterizado como multiprofissional, um programa deve ser constituído por, no mínimo, três campos profissionais da saúde e a sua estrutura deve obedecer a um modelo multiaxial, configurado pela articulação entre: (a) um eixo integrador transversal a todos os campos profissionais envolvidos, no qual serão realizadas atividades em conjunto para o desenvolvimento da prática multiprofissional; e (b) os vários eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, cujas atividades específicas são estabelecidas de forma a preservar a identidade profissional dos residentes.

Entende-se por *áreas profissionais da saúde* as profissões regulamentadas mencionadas no parágrafo único do art. 1º da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Já por *Área de concentração*, entende-se o conjunto delimitado e específico de conhecimentos que constituirá o objeto de estudo e de capacitação técnica dos profissionais envolvidos no programa, organizado na forma de linha de cuidado, no âmbito dos diferentes níveis de atenção do Sistema Único de Saúde.

Por força da Lei nº 11.129, somente poderão emitir certificados de conclusão as instituições que tiverem os seus programas autorizados e reconhecidos pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS. A CNRMS é um órgão colegiado de deliberação, que tem por finalidade atuar na formulação e execução do

controle dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional de Saúde.

2.3 O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde nos Hospitais Universitários Federais

Implantado em 2010, o programa de Residência Multiprofissional em Saúde nos Hospitais Universitários Federais – RMS-HUF é um programa do Governo Federal, coordenado pelo Ministério da Educação (MEC). O MEC oferece bolsas para profissionais de saúde que ingressam no treinamento e suporte técnico-pedagógico às instituições que o ofertam. O programa RMS-HUF seguiu uma agenda de implantação que teve início em maio de 2009, durante um fórum de dirigentes de hospitais universitários federais em Brasília. Após esse encontro, cada dirigente retornou ao seu município com o compromisso de estabelecer parceria entre a universidade e a gestão local do SUS para construção de um projeto pedagógico que contemplasse as necessidades loco-regionais de saúde para formação de profissionais. Esses projetos foram encaminhados ao MEC, analisados e tiveram seu financiamento autorizado de acordo com recurso disponível e atendimento às adequações sugeridas.

O ingresso ao programa se dá através de seleção pública a qual cada instituição tem autonomia para realizar. Dos 46 hospitais universitários federais, 39 implementaram um total de 43 programas de RMS entre fevereiro e abril de 2010, atendendo, nesse primeiro momento, às possibilidades de cada instituição de realizar seu processo de seleção. Esses programas disponibilizaram 500 vagas para profissionais de saúde ingressarem no primeiro ano de treinamento, em 2010. Em 2011, a oferta foi ampliada para 780 vagas e, em 2012, 960 vagas foram disponibilizadas para ingresso no programa.

Tabela 1 – Distribuição de programas RMS-HUF por Estado

Região	UF	Nº Programas
Norte	PA	1
	AM	2
Total		3
Nordeste	RN	4
	CE	1
	BA	2
	AL	1
	MA	2
	PE	1
	SE	1
	PB	1
Total		13
Centroeste	MS	2
	DF	1
	GO	1
	MT	1
Total		5
Sudeste	RJ	7
	MG	4
	ES	1
	SP	2
Total		14
Sul	SC	1
	RS	4
	PR	1
Total		6
Número total de programas		43

Notas: RMS-HUF = Residência Multiprofissional em Saúde nos Hospitais Universitários Federais; Fonte: CGRS/SESu/MEC

Stakeholders

Segundo Wholey, Hatry e NewComer (2004), *stakeholders* são indivíduos, grupos ou organizações que podem influenciar ou serem influenciados por um processo de avaliação ou seus resultados. Os autores consideram ainda um subgrupo do anterior, os *stakeholders* chave, constituído por pessoas aptas a julgamentos e negociações.

Considerando que a gestão do programa RMS-HUF é executada pelo MEC, os profissionais desse ministério envolvidos com o programa, ou seja, o Coordenador Geral de Residência em Saúde e os membros da equipe técnica que coordena a execução do programa são *stakeholders* chave nessa avaliação. Nos hospitais, identificou-se importantes *stakeholders* entre diretores, chefes de serviços envolvidos no programa, preceptores e tutores. E, ainda, considerando as pessoas beneficiadas com

o programa, os profissionais de saúde residentes e os usuários do sistema de saúde compõem também o elenco de *stakeholders*.

Implementação

A Portaria Interministerial Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, estabelece que o programa de Residência Multiprofissional em Saúde constitui modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu destinado às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos.

O programa deve ser orientado pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, de forma a contemplar os seguintes eixos norteadores:

- I - cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do País;
- II - concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural;
- III - política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS;
- IV - abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;
- V - estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar;
- VI - integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários;
- VII - integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde;
- VIII - integração dos programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde;
- IX - articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica;

- X - descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde;
- XI - estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS;
- XII - integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema.

As instituições devem organizar o seu projeto pedagógico, em consonância com a regulamentação vigente, e providenciar o seu devido cadastramento no sistema informatizado da CNRMS - SisCNRMS, com vista a possibilitar o desencadeamento do processo de avaliação para autorização ou reconhecimento do mesmo. O SisCNRMS é o sistema de informação instituído para o gerenciamento dos processos de regulação, avaliação e supervisão dos Programas de Residência Multiprofissional.

As instituições de saúde que oferecerem programas de Residência Multiprofissional em Saúde são responsáveis pela organização do projeto pedagógico desse programa de pós-graduação, em consonância com as Resoluções emanadas da CNRMS, e pela disponibilização de bolsas de estudo de residência, conforme estabelecido pela legislação vigente, para todos os residentes para os quais oferecerem vagas por meio de edital de seleção pública. O Projeto Pedagógico dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde deverá explicitar: os objetivos do programa; a sua inserção e articulação com o SUS; as parcerias estabelecidas para garantir os ambientes de prática; as diretrizes pedagógicas, incluindo a metodologia de avaliação utilizada; a infraestrutura disponível; a matriz curricular e desenho da semana padrão; e o perfil esperado dos egressos.

O conjunto de profissionais envolvidos no desenvolvimento e implementação de programas de Residência Multiprofissional em Saúde é constituído das seguintes categorias: Profissional de Saúde Residente, Coordenador de Programa, Tutor e Preceptor. Entende-se o tutor como o docente da instituição de ensino que supervisiona o desenvolvimento do programa e se responsabiliza, juntamente com o Coordenador do Programa, pela elaboração do projeto pedagógico e pelo processo de avaliação. Preceptor é o profissional do campo que participa do processo de ensino-aprendizagem

e tem uma função importante na inserção e socialização do residente no ambiente do trabalho.

Estratégias de Monitoramento, Suporte e Expansão

Foi desenvolvido e implantado um sistema informatizado (SisCNRMS) para cadastramento de propostas de programas de residência multiprofissional em saúde que contempla em seus módulos todo o processo de avaliação para autorização e, conseqüente certificação desses programas junto à CNRMS. As dúvidas e dificuldades com relação à implementação do programa são dirimidas através de videoconferências com os coordenadores dos programas, de resposta a e-mails e visitas técnicas realizadas pela equipe gestora.

Para o monitoramento, foi desenvolvido um instrumento de diagnóstico que será disponibilizado no SisCNRMS para que os coordenadores e residentes respondam. O instrumento contempla questões sobre infraestrutura, projeto pedagógico, cenários de prática, espaços de planejamento e informações complementares. Esse diagnóstico subsidiará ações de apoio às instituições com maiores dificuldades, através de seu matriciamento por aquelas melhor estruturadas.

O plano de expansão contemplou um acréscimo de 280 bolsas para profissionais de saúde residentes ingressos em 2011, além das 500 disponibilizadas em 2010. Para 2012, 180 novas bolsas para ingressantes foram disponibilizadas pelo MEC. A bolsa tem o valor de R\$2.338,00.

Objetivos do Programa

Objetivos de Implementação

- (1) Estabelecer parceria entre a instituição de ensino superior, o hospital e a gestão local do SUS;
- (2) Implementar o programa em toda a rede de hospitais universitários federais;
- (3) Oferecer a carga-horária mínima estabelecida pelo programa;
- (4) Promover atividades que possibilitem a formação na área de concentração ofertada.

Objetivos Intermediários

- (1) Formar profissionais de saúde que atuam em equipe multiprofissional;

- (2) Melhorar a atuação em saúde de graduandos;
- (3) Implementar o modelo multiprofissional de formação em saúde em todos os níveis.

Objetivos Finais

- (1) Melhorar a qualidade da assistência à saúde;
- (2) Humanizar a atenção à saúde.

Objetivos Operacionais

Melhorar os indicadores de satisfação do usuário, tempo de internação, tempo de espera para atendimento e humanização da saúde.

3. Fundamentação Teórica

3.1 Avaliação de Programas Sociais

Um programa se refere a uma intervenção sistemática, dirigida a um grupo amplo de pessoas, planejada para promover mudanças sociais, educacionais ou em saúde (McLaughlin & Jordan, 2010). A avaliação de programas, de acordo com Posavac e Carey (2003), constitui-se como um conjunto de métodos e ferramentas para determinar se um serviço é: (i) necessário e utilizável; (ii) oferecido de maneira suficientemente intensiva para suprir as necessidades que tenham sido identificadas como não supridas; (iii) oferecido como planejado; e (iv) efetivamente atende às pessoas, dentro de um custo razoável.

Ao se considerar o objetivo da avaliação de programas, Wholey, Hatry e NewComer (2004) mostram que essa avaliação pode ser feita antes do início do programa a fim de analisar a sua viabilidade; durante a implementação visando correções e adequações; e após a conclusão do projeto com a finalidade de evidenciar o impacto do programa. A avaliação de impacto tem como foco central as mudanças quantitativas e qualitativas decorrentes de intervenções de um programa sobre a vida de determinada população (Souza, 2010).

No que se refere à teoria do programa, sua elaboração exige uma análise apurada dos seus pressupostos implícitos e explícitos. Esses pressupostos, definidos com base nas teorias científicas disponíveis ou nas percepções dos constituintes, são traduzidos em elementos descritivos e prescritivos. Segundo Chen (2005), enquanto os elementos descritivos garantem a especificação dos processos causais supostamente capazes de responder ao problema social enfocado, os elementos prescritivos descrevem os componentes e atividades necessários à implementação efetiva do programa. Similarmente, a definição do modelo lógico de um dado programa exige a caracterização dos mesmos componentes que culminam com a proposição da teoria do programa.

No caso dos modelos lógicos, os elementos prescritivos especificam os componentes essenciais dos programas, como o programa deve ser implementado e quais objetivos devem ser perseguidos, e os elementos descritivos auxiliam na proposição de relações causais entre os elementos identificados. Os modelos lógicos relacionam os resultados (a curto e longo prazo), as atividades, os pressupostos teóricos

e os princípios do programa (Wholey, Hatry, & NewComer, 2004). Uma maneira de representar a teoria do programa é por meio do seu modelo lógico.

Modelo Lógico do Programa RMS-HUF

Elaborado a partir da identificação dos elementos que constituem um determinado programa - recursos, atividades, produtos, resultados e variáveis contextuais -, os modelos lógicos exigem que as relações causais entre estes elementos sejam estabelecidas. Conforme McLaughlin e Jordan (2010), recursos compreendem aspectos humanos, financeiros, tecnológicos etc. necessários à entrega do programa para o público-alvo selecionado. Atividades constituem os passos necessários para que o programa seja capaz de fornecer os produtos ou os serviços desejados pelo público-alvo. A partir das atividades desenvolvidas e dos respectivos produtos gerados, alguns resultados podem ser observados. Enquanto os resultados de curto prazo dizem respeito às mudanças ou aos benefícios mais aproximadamente associados ao programa, os resultados intermediários referem-se às consequências determinadas pela aplicação dos resultados de curto prazo em determinado contexto pré-identificado. Por fim, os resultados de longo prazo concernem ao impacto do programa e aos benefícios gerados.

Além destes elementos, o processo de construção de modelos lógicos de programas prevê a identificação de variáveis contextuais capazes de afetar a relação entre os componentes do modelo. Segundo os autores supracitados, o objetivo desta identificação concentra-se no fato de que, caso essas variáveis não sejam devidamente reconhecidas, torna-se difícil creditar ao programa quaisquer resultados observados. Elaborado a partir desses conceitos, o modelo lógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde nos Hospitais Universitários Federais é apresentado na Figura 1.

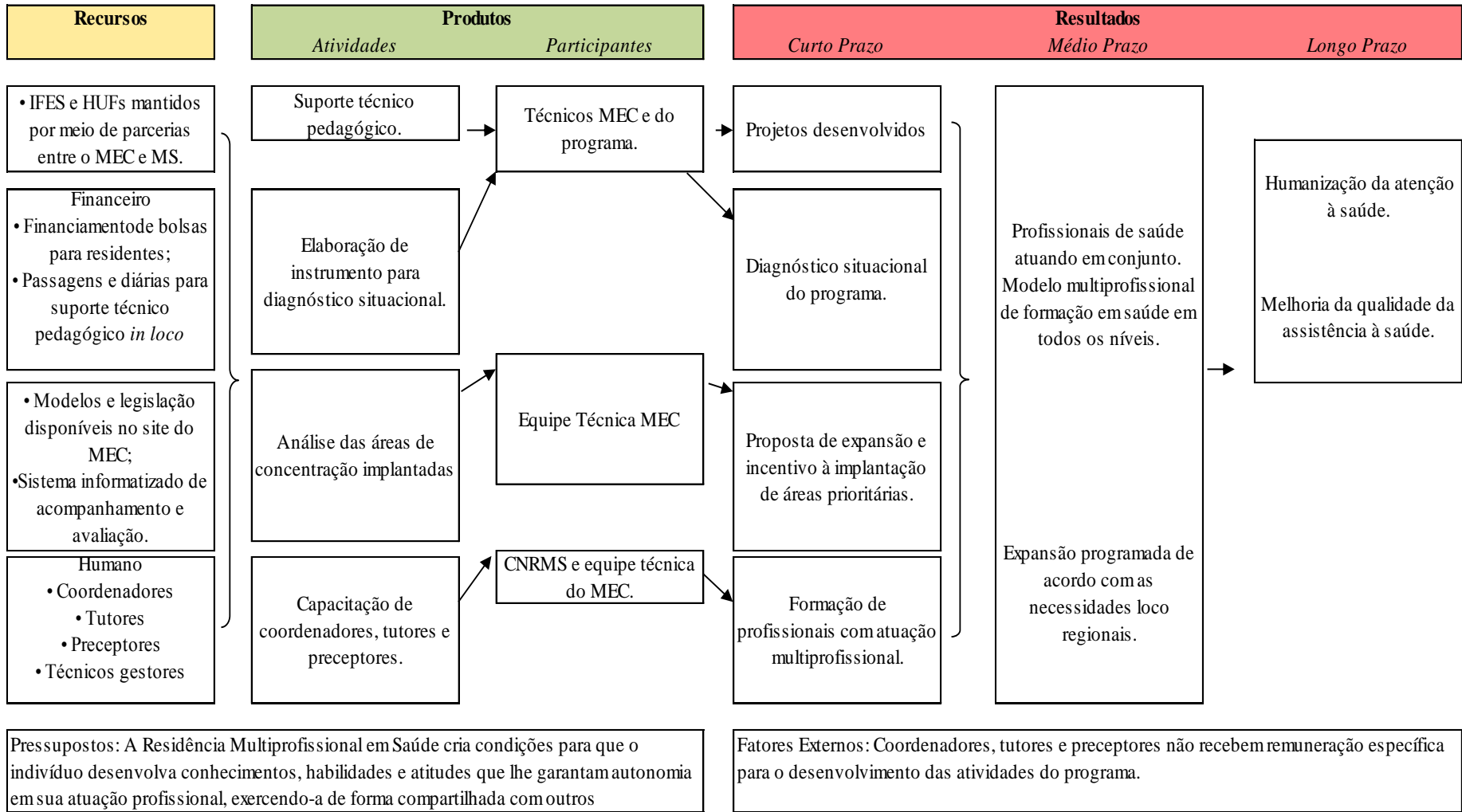


Figura 1 - Modelo Lógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde

3.2 Equipes de Trabalho

Equipes de trabalho constituem conjuntos de pessoas que possuem habilidades complementares e estão comprometidos com uma proposta de trabalho comum ou são mutuamente responsáveis pelo alcance de seus objetivos (Greenberg & Baron, 1995). Essa definição sugere que uma equipe é caracterizada pela complementaridade das habilidades dos seus membros, experiências de trabalho coletivas, responsabilidade compartilhada, tanto na execução das tarefas como no alcance das metas.

Em uma equipe, as trocas sociais são intensas tendo em vista que para completar a contento as tarefas designadas, os membros necessitam da participação de todos. Assim, nenhum deles trabalhando sozinho poderá atingir plenamente aquilo que fora definido como meta da equipe (Puente-Palacios & Borba, 2009). Para este trabalho, considerou-se equipes como células de desempenho, caracterizadas pela presença de objetivos de trabalho compartilhados pelos seus membros, os quais precisam interagir ou, em outras palavras, são interdependentes para atingir esses objetivos, possuem papéis definidos e diferenciados e são reconhecidos como membros de uma equipe (West, 1996).

As propostas teóricas que descrevem os elementos explicativos da efetividade das equipes apontam que ela está composta por diversos atributos, os quais são utilizados como evidências ou indicadores da sua ocorrência (Puente-Palacios & Vieira, 2010). De maneira específica, em relação aos atributos ou critérios que podem ser considerados indicadores de efetividade, os vínculos afetivos, como a satisfação e o comprometimento são critérios pertinentes e, adicionalmente a eles, a crença na efetividade da equipe, revelada como influência positiva para a satisfação e o comprometimento com a própria equipe de trabalho (Puente-Palacios & Vieira, 2010).

A partir do exposto, as crenças na efetividade, a satisfação e o comprometimento dos membros com a equipe são indicadores da efetividade da equipe. São indicadores afetivos que revelam o saldo afetivo da experiência de trabalho coletivo.

Crenças

As crenças constituem convicções individuais sobre fatos e eventos. Autores como Fishbein e Azjen (1975) as colocam ao lado das opiniões e afirmam que são fenômenos diferentes dos afetos e dos comportamentos. Esses autores especificam que as crenças associam um objeto a um atributo determinado. No caso das crenças na efetividade das equipes de trabalho, a crença liga o objeto, equipe, a um atributo, a efetividade.

Pesquisas que focalizam os resultados do desempenho das equipes de trabalho não têm investigado a participação desta variável, contudo o efeito de construtos próximos está presente em estudos desse campo. No modelo proposto por Guzzo e Shea (1992), expectativas positivas sobre a efetividade da equipe, denominadas potência, são vistas como elementos que influenciam os resultados da equipe. Segundo os autores, o efeito das expectativas de efetividade da equipe deve ser investigado de maneira associada à interdependência, pois estas variáveis atuam de maneira conjunta sobre os resultados do desempenho.

Discutindo o efeito da variável confiança nos resultados do desempenho das equipes, Costa, Roe e Taillieu (2001) a definem como um estado psicológico que se manifesta em comportamentos a respeito de outros e que está baseado nas expectativas sobre o comportamento deles. Os autores esclarecem que a definição oferecida é adequada tanto para indivíduos quanto para grupos, e pode ser aplicada às relações de trabalho no contexto das equipes. De maneira adicional, apontam a existência de construtos próximos como estados psicológicos, expectativas, crenças e comportamentos em relação aos outros, os quais, agindo de maneira independente ou associada, afetam os resultados do trabalho da equipe. Mais especificamente, os autores defendem que as expectativas positivas sobre os outros membros influenciam positivamente a satisfação e o comprometimento com a própria equipe de trabalho.

A partir da revisão sobre o papel das crenças ou construtos próximos na efetividade das equipes de trabalho, tomou-se a decisão de investigar as crenças no trabalho em equipe multiprofissional da saúde. Adaptou-se para essa investigação a escala de crenças na efetividade da equipe, desenvolvida e validada por Puente-Palacios e Borges-Andrade, 2005.

Satisfação

Satisfação é uma resposta global e afetiva para o sucesso de comportamentos que são selecionados com base em expectativas (Marston & Hecht, 1988). Quando duas ou mais pessoas trabalham juntas, conhecimento mútuo e regras compartilhadas tornam-se essenciais para a coordenação dos tópicos e fluência de suas discussões. O estabelecimento de uma base comum de interações permite-lhes uma melhor efetividade na comunicação (Clark & Carlson, 1982; Clark & Marshall, 1981). Regras de

comunicação compartilhada podem ser cruciais para a satisfação individual com os processos grupais (Park, 2008).

Os aspectos da comunicação das interações entre os membros do grupo representam um tipo de cognição que pode beneficiar os processos grupais e os resultados quando eles compõem a cognição compartilhada já que a comunicação afeta significativamente a forma como os membros do grupo realizam as tarefas. Park (2008) investigou os efeitos da cognição compartilhada na satisfação dos membros do grupo e desempenho das tarefas. O autor encontrou evidências de que os grupos que compartilham cognição relativa a regras de comunicação, tais como polidez e eficiência, são mais satisfeitos com os seus processos do que aqueles grupos carentes de cognição compartilhada em relação a regras de comunicação. A pesquisa mostra que o central para a satisfação com os processos de grupo é o sentimento de satisfação sobre o quanto os membros do grupo trabalham bem juntos, a manutenção dos processos e trabalho do grupo, e ainda as percepções dos membros referente à participação, tipos de mensagem, *feedback*, gestão de interação, status, motivação e progresso em direção à meta do grupo. Quando os membros do grupo não concordam com o comportamento comunicativo de cada um, é esperado que a coordenação do trabalho, a manutenção dos processos do grupo e a gestão da interação sejam dificultados, diminuindo a satisfação com a forma como os membros trabalham juntos.

A efetividade das equipes de trabalho pode ser considerada o resultado final do seu desempenho. A literatura mostra que a satisfação é um dos indicadores afetivos da efetividade das equipes de trabalho mais frequentemente adotados, seja de maneira isolada ou associada a julgamentos (Puede-Palacios & Borges-Andrade, 2005).

Assim, a partir dessas evidências, tomou-se a decisão de adotar a satisfação com a equipe de trabalho como indicador afetivo legítimo da efetividade das equipes, investigando a satisfação com o trabalho em equipe multiprofissional da saúde. Adaptou-se para essa investigação a escala de satisfação com a equipe de trabalho, desenvolvida e validada por Puede-Palacios e Borges-Andrade (2005).

Comprometimento

O comprometimento com a equipe é uma forte crença do indivíduo e a aceitação e compartilhamento dos valores e metas da equipe, uma disponibilidade para exercer grandes esforços em favor dessa unidade de desempenho, preocupação com o seu futuro e, ainda, um forte desejo de se manter como parte dela (Puentes-Palacios & Vieira, 2010). A análise das características do construto comprometimento revela que ele pode estar sustentado em bases diferentes: instrumental, normativa ou atitudinal-afetiva (Puentes-Palacios & Vieira, 2010). Nessa pesquisa, o aspecto de interesse é o vínculo de natureza afetiva estabelecido com a equipe.

Na perspectiva afetiva, é estabelecido que o comprometimento ocorre a partir da identificação e do envolvimento do empregado com a sua organização. O comprometimento afetivo surge quando o indivíduo se identifica com a empresa, internalizando, dessa forma, os valores, envolvendo-se com papéis de trabalho e desejando permanecer nela. Logo, ao criar um vínculo afetivo positivo com a organização, a pessoa passa a acreditar e a aceitar os seus objetivos e se dispor em favor dela (Siqueira & Gomide Jr, 2004). O estudo do comprometimento com a equipe é uma área bastante nova no Brasil, apesar de internacionalmente já haver vários estudos desenvolvidos nesse âmbito (Puentes-Palacios & Vieira, 2010). Segundo Puentes-Palacios e Vieira (2010), os resultados desses estudos tendem a evidenciar que o comprometimento do indivíduo com a equipe de trabalho está positivamente relacionado com o nível de satisfação relatado pelos membros e com a magnitude da interdependência de tarefas vivenciada por eles.

Ellemers, De Gilder e Van Del Heuvelm (1998) verificaram que indivíduos com maiores índices de comprometimento com a sua equipe tiveram melhores resultados na avaliação de desempenho realizada pelos seus superiores imediatos, especialmente em aspectos como iniciativa e entusiasmo. Os resultados obtidos por Bishop, Scott e Burroughs (2000) sugerem que o efeito do comprometimento sobre o desempenho se justifica pelo vínculo afetivo estabelecido com a equipe, antes daquele que o vincula com a organização. Allen (1996) destaca que trabalhadores com atitudes positivas, ou seja, comprometidos, com o grupo de trabalho têm maior probabilidade de apresentar comportamentos consistentes com as metas de trabalho do grupo, se comparados com as pessoas cujas atitudes não são positivas.

No Brasil, os estudos que investigam o comprometimento com a equipe são escassos. Fonseca e Bastos (2003) realizaram uma pesquisa empírica com o objetivo de

estabelecer a existência de relações entre comprometimento organizacional e desempenho de equipes. Os resultados obtidos indicam que o desempenho das equipes no trabalho é avaliado melhor pelos funcionários quando eles possuem um maior comprometimento afetivo com a organização e quando percebem mais estímulos à criatividade no seu contexto de trabalho.

Analisando especificamente a efetividade de equipes de trabalho, pesquisas recentes já adotam o comprometimento como evidência da efetividade das equipes (Barbosa, 2006; Puente-Palacios, Andrade-Vieira & Freire, 2010; Souza, 2006). Assim, conta-se com resultados empíricos de pesquisas nas quais o comprometimento desempenhou o papel de indicador de efetividade.

Puente-Palacios e Vieira (2010) adaptaram e validaram psicometricamente uma escala de mensuração do comprometimento afetivo com a equipe de trabalho. Os resultados demonstraram que a medida de comprometimento afetivo constitui uma ferramenta útil para a mensuração da intensidade desse vínculo afetivo dos membros com as suas equipes de trabalho, contribuindo, portanto, para a compreensão da efetividade dessas unidades de desempenho. Essa escala foi adaptada e utilizada, no presente estudo, para aferir o comprometimento dos profissionais de saúde residentes com a equipe multiprofissional da saúde com a qual trabalhavam.

4. Objetivos

Antes da explicitação dos objetivos da pesquisa torna-se necessário delimitar o problema de pesquisa. A ideia inicial era avaliar o efeito de um programa de pós-graduação para profissionais da saúde na atenção à saúde da população. O estudo da documentação do programa, seus fundamentos, escopo, abrangência, objetivos e metas, enfim, o estudo da teoria do programa ampliou a revisão de literatura, inicialmente voltada para avaliação de programas para os temas das teorias sobre crenças, satisfação e comprometimento com a equipe de trabalho, uma vez que se trata de um programa cujo pressuposto envolve o desenvolvimento de profissionais para o trabalho em equipe constituída por representantes de diferentes profissões da saúde.

Mourão (2004) orienta que para possibilitar a delimitação do problema de pesquisa é necessário fixar circunstâncias de tempo e espaço, a fim de que o estudo esteja circunscrito em um quadro histórico e geográfico. Assim, o problema de pesquisa desta dissertação pode ser descrito da seguinte forma:

Qual o efeito provocado pelo programa RMS-HUF nos seus participantes quanto à satisfação e às crenças sobre o trabalho em equipe multiprofissional de saúde (MPS) e quanto ao comprometimento com a equipe MPS?

Uma vez definido o problema, foram estabelecidos o objetivo principal e os objetivos específicos.

4.1 Objetivo Geral

Verificar os efeitos do programa RMS-HUF em relação à satisfação e às crenças sobre o trabalho em equipe MPS e em relação ao comprometimento com a equipe MPS.

4.2 Objetivos Específicos

- (1) Adaptar três escalas para avaliar a efetividade de formação de profissionais de saúde para atuarem em equipe multiprofissional pelo programa RMS-HUF: uma escala sobre crenças no trabalho em equipe MPS, uma escala de satisfação sobre o trabalho em equipe MPS e uma escala de comprometimento com a equipe MPS.
- (2) Avaliar os parâmetros psicométricos das três escalas adaptadas.
- (3) Comparar os escores totais das três escalas entre três grupos: os ingressos em 2010, os ingressos em 2011 e os ingressos em 2012.

5. Método

Nesta seção são apresentadas as principais características do método de pesquisa empregado na avaliação do Programa, quais sejam as características dos participantes, o tipo de delineamento de pesquisa, as medidas utilizadas, bem como os procedimentos de coleta e de análise de dados.

5.1 Participantes da Pesquisa

Participaram da pesquisa 392 profissionais da saúde residentes (340 mulheres e 51 homens), com idades entre 21 e 49 anos (média = 26,1 e desvio-padrão = 3,6), como mostra a tabela 2. A amostra faz parte da população de profissionais da saúde residentes em curso ou egressos dos 43 programas de residência multiprofissional implantados nos Hospitais Universitários Federais. A população alvo foi agrupada segundo o tempo de exposição à intervenção. Os ingressos em 2010 formam o grupo 1 (egressos do programa); os ingressos em 2011 formam o grupo 2, com aproximadamente 2 anos de intervenção e os que ingressaram em 2012 formam o grupo 3 com aproximadamente 1 ano de intervenção.

Foi solicitada às coordenações dos programas de residência multiprofissional uma listagem com os e-mails de todos os profissionais da saúde residentes em curso e egressos. Uma delas não respondeu à solicitação. As informações encaminhadas por essas coordenações permitiram a composição de uma mala direta com os endereços eletrônicos de 2008 profissionais, sendo 492 pertencentes ao grupo 1; 623 ao grupo 2 e 893 ao grupo 3, os quais foram convidados a responder o questionário da pesquisa. Dos 2008 profissionais consultados, 19,5% (N = 392) responderam o questionário.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes quanto ao sexo e faixa etária

Variável	Categoria	N	Percentual
Sexo	Feminino	340	86,7
	Masculino	51	13
	Não informado	1	0,3
Faixa etária	25 anos e mais	260	66,3
	menor de 25 anos	130	33,2
	Não informado	2	0,5

Participaram da pesquisa profissionais da saúde residentes de todas as 21 unidades federativas brasileiras onde existem programas RMS-HUF, sendo 4,6% da região Norte, 25,1% da região Nordeste, 32,5% da região Sudeste, 19,8% da região Sul e 16,5% da região Centro-oeste (Tabelas 3 e 4). As pessoas da amostra estudada concluíram a graduação, em média, há 2,3 anos (desvio-padrão = 1,7) e é composta por profissionais de 11 áreas da saúde: enfermagem, odontologia, nutrição, psicologia, fisioterapia, farmácia, fonoaudiologia, educação física, serviço social, terapia ocupacional e biomedicina (Tabela 5).

Tabela 3 - Distribuição dos participantes segundo Estado do programa RMS-HUF.

Estado	N	Percentual
Alagoas	5	1,3
Amazonas	7	1,8
Bahia	21	5,3
Ceará	23	5,8
Distrito Federal	8	2
Espírito Santo	8	2
Goiás	25	6,3
Maranhão	19	4,8
Minas Gerais	53	13,5
Mato Grosso do Sul	22	5,6
Mato Grosso	10	2,5
Pará	11	2,8
Paraíba	5	1,3
Pernambuco	9	2,3
Paraná	20	5,1
Rio de Janeiro	27	6,9
Rio Grande do Norte	12	3
Rio Grande do Sul	40	10,2
Santa Catarina	18	4,6
Sergipe	5	1,3
São Paulo	40	10,2
Não informado	4	1
Total	392	100

Tabela 4 – Distribuição dos participantes segundo região brasileira onde desenvolvem ou desenvolveram o Programa

Região	N	Percentual
Norte	18	4,6
Nordeste	99	25,3
Sudeste	128	32,7
Sul	78	19,9
Centroeste	65	16,6
Não informado	4	1
Total	392	100

Tabela 5 - Distribuição dos participantes segundo profissão

Profissão	N	Percentual
Biomedicina	4	1,0%
Educação Física	7	1,8%
Enfermagem	86	22,0%
Farmácia	55	14,0%
Fisioterapia	36	9,2%
Fonoaudiologia	17	4,3%
Nutrição	63	16,0%
Odontologia	17	4,3%
Psicologia	52	13,3%
Serviço Social	36	9,2%
Terapia Ocupacional	15	3,8%
Não informado	4	1,0%
Total	392	100%

Em relação aos grupos, o grupo 1, ou seja, participantes ingressos em 2010 no programa, 80 responderam, representando 20,4% da amostra. Do grupo 2, participantes ingressos em 2011, 127 responderam ao questionário, representando 32,4% da amostra. E o grupo 3, participantes ingressos em 2012, teve 181 respondentes, representando 46,2% da amostra.

Tabela 6 - Distribuição dos participantes segundo grupo

Grupo	N	Percentual
Grupo 1	80	20,4%
Grupo 2	127	32,4%
Grupo 3	181	46,2%
Não informado	4	1,0%
Total	392	100%

5.2 Delineamento da Pesquisa e Mensuração

A pesquisa adotou delineamento naturalístico (Verdug, 2009) uma vez que comparou os efeitos da intervenção do programa sem randomização ou pareamento dos grupos. Segundo Verdug (2009), esse é um delineamento mais fraco, porém, é uma alternativa recomendada para situações em que não é possível formar grupo controle, seja ele randomizado ou por princípios de pareamento.

Verificou-se o efeito da intervenção, comparando-se os profissionais da saúde que participavam do programa em diferentes estágios: cursados dois anos completos (egressos), em curso do segundo ano e ainda em curso do primeiro ano. Para a comparação considerou-se, então, o tempo de exposição ao programa ou as diferentes dosagens da intervenção recebidas pelos participantes (Zhai, F., Raver, C. C., Jones, S. M., Li-Grining, C. P., Pressler, E., & Gao, Q., 2010).

Considerada a fundamentação teórica do programa (modelo lógico) e os principais aspectos teóricos de avaliação de programas, a comparação dos efeitos foi feita em relação às variáveis crença e satisfação no trabalho em equipe multiprofissional e comprometimento com a equipe multiprofissional. A variável independente considerada foi o tempo de intervenção ou exposição ao programa.

5.3 Instrumento

O questionário aplicado aos residentes é dividido em blocos de itens, correspondentes às escalas de crenças sobre o trabalho em equipe multiprofissional de saúde, satisfação sobre o trabalho em equipe multiprofissional de saúde e de comprometimento com a equipe multiprofissional. Os itens foram baseados nas escalas de Crença na efetividade da equipe, e de Satisfação com a equipe de trabalho desenvolvidas por Puente-Palacios e Borges-Andrade (2005) e de Comprometimento com a equipe de trabalho, desenvolvida e validada por Puente-Palacios e Vieira (2010).

Primeiramente, cada item das escalas foi analisado e teve a sua redação original (focada no contexto de equipes de trabalho) adaptada à equipe multiprofissional da saúde. A adaptação dos itens foi embasada na literatura sobre o tema, em estudos da documentação do programa e em observações sistemáticas realizadas pelo próprio pesquisador das instâncias governamentais gerenciais e executoras do Programa, incluindo reuniões com profissionais de saúde residentes.

Esses itens ajustados passaram por uma validação semântica com intuito de verificar a adequação da redação proposta. Para isto, um grupo de cinco residentes, quatro profissionais relacionados à gestão do Programa e três pessoas que trabalham com elaboração de questionários leram os itens e discutiram a respeito da sua clareza e adequação.

A versão utilizada neste trabalho foi composta por vinte e nove itens, distribuídos em três escalas: Escala de crenças sobre o trabalho em equipe multiprofissional de saúde, com 12 itens; Escala de satisfação sobre o trabalho em equipe multiprofissional de saúde, com 13 itens e Escala de comprometimento com a equipe multiprofissional, com 4 itens. Os itens são respondidos em escala Likert de 5 pontos, onde 1 corresponde a discordo totalmente enquanto 5 corresponde a concordo totalmente.

O instrumento é auto-explicativo uma vez que todas as instruções são escritas no cabeçalho. De maneira adicional, foram acrescentadas perguntas com o objetivo de obter as características demográficas dos respondentes e uma questão aberta em que o participante poderia acrescentar alguma informação, sugestão ou comentário (Anexo 2).

5.4 Procedimentos de Coleta de Dados

Foi solicitada autorização da Coordenação Geral de Residências em Saúde, no Ministério da Educação, através de carta de apresentação da pesquisa e termo de autorização, para utilização das informações sobre o Programa. Essa autorização permitiu a utilização dos e-mails dos profissionais de saúde residentes para a coleta e o acesso à documentação e informações relativas ao Programa.

O questionário foi inserido em uma plataforma da web (*google docs*), acrescido do termo livre esclarecido (Anexo 1) e enviado via e-mail aos 2008 endereços catalogados após consulta às coordenações dos programas. O envio dos questionários foi no dia seis de novembro de 2012 e ficou disponível para respostas até o dia 18 de janeiro de 2013. Muitos e-mails retornaram ao remetente e foram, por isso, reenviados por meio de provedores de internet diversos, no entanto, o retorno permaneceu expressivo.

5.5 Procedimentos de Análise de Dados

Antes de realizar as análises principais foram realizadas análises exploratórias para verificar a ocorrência de erros na base de dados. Em seguida, foram realizadas as análises fatoriais exploratórias dos questionários, para verificar a estrutura fatorial do instrumento aplicado. A quantidade de componentes a reter foi definida pela análise paralela de Horn (1965).

Na Análise Fatorial utilizou-se a rotação *Promax*, indicada quando o número de componentes a extrair, sugerido pela análise paralela, foi maior do que um. Este é um tipo de rotação oblíqua que procura maximizar a variância das cargas fatoriais em um fator. A rotação *Promax* inicia-se com uma estrutura ortogonal e então determina um padrão ideal, com maior abrangência do que a estrutura ortogonal (Nunnally & Bernstein, 1995). De acordo com Laros (2012), rotações oblíquas podem conduzir a estruturas fatoriais de fácil interpretação.

Foram, então, excluídos os itens que apresentaram carga fatorial inferior a 0,40 (Tabachnick & Fidell, 2007). Em seguida, foram calculadas as correlações item-total corrigidas, considerando cada uma das escalas avaliadas. A correlação item-total é uma medida de associação entre o escore do item e o escore total da escala. A correlação é corrigida porque não considera o item respectivo no cálculo do escore total. Essa análise foi realizada com o objetivo de identificar possíveis correlações baixas ou negativas entre itens e a escala, o que seria um indicativo de inadequação do item. O critério inicialmente adotado para aceitação do item foi o de correlação item-total corrigida maior do que 0,20 (Laros, 2012). Nesta etapa da análise exploratória dos itens foi utilizado o programa *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, versão 18.

A análise da fidedignidade dos componentes foi avaliada pelo método Lambda 2 de Guttman. O Lambda 2 de Guttman é mais adequado do que o coeficiente de Alfa de Cronbach, principalmente quando se tem amostras pequenas ou uma quantidade menor de itens por componente (Laros & Tellegen, 1991; Ten Berge & Zegers, 1978). O coeficiente Lambda 2 de Guttman foi calculado para as três escalas: crenças sobre o trabalho em equipe multiprofissional de saúde, satisfação sobre o trabalho em equipe multiprofissional de saúde e de comprometimento com a equipe multiprofissional.

A verificação dos efeitos da intervenção foi feita por meio do teste *t de Student* para amostras independentes, comparando-se os três grupos: grupo 1, com dois anos completos de intervenção (egressos), grupo 2, com um pouco menos de dois anos de

intervenção e grupo 3, com aproximadamente um ano de intervenção. Foram calculados, também, os tamanhos de efeitos encontrados a fim de elucidar se o programa tem, de fato, relevância do ponto de vista prático (Aussems, Boomsma, & Snijders, 2011).

Para a interpretação do conteúdo dos comentários registrados em resposta à questão: “Você gostaria de acrescentar alguma informação, sugestão ou comentário?”, foi utilizada a análise de conteúdo que, segundo Bardin (2004), é um conjunto de técnicas de análise das comunicações e deve se adequar aos propósitos da pesquisa. No caso deste estudo, optou-se pela categorização semântica, que permite o agrupamento de elementos por temas constitutivos de um conjunto. Tema, para Bardin (2004), refere-se a uma afirmação sobre determinado assunto, que pode ser uma frase, uma frase composta, uma unidade de significação que surge naturalmente de um texto. Os temas foram agrupados em categorias pela similaridade de seu conteúdo. Após leitura flutuante e uma primeira identificação de temas recorrentes, foram delimitadas as categorias que agrupavam os temas por sua similaridade. Posteriormente, releituras foram realizadas a fim de confirmar a categorização do material.

6. Resultados

Análise Exploratória dos Dados

Para corrigir eventuais erros de digitação e analisar a presença de dados omissos no banco de dados da pesquisa, procedeu-se uma análise da frequência e distribuição das variáveis em estudo. A frequência de dados omissos em todos os itens variou entre 0 e 1,8%. De acordo com Pasquali (2012), dados omissos na ordem de aproximadamente 5% da amostra podem ser, em geral, negligenciados. Nas análises exploratórias realizadas na base de dados foi corrigido um item que foi respondido fora da escala e foram eliminadas, ainda, respostas duplicadas.

Fatorabilidade da Matriz das Correlações dos Itens

Para realizar uma análise fatorial, dois critérios são frequentemente utilizados para determinação do tamanho da amostra: (1) mínimo de 10 sujeitos por item e (2) 100 sujeitos por fator teoricamente formulado (Laros, 2012). Dessa forma, o tamanho da amostra do presente estudo, composta por 392 sujeitos, mostrou-se adequada, satisfazendo ambos os critérios. O instrumento estava composto por 29 itens, ou seja, deveria ter, pelo menos, 290 sujeitos e, teoricamente, media três fatores, ou seja, deveria ser respondido por, pelo menos, 300 sujeitos.

Verificou-se, então, a fatorabilidade da matriz por meio do índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Um índice de fatorabilidade igual ou superior a 0,80 é recomendado (Hair et al., 2005). O índice KMO da matriz fatorial do presente estudo foi de 0,93, atestando, dessa forma, uma fatorabilidade muito satisfatória.

Análise Fatorial Exploratória da Estrutura do Questionário

Comprovada a fatorabilidade da matriz, outra análise foi realizada para identificar o número de componentes que poderiam ser extraídos da matriz das correlações. Os autovalores iguais ou maiores a um, de acordo com o critério de Kaiser (Pasquali, 2012), indicaram que seria possível extrair até quatro componentes, explicando 57% da variância total (Tabela 7). O *scree plot* (Figura 2) indicou a existência de três ou quatro componentes.

Os resultados obtidos foram, então, comparados aos autovalores aleatórios gerados por meio da análise paralela de Horn (1965). A literatura mostra que a análise paralela é o melhor critério para indicar o número de fatores a ser extraídos (Laros, 2012). A partir desse critério, obteve-se a indicação para extração de três componentes da matriz das correlações (Figura 2) que juntos explicaram, aproximadamente, 53% da variância total (Tabela 7).

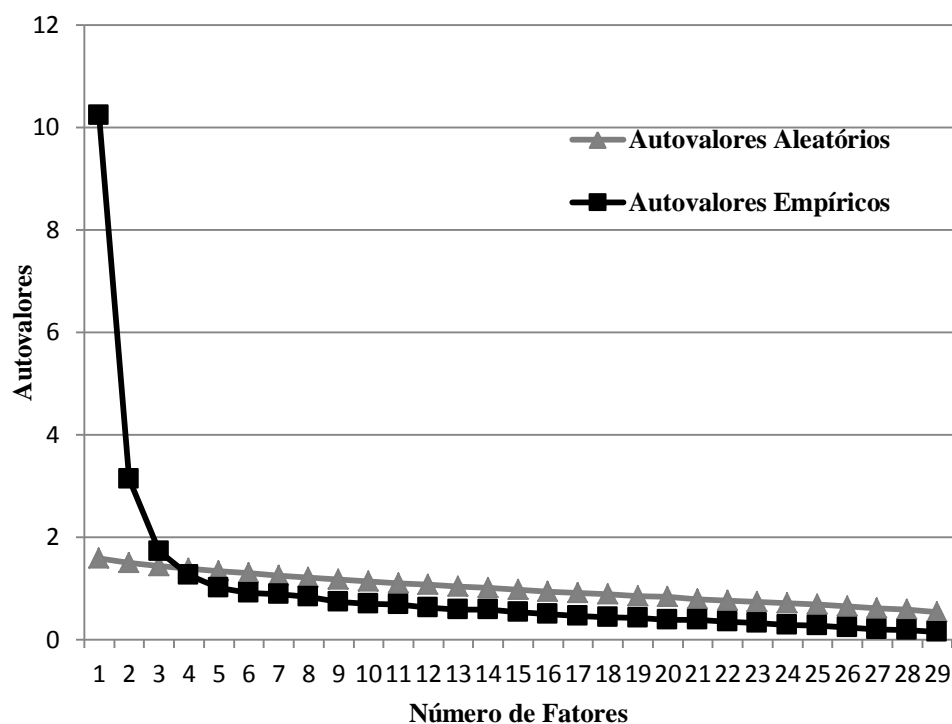


Figura 2 - *Scree plot* dos autovalores empíricos e aleatórios do questionário

Tabela 7 - Autovalores empíricos e aleatórios e percentual de variância explicada

Componente	Autovalores Empíricos			Autovalores aleatórios
	Total	% de Variância	% Acumulado	
1	10,40	35,84	35,84	1,59
2	3,29	11,35	47,18	1,5
3	1,67	5,76	52,95	1,44
4	1,18	4,08	57,03	1,39
...
29	0,14	0,49	100	0,54

A Extração, Rotação e Consistência Interna dos Fatores

Considerando as informações sobre a fatorabilidade da matriz das correlações, procedeu-se à extração dos fatores pelo método *Principal Axis Factoring* - PAF, com rotação *Promax*, tratamento dos casos omissos pelo método *listwise deletion* e a supressão de cargas inferiores a 0,40. A solução fatorial inicial apontou a necessidade de exclusão de sete itens, considerando a baixa carga desses itens no fator que mede o construto teórico. Depois da exclusão desses itens, procedeu-se novamente uma análise fatorial dos itens restantes.

Os fatores 1, 2 e 3 compostos, respectivamente, por 8, 10 e 4 itens com cargas superiores a 0,40 estão dispostos por ordem de importância de sua carga fatorial na Tabela 8. Essa tabela traz ainda as comunalidades (h^2) e as correlações entre os fatores depois rotação com *Promax*, os coeficientes de fidedignidade (Lambda 2), as correlações item-total corrigidas (r_{it}) e as médias de correlações entre os itens. A consistência interna dos fatores foi verificada pelo coeficiente Lambda 2 de Guttman. Os três fatores apresentaram valores acima de 0,80 para esse coeficiente (0,89, 0,85 e 0,88, respectivamente), que é o coeficiente mínimo esperado para que a consistência interna seja considerada boa. Na Tabela 8, também é possível verificar que a grande maioria dos itens mostrou uma correlação item-total alta, variando entre 0,49 e 0,76.

Tabela 8 – Cargas fatoriais (CF), comunalidades (h^2) e correlações entre os fatores depois rotação com *Promax*, coeficientes de fidedignidade (Lambda 2), correlações item-total corrigidas (r_{it}) e médias de correlações entre os itens

Descrição do Item	CF	h^2	r_{it}
Fator 1- Satisfação com o trabalho em equipe multiprofissional de saúde ($\lambda_2 = 0,89$)			
1. A comunicação entre os membros da minha equipe é eficaz.	0,94	0,72	0,76
2. Na minha equipe, há valorização do trabalho de cada profissional.	0,76	0,58	0,71
3. Estou satisfeito com a forma como trabalhamos na minha equipe.	0,74	0,59	0,72
4. As intervenções da minha equipe são planejadas coletivamente.	0,70	0,47	0,66
5. Sinto-me bem com meu relacionamento em equipe.	0,69	0,51	0,66
6. Discussões clínicas contemplam os saberes dos membros da equipe.	0,62	0,49	0,65
7. Confio nos membros da minha equipe multiprofissional de saúde.	0,60	0,40	0,59
8. Conheço o trabalho que dos meus colegas realizam.	0,52	0,37	0,57
Média	0,70	0,52	0,67
Média de correlações entre itens = 0,50			
Fator 2 – Crenças sobre o trabalho em equipe multiprofissional de saúde ($\lambda_2 = 0,85$)			
1. Trabalhar em equipe leva à atenção integral do paciente.	0,74	0,50	0,65
2. Trabalhar em equipe diminui a fragmentação do atendimento.	0,69	0,43	0,60
3. Trabalhar em equipe leva ao aumento da qualidade da assistência.	0,68	0,49	0,65
4. O trabalho em equipe leva a um tratamento mais humanizado.	0,67	0,33	0,56
5. O trabalho em equipe promove a integração dos saberes.	0,60	0,45	0,60
6. O trabalho em equipe leva ao aumento da eficácia na atenção.	0,58	0,30	0,52
7. Trabalhar em equipe leva a diagnósticos mais precisos.	0,55	0,25	0,49
8. Melhoria da habilidade de comunicação com o paciente.	0,52	0,29	0,51
9. A atuação em equipe leva ao aumento da satisfação dos pacientes.	0,49	0,37	0,53
10. Favorece melhor comunicação entre as áreas da saúde.	0,49	0,30	0,50
Média	0,60	0,37	0,56
Média de correlações entre itens = 0,36			
Fator 3 – Comprometimento com a equipe multiprofissional de saúde ($\lambda_2 = 0,87$)			
1. Comprometimento com a atuação multiprofissional.	0,81	0,61	0,73
2. Orgulho por fazer parte de uma equipe multiprofissional.	0,80	0,65	0,73
3. Contentamento por ser parte de uma equipe multiprofissional.	0,77	0,65	0,76
4. O trabalho em equipe inspira o desempenho das minhas atividades.	0,77	0,59	0,73
Média	0,79	0,63	0,74
Média de correlações entre itens = 0,64			
Correlação entre os fatores		F1-F2 = 0,33; F1-F3 = 0,59; F2-F3 = 0,49	

A comparação com as escalas originais, nas quais os itens foram baseados, também aponta para resultados satisfatórios. As escalas utilizadas foram: as escalas de Satisfação com a equipe de trabalho e de Crença na efetividade da equipe, desenvolvidas por Puente-Palacios e Borges-Andrade (2005) e a escala de Comprometimento com a equipe de trabalho, desenvolvida e validada por Puente-Palacios e Vieira (2010). A primeira, ou seja, a escala de Satisfação com a equipe de trabalho é composta por 5 itens e apresenta alfa de Crombach de 0,87, enquanto a escala adaptada, correspondente ao fator 1, Satisfação com o Trabalho em Equipe Multiprofissional da Saúde, é composta por 8 itens e apresenta coeficiente Lambda 2 de 0,89. Já a segunda, Crença na efetividade da equipe, é composta por 4 itens e apresentam alfa de Crombach de 0,75, enquanto a escala adaptada, correspondente ao fator 2, Crenças sobre o trabalho em equipe multiprofissional de saúde, é composta por 10 itens e apresenta coeficiente Lambda 2 de 0,85. Por fim, a escala de Comprometimento com a equipe de trabalho, é composta por 9 itens e apresenta alfa de Crombach de 0,92, enquanto sua adaptada, correspondente ao fator 3, Comprometimento com a equipe multiprofissional de saúde, é composta por 4 itens e apresenta coeficiente Lambda 2 de 0,87.

Descrição dos Fatores

Fator 1 - Satisfação com o Trabalho em Equipe Multiprofissional da Saúde

O Fator 1 está relacionado com a satisfação dos profissionais de saúde residentes com o trabalho que desenvolvem em sua equipe MPS. O coeficiente de fidedignidade Lambda 2 de Guttman desse fator com 8 itens foi de 0,89 (Tabela 8). O Fator 1 reflete a percepção dos residentes sobre o trabalho em equipe MPS em relação à eficácia da comunicação, à valorização do trabalho, à satisfação com a forma de trabalho, ao planejamento coletivo das intervenções, ao relacionamento, à contemplação dos saberes das diferentes áreas, à confiança e ao conhecimento sobre o trabalho que o colega realiza.

Os escores no Fator 1 distribuíram-se de acordo com a normalidade, apresentando índices de assimetria e curtose de -0,482 e -0,510, respectivamente. A média de respostas a esses itens foi 3,72, a mediana 3,88 e o desvio padrão 0,85.

Fator 2 - Crença sobre o Trabalho em Equipe Multiprofissional da Saúde

O Fator 2 refere-se às crenças dos profissionais de saúde residentes sobre o trabalho em equipe MPS. O coeficiente de fidedignidade do Fator 2 com 10 itens foi de 0,85 (Tabela 8). Esse fator reflete a opinião dos residentes sobre o trabalho em equipe multiprofissional da saúde em relação à atenção integral do paciente, à diminuição da fragmentação do atendimento em saúde, ao aumento da qualidade da assistência, à humanização do atendimento, à integração dos saberes das diferentes áreas, à eficácia da atenção, a diagnósticos mais precisos, à melhoria da habilidade de comunicação, à satisfação dos pacientes e à melhor comunicação entre as áreas.

Os escores no Fator 2 mostraram uma distribuição não normal com assimetria superior a 1 (-1,61) e curtose superior a 2 (3,31). A média das respostas foi de 4,6, a mediana 4,7 e o desvio padrão 0,42.

Fator 3 - Comprometimento com a Equipe Multiprofissional da Saúde

O fator 3 é formado por 4 itens, possui coeficiente Lambda 2 de Guttman de 0,87 (Tabela 8) e define o comprometimento dos profissionais da saúde residentes com a equipe multiprofissional da saúde. Esse fator retrata o sentimento de compromisso, orgulho, contentamento e motivação dos residentes em relação à equipe multiprofissional com a qual trabalharam durante o programa de formação.

As respostas dos sujeitos aos itens desse fator distribuíram-se de forma assimétrica, com valores de assimetria (-1,65) e curtose (3,72), superiores a 1 e 2 respectivamente, apontando para não normalidade. A média das respostas foi de 4,43, a mediana 4,75 e o desvio padrão 0,68.

Comparação entre os Grupos

Definidos os fatores, optou-se por tratar os dados omissos pela técnica de *Replacing Missing Values*, utilizando *Linear Trend at Point*, evitando que influenciassem os resultados. A normalidade dos fatores foi avaliada através dos valores de curtose e assimetria. Foram considerados com problemas de normalidade fatores com assimetria superior a 1,0 e curtose superior a 2,0 independentemente do sinal (Miles & Shelvin, 2001; Osborne, 2002).

Para a utilização de transformações matemáticas capazes de tornarem a distribuição de uma variável o mais semelhante possível de uma distribuição normal, Miles e

Shelvin (2001) e Osborne (2002) recomendam a utilização de um de três tipos de transformação: a raiz quadrada, o logaritmo de base 10 e a inversa. Estes três tipos foram aplicados aos fatores com assimetria superior a 1,0 e curtose superior a 2,0. A transformação que se mostrou mais adequada foi o logaritmo de base 10, utilizado, então para transformação dos escores do Fator 2 e do Fator 3.

Satisfeito o pressuposto de normalidade para utilização de testes paramétricos, procedeu-se, então, a comparação entre os três grupos pesquisados. Para comparar os grupos, foi utilizado o teste *t* independente já que existiam grupos de participantes diferentes, ou seja, profissionais da saúde residentes ingressos no programa nos anos 2010, 2011 e 2012. O teste *t* tem ainda como pressuposto a homogeneidade da variância (Field, 2009), esse pressuposto foi satisfeito.

A comparação das médias das variáveis Satisfação, Comprometimento e Crenças entre os grupos de profissionais de saúde residentes ingressos no programa RMS-HUF nos anos de 2010, 2011 e 2012 está expressa na Tabela 9. A inspeção da tabela mostra que as diferenças entre os três grupos são maiores para a variável Satisfação do que para as variáveis Comprometimento e Crenças. A satisfação aumenta, em média, entre os três grupos, ou seja, entre os profissionais ingressos em 2010, 2011 e 2012, revelando mais satisfeitos aqueles com mais tempo de exposição ao programa, ou seja, os ingressos em 2010. Em relação ao comprometimento, verifica-se uma tendência de aumento entre os grupos ingressos em 2010 e 2012. Já, no que tange às crenças, a comparação entre os grupos revelou praticamente não haver diferenças.

Tabela 9 – Média e desvio padrão das variáveis dependentes por grupo

Ingresso	Satisfação		Comprometimento		Crenças	
	N	M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)	
2012	181	3,64 (0,844)	4,46 (0,635)	4,60 (0,400)		
2011	127	3,72 (0,865)	4,36 (0,743)	4,60 (0,450)		
2010	80	3,93 (0,755)	4,55 (0,626)	4,63 (0,382)		
Total	388	3,72 (0,839)	4,45 (0,672)	4,60 (0,412)		

Tabela 10 - Efeito da variável Satisfação

Diferenças na variável dependente Satisfação				
	M1-M2	Tamanho de efeito	Significância	IC 95% da diferença
2010 – 2012	0,297	0,26	< 0,01	0,079 < 0,844
2010 – 2011	0,214	0,19	0,07	-0,020 < 0,448
2011– 2012	0,082	0,07	0,41	-0,114 < 0,279

Na tabela 10, verifica-se que o teste *t de Student* confirmou haver diferenças significativas em relação à variável Satisfação entre os grupos 1 e 3, ou seja ingressos em 2010 e 2012 ($p < 0,01$). Entretanto, a diferença entre os grupos ingressos em 2010 e 2011 (grupos 1 e 2) e entre os grupos ingressos em 2011 e 2012 (grupos 2 e 3), não foram significativas ($p = 0,07$ e $p = 0,41$, respectivamente). A diferença significativa entre os grupos 1 e 3 sugere efeito positivo do programa RMS-HUF na satisfação dos profissionais de saúde residentes sobre o trabalho em equipe MPS. O tamanho do efeito (d de Cohen) de 0,26 encontrado entre os grupos 1 e 3 pode ser considerado um efeito moderado, já que o valor está entre 0,20 e 0,50, esse valor, porém, aproxima-se mais do parâmetro fraco. Valores de d de Cohen menores que 0,20 são considerados efeitos fracos e valores acima de 0,50, efeitos fortes (Cohen, 1988, 1994).

Comentários

O questionário aplicado para esta pesquisa possui, como última questão, uma pergunta aberta que permitiu que os respondentes acrescentassem alguma informação, sugestão ou comentário. Dos 392 participantes, 188 (48%) responderam essa questão.

Para análise dessas respostas, recorreu-se ao método de análise de conteúdo, que evidenciou quatro categorias a partir dos comentários dos profissionais da saúde residentes (Tabela 11). O comentário de cada participante foi categorizado em uma das quatro categorias identificadas. Alguns participantes apresentaram em seus comentários mais de uma categoria. As categorias serão apresentadas a seguir com os respectivos temas que as identificam e a transcrição de comentários que as exemplificam.

Tabela 11 – Frequência das categorias identificadas por respondente

Categoria	<i>n</i>	%
Implementação do Programa	133	70,74
Avaliação da pesquisa e do questionário	54	28,72
Trabalho em equipe e formação multiprofissional	57	30,32
Valorização e inserção do egresso	5	2,66
Total de unidades categorizadas	249	
Total de respondentes	188	

Implementação do Programa

Essa categoria engloba comentários negativos referentes à implementação do programa RMS-HUF. Apresenta como temas a carga horária, a dedicação exclusiva, a formação de preceptores e tutores, a coordenação, o projeto pedagógico, a utilização do residente como mão de obra, a dificuldade de comunicação com os profissionais do hospital entre outros.

É a categoria mais expressiva entre os comentários, identificada 133 vezes no conteúdo analisado, representando 70,7% dos respondentes. Pode ser verificada em comentários como:

"A carga horária é bastante elevada, há uma intensa carga teórica e desse modo, o auto-aprendizado fica deficiente, não sobra tempo para que o residente busque meios de se aprofundar nos temas que o interessa, apesar de a cobrança ser mais intensa do que na graduação. Isso, porque muitos preceptores enxergam os residentes como estagiários, ou a própria instituição os vê como mão-de-obra barata que irá cobrir o quadro de funcionários deficiente de hospitais e ambulatórios."

"A coordenação do programa não favorece e não estimula o trabalho multiprofissional e dá mais atenção para os enfermeiros já que é coordenado por esta profissão, portanto as outras profissões ficam apagadas no meio "multi" pela enfermagem."

"A equipe de residentes multiprofissionais não atuam de forma mais completa porque os seus preceptores não sabem trabalhar em multidisciplinaridade, muitas vezes eles nem se conhecem..."

Avaliação da Pesquisa e do Questionário

Avaliação da pesquisa e do questionário é a categoria definida por comentários sobre esta pesquisa e sobre o questionário aplicado. Apresenta sugestões de questões a serem acrescentadas no questionário; opiniões sobre a importância de pesquisas de avaliação dos programas de residência e de discussões da área, a partir da opinião dos residentes; parabenizações pela pesquisa e solicitações de retorno e divulgação dos resultados. Como questões a serem acrescentadas no questionário, os respondentes sugerem: qualidade do programa cursado; relação dos residentes com a preceptoria; carga horária; conceito de multiprofissionalidade; espaço físico nas instituições para receber os residentes; condições de trabalho; o residente e as relações com a equipe de saúde como um todo e não só na equipe multiprofissional; satisfação em relação a remuneração; perspectiva do residente em relação ao mercado de trabalho após a especialização; existência de preceptoria e tutoria, se há e como está estruturada; relação com os departamentos das universidades; se o corpo docente está ou não envolvido nas atividades da residência.

A categoria está expressa nos comentários de 28,7% dos participantes que responderam essa questão. É exemplificada pelos comentários transcritos a seguir:

"Acredito que para uma avaliação melhor pudesse ser consideradas questões envolvendo tutores, preceptores e a relação com os residentes, e abordar a questão do diploma uma vez que existem problemas nacionais em relação à entrega e validade do diploma enquanto especialização."

"Após a conclusão dessa pesquisa, gostaria de receber a devolutiva dos achados."

"Faltam as perguntas referentes a atuação da preceptoria e tutoria da residência, que no meu caso são bem deficientes."

"Gostaria de parabenizar a iniciativa da pesquisa, pois acredito que ela possa vir a contribuir muito para a visualização da situação atual e no pensamento de perspectivas para as Residências Multiprofissionais do país."

Trabalho em Equipe e Formação Multiprofissional

A categoria *Trabalho em equipe e formação multiprofissional* reflete a opinião dos respondentes sobre o trabalho em equipe e a formação e atuação multiprofissional. Engloba relatos sobre sentimento de realização, convicção da importância, crescimento profissional, motivação, impacto positivo na assistência à saúde, desafios, segurança

profissional, satisfação, participação do processo de mudança do paradigma da assistência e compreensão da atuação de cada profissional. É referida por 30,3% dos respondentes e pode ser exemplificada pelos seguintes comentários:

"A minha opinião pessoal é que a minha equipe profissional é maravilhosa, porém nosso trabalho não é reconhecido pelos próprios tutores de cada área profissional, causando assim desmotivação."

"A residência está me ajudando a compreender melhor o papel da minha profissão e dos demais. Cresci como profissional e espero quando terminar a residência trabalhar em uma equipe multiprofissional".

"Me sinto imensamente realizado trabalhando em uma equipe multiprofissional. Espero que após o término da residência o país esteja aberto a esta filosofia de trabalho, pois tenho certeza do quanto nosso trabalho integraliza a saúde e concede qualidade ao atendimento."

"O programa de Residência Multiprofissional me ajudou a compreender a atuação de cada profissional, a pensar a assistência de maneira mais integral e me capacitou no desafio de trabalhar em conjunto com diferentes práticas e diferentes olhares sobre o sujeito."

Valorização e Inserção do Egresso

Essa categoria traz a preocupação dos participantes sobre sua valorização e inserção profissional após o término do programa. Retrata questões como a valorização do certificado enquanto pós-graduação *lato sensu*, o desconhecimento dos profissionais da área sobre essa modalidade de formação, a dificuldade para a atuação multiprofissional fora do Programa e a necessidade de expansão do programa RMS-HUF como forma de absorção dos egressos. É relatada por, aproximadamente 2,7% dos respondentes e pode ser verificada nos seguintes comentários:

"Considero a pós-graduação em formato de Residência Multiprofissional uma forma excelente de aprendizado prático-teórico, e acredito que, pela qualidade do programa e pela extensa carga-horária de atividades, deveria ser considerada de forma mais relevante que uma especialização em concursos públicos."

"Não há mercado de trabalho. A residência foi criada numa área onde o mercado não absorveu as primeiras profissionais da área, dinheiro público mal investido."

"O Governo deveria investir mais na equipe multiprofissional, abrindo mais residências e dando oportunidade de emprego para os que concluem a residência."

"Entretanto, fora do espaço da residência há pouquíssimas oportunidades de desenvolver essas atividades, até mesmo pelas mentalidades dos demais profissionais que não tiveram esse tipo de formação."

7. Discussão

O objetivo geral deste estudo foi avaliar os efeitos do programa Residência Multiprofissional em Saúde dos Hospitais Universitários Federais em relação à satisfação, ao comprometimento e às crenças no trabalho em equipe multiprofissional de saúde por meio da comparação de três grupos de participantes no programa. Especificamente, pretendia-se (1) Adaptar um instrumento para avaliar um dos objetivos intermediários do programa RMS-HUF, a saber “Formar profissionais de saúde que atuam em equipe multiprofissional”. O instrumento é constituído por três escalas: uma de Satisfação sobre o trabalho em equipe multiprofissional da saúde, uma sobre Crenças no trabalho em equipe multiprofissional da saúde e uma de Comprometimento com a equipe multiprofissional da saúde; (2) avaliar os parâmetros psicométricos das três escalas e; (3) Avaliar os efeitos do programa de Residência Multiprofissional em Saúde por meio da comparação entre grupos dos escores totais obtidos pelas três escalas elaboradas.

A adaptação das escalas de Crenças sobre o trabalho em equipe multiprofissional da saúde, Satisfação sobre o trabalho em equipe multiprofissional da saúde e de Comprometimento com a equipe multiprofissional baseou-se nas escalas de Crença na efetividade da equipe, e de Satisfação com a equipe de trabalho, desenvolvidas por Puente-Palacios e Borges-Andrade (2005) e de Comprometimento com a equipe de trabalho, desenvolvida e validada por Puente-Palacios e Vieira (2010). Os itens das escalas foram analisados e adaptados à equipe multiprofissional da saúde. A adaptação dos itens foi embasada na literatura sobre o tema, em estudos da documentação do programa e em observações sistemáticas realizadas pelo próprio pesquisador das instâncias governamentais gerenciais e executoras do programa RMS-HUF, incluindo reuniões com profissionais de saúde residentes.

Atendendo, então, ao primeiro objetivo específico, adaptou-se as três escalas: Escala de crenças sobre o trabalho em equipe multiprofissional de saúde, com 12 itens; Escala de satisfação sobre o trabalho em equipe multiprofissional de saúde, com 13 itens e Escala de comprometimento com a equipe multiprofissional com 4 itens. Os itens foram respondidos em escala Likert de 5 pontos, onde 1 corresponde a discordo totalmente enquanto 5 corresponde a concordo totalmente.

Para obter evidências de validade e precisão das três escalas adaptadas, segundo objetivo específico, utilizou-se a análise fatorial exploratória, especificamente, pelo

método *Principal Axis Factoring* - PAF. Congruentemente com a estrutura de três escalas teoricamente hipotetizada, a análise exploratória também apontou a estrutura com três fatores como a mais adequada. O modelo encontrado era consistente do ponto de vista semântico. A solução fatorial inicial apontou a necessidade de exclusão de sete itens considerando a baixa carga desses itens no fator que mede o construto teórico. As três escalas ficaram compostas, então, por 8, 10 e 4 itens com cargas superiores a 0,40. Estatisticamente, as cargas fatoriais variaram entre 0,49 e 0,94 e as correlações item total também mostraram-se altas, variando entre 0,49 e 0,76. A consistência interna das escalas foi considerada boa, já que as três escalas apresentaram valores acima de 0,80 para o coeficiente Lambda 2 de Guttman (0,89, 0,85 e 0,88). Os resultados apontam, portanto, evidências de validade das escalas adaptadas.

Obteve-se, então, os escores dos três fatores obtidos pelo instrumento: Satisfação com o Trabalho em Equipe Multiprofissional da Saúde, Crença sobre o Trabalho em Equipe Multiprofissional da Saúde e Comprometimento com a Equipe Multiprofissional da Saúde. Atendendo ao terceiro objetivo específico deste trabalho, comparou-se esses escores entre os três grupos de profissionais de saúde residentes em momentos diferentes de exposição ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde dos HUFs.

A comparação das médias das variáveis Satisfação, Comprometimento e Crenças entre os grupos de profissionais de saúde residentes ingressos no programa RMS-HUF nos anos de 2010, 2011 e 2012 mostrou que as diferenças entre os três grupos são maiores para a variável Satisfação do que para as variáveis Comprometimento e Crenças. A Satisfação aumenta, em média, entre os três grupos, ou seja, entre os profissionais ingressos em 2010, 2011 e 2012, revelando mais satisfeitos aqueles com mais tempo de exposição ao programa, ou seja, os ingressos em 2010. Em relação ao comprometimento, verifica-se uma tendência de aumento entre os grupos ingressos em 2010 e 2012. Já, no que tange às crenças, a comparação entre os grupos revelou praticamente não haver diferenças.

Analisando-se as diferenças encontradas em relação à Satisfação com o Trabalho em Equipe Multiprofissional da Saúde, confirmou-se haver diferenças significativas apenas entre os grupos 1 e 3, ou seja ingressos em 2010 e 2012 ($p < 0,01$). A diferença significativa entre os grupos 1 e 3 sugere efeito positivo do programa RMS-HUF na Satisfação dos profissionais de saúde residentes sobre o trabalho em equipe MPS. O

tamanho desse efeito pode ser considerado moderado, aproximando-se, porém do parâmetro fraco.

Para Puente-Palacios e Borges-Andrade (2005), a efetividade das equipes de trabalho pode ser considerada o resultado final do seu desempenho. Segundo esses autores, ainda, a literatura mostra que a satisfação é um dos indicadores afetivos da efetividade das equipes de trabalho mais frequentemente adotados, seja de maneira isolada ou associada a julgamentos.

Assim, a diferença significativa encontrada entre os grupos 1 e 3 sugere efeito do Programa sobre os profissionais que a ele se expuseram em relação à Satisfação com o trabalho em equipe multiprofissional da saúde. Esse resultado sinaliza a efetividade das equipes multiprofissionais formadas pelo Programa como alternativa para a melhoria de assistência à saúde, considerando, no entanto, um tamanho de efeito pouco expressivo.

Quando comparados em relação à Crença sobre o Trabalho em Equipe Multiprofissional da Saúde, os três grupos não apresentaram diferenças. Pesquisas que focalizam os resultados do desempenho das equipes de trabalho não têm investigado a participação da variável crença, contudo o efeito de construtos próximos está presente em estudos desse campo (Puente-Palacios & Borges-Andrade, 2005). Segundo Costa, Roe e Taillieu (2001), por exemplo, a existência de construtos próximos como estados psicológicos, expectativas, crenças e comportamentos em relação aos outros, os quais, agindo de maneira independente ou associada, afetam os resultados do trabalho da equipe. E, ainda, para Guzzo e Shea (1992), expectativas positivas sobre a efetividade da equipe, denominadas potência, são vistas como elementos que influenciam os resultados da equipe.

Esta pesquisa, portanto, não confirma efeitos do Programa sobre as Crenças dos profissionais da saúde residentes sobre o Trabalho em Equipe Multiprofissional. Esse resultado pode ser consequência do perfil dos profissionais que buscam essa formação, ou seja, possivelmente, há uma tendência à crença positiva no trabalho em equipe nas pessoas que se candidatam ao programa.

No que se refere ao Comprometimento com a Equipe Multiprofissional, percebe-se uma tendência de aumento entre as médias dos três grupos, sem, no entanto, apresentar significância. Entendendo o comprometimento com a equipe como uma forte crença do indivíduo e a aceitação e compartilhamento dos valores e metas da equipe (Puente-Palacios & Vieira, 2010), pode-se considerar, como em relação às crenças, que o perfil

das pessoas que procuram o tipo de formação oferecido pelo Programa já seja de predisposição ao comprometimento.

Quando da construção do questionário, definiu-se por deixar um espaço aberto para que as pessoas que o desejassem acrescentassem alguma informação, sugestão ou comentário. Ao verificar as repostas a essa questão, percebeu-se uma predisposição de grande parte dos participantes desta pesquisa (48%) para expor situações relativas ao Programa, à pesquisa e às próprias expectativas. Definiu-se, então, por analisar esses comentários pelo método da análise de conteúdo. A análise revelou quatro categorias, identificadas de acordo com os temas encontrados: Implementação do Programa, Avaliação da pesquisa e do questionário, Trabalho em equipe e formação multiprofissional e Valorização e inserção do egresso.

A categoria *Implementação do Programa* foi expressa pela maioria dos participantes e traz questões importantes como a formação inadequada de preceptores e tutores, o despreparo da coordenação, a ausência ou precariedade do projeto pedagógico, a utilização do residente como mão de obra, a dificuldade de comunicação com os profissionais do hospital. Esses temas vão de encontro ao preconizado pela legislação e evidenciam a necessidade de supervisão pelo órgão competente. Ainda dentro dessa categoria aparecem temas relacionados à implementação, como a carga horária e a dedicação exclusiva. Os argumentos utilizados são de que a carga-horária é excessiva e a dedicação exclusiva um impeditivo para a ascensão profissional, esses dois temas, no entanto, estão de acordo com a legislação vigente.

A categoria *Avaliação da pesquisa e do questionário* apresenta sugestões de questões a serem acrescentadas no questionário, como qualidade do programa cursado; relação dos residentes com a preceptoria; carga horária; conceito de multiprofissionalidade; espaço físico nas instituições para receber os residentes; condições de trabalho; o residente e as relações com a equipe de saúde como um todo e não só na equipe multiprofissional; satisfação em relação à remuneração; perspectiva do residente em relação ao mercado de trabalho após a especialização; existência de preceptoria e tutoria - se há e como está estruturada; relação com os departamentos das universidades; se o corpo docente está ou não envolvido nas atividades do programa de residência em saúde. Essas sugestões demonstram-se complementares à categoria *Implementação do Programa* e refletem a preocupação dos respondentes com a avaliação do Programa que cursaram ou estão cursando. Nessa mesma categoria aparecem opiniões sobre a importância de pesquisas de avaliação dos programas de

residência e de discussões da área, a partir da opinião dos residentes; parabenizações pela pesquisa e solicitações de retorno e divulgação dos resultados. Esses temas corroboram a necessidade urgente de avaliação e supervisão do Programa levantada pelos participantes.

A categoria *Trabalho em equipe e formação multiprofissional* reflete a opinião dos respondentes sobre o trabalho em equipe e a formação e atuação multiprofissional. Engloba relatos sobre sentimento de realização, convicção da importância, crescimento profissional, motivação, impacto positivo na assistência à saúde, desafios, segurança profissional, satisfação, participação do processo de mudança do paradigma da assistência e compreensão da atuação de cada profissional. Essa categoria vai ao encontro das premissas do Programa. Demonstra crença, satisfação e comprometimento com a equipe, com a formação e, conseqüentemente com o Programa.

A categoria *Valorização e inserção do egresso* traz a preocupação dos participantes sobre sua valorização e inserção profissional após o término do programa. Retrata questões como a valorização do certificado enquanto pós-graduação *lato sensu*, o desconhecimento dos profissionais da área sobre essa modalidade de formação, a dificuldade para a atuação multiprofissional fora do Programa e a necessidade de expansão do Programa como forma de absorção dos egressos. Esses temas revelam uma preocupação importante que também está prevista na legislação do Programa. A Portaria Interministerial Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, estabelece que o programa deve ser orientado pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, ou seja, o Programa deve ser estruturado a partir de parceria entre a Universidade e a gestão local do SUS, de forma a garantir que a formação atenda às áreas que carecem de profissionais.

Os problemas de implementação relatados pelos participantes parecem refletir diretamente nos resultados encontrados. Tanto a ausência de efeitos em relação às variáveis Crença e Comprometimento quanto a pouca expressão de efeito sobre a Satisfação podem ter, como explicação, as dificuldades de implementação que o programa parece enfrentar. A efetividade de programas está diretamente relacionada ao seu grau de implementação. A percepção dos participantes revela uma implementação insuficiente o que dificulta que o programa apresente efeitos positivos.

8. Consideração Finais

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde nos Hospitais Universitários Federais tem como principal objetivo a melhoria da atenção à saúde através da formação em serviço dos profissionais de saúde. De acordo com a política de educação para a saúde e formação para o SUS, essa formação deve promover a integralidade da assistência, estimulando o trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde e a definição coletiva da assistência ao usuário como foco central das ações de saúde.

O sucesso desse Programa relaciona-se diretamente à adesão dos profissionais por ele formados à atuação em equipe multiprofissional da saúde. As equipes de trabalho têm como indicadores de efetividade as crenças, a satisfação e o comprometimento com a equipe. Dessa forma, o objetivo principal deste estudo foi verificar os efeitos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde dos Hospitais Universitários Federais em relação à Satisfação e às Crenças sobre o trabalho em equipe multiprofissional de saúde e em relação ao Comprometimento com a equipe multiprofissional.

Como resultados, este estudo apresenta três escalas específicas para a avaliação do Programa com evidências de validade e, respondendo à pergunta da pesquisa, sugere evidências de efeitos positivos na satisfação dos profissionais de saúde residentes após a exposição ao Programa. Esse resultado sinaliza uma boa perspectiva com relação ao alcance do objetivo final do Programa.

Adicionalmente, a análise dos comentários dos respondentes revelou dificuldades de implementação, expectativas em relação ao Programa, à avaliação e à inserção profissional dos egressos. Percebe-se, nos relatos dos residentes, a percepção da importância do modelo de assistência proposto e a expectativa de ajustes que aperfeiçoem a execução do Programa. Ressalta-se, nesse sentido, a recente criação do Programa e que o seu processo de regulação ainda se encontra em construção.

Os resultados sugerem, portanto, efeitos positivos do Programa, porém sinalizam dificuldades reais de implementação, o que certamente apresenta-se como impeditivo para melhores resultados. Além disso, ressalta-se que este estudo teve como foco apenas um aspecto dos objetivos intermediários do programa e sobre ele, analisou-se somente três variáveis. Além de outros objetivos intermediários a serem avaliados e do objetivo final que requerem, por exemplo, avaliações focadas em graduandos e usuários do

sistema de saúde, os resultados deste estudo apontam a necessidade urgente de avaliação do grau de implementação do programa. Essa avaliação é indispensável para que as adequações necessárias possam ser instituídas para fortalecimento do programa. Em termos práticos, recomenda-se a utilização desta investigação pelos órgãos gestores como subsídio para decisões estratégicas e intervenções.

Como contribuições deste estudo pode-se citar, então, a construção de um instrumento de pesquisa, contribuições para a área de avaliação de programas sociais e contribuições sociais. A construção do instrumento se deu por meio da adaptação de três escalas, com a finalidade de mensurar as variáveis Crença e Satisfação sobre o trabalho em equipe multiprofissional de saúde e o Comprometimento com a equipe multiprofissional. A construção e validação dessas escalas são importantes para instrumentalizar gestores que se interessem por explorar o programa, ressalta-se, no entanto, o caráter incipiente deste estudo que sinaliza a necessária realização de mais pesquisas que permitam verificar a estabilidade da estrutura identificada.

Este estudo contribui, ainda, com as discussões da área de avaliação de programas sociais, na medida em que propõe um delineamento e um modelo de efetividade, a partir da construção do modelo lógico do programa. E, finalmente, traz como contribuição social, uma discussão sobre a implementação de um programa governamental no qual o governo federal investe um montante expressivo de recursos.

9. Referências Bibliográficas

- Allen, N. (1996). Affective reactions to the group and the organization. In M. West (Ed). *Handbook of work group psychology* (pp. 371-396). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Aussems, M. E., Boomsma, A., & Snijders, T. A. B. (2011). The use of quasi-experiments in the social sciences: A content analysis. *Quality & Quantity*, 45(1), 21-42.
- Barbosa, D. (2006). *A influência da liderança e os valores pessoais nas respostas afetivas dos membros de equipes de trabalho*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília. Brasília.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições Setenta.
- Bishop, J. W., Scott K. D., & Burroughs. S. M. (2000). Support, commitment, and employee outcomes in a team environment. *Journal of Management*, 26, 6, 1113-1132.
- Brasil (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
- Brasil (1990). Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
- Brasil (1990). Lei nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm.
- Brasil (2005). Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde CNRMS. Retirado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm.
- Brasil (2009). Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Retirado de <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?data=13/11/2009&jornal=1&pagina=7&totalArquivos=192>.
- Calil, L.C. (2000). Proposta de um modelo pedagógico para programas de residência médica. *Revista Brasileira de Medicina*, 57(7), 751-756.
- Chen, H.T. (2005). *Practical program evaluation: Assessing and improving planning, implementation and effectiveness*. London: Sage.
- Clark, H. H., & Carlson, T. (1982). Hearers and speech acts. *Language*, 58, 332-373.

- Clark, H. H., & Marshall, C. R. (1981). Definite reference and mutual knowledge. In A. K. Joshi, B. L. Webber, & I. A. Sag (Eds.), *Elements of discourse understanding* (pp. 10-63). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Second Edition. Hillsdale, NJ: LEA.
- Cohen, J. (1994). The Earth Is Round ($p < .05$). *American Psychologist*, 49, 997- 1003.
- Costa, A. C., Roe, R., Taillieu, T. (2001). Trust within teams: The relation with performance effectiveness. *European Journal of Work Organizational Psychology*, 10(3), 225-244.
- Ellemers, N., De Gilder, D., & Van Den Heuvel, H. (1998). Career-oriented versus team-oriented commitment and behavior at work. *Journal of Applied Psychology*, 83(5), 717-730.
- Field, A. (2009). *Descobrimos a estatística usando o SPSS* (2ª ed.). Porto Alegre: ArtMed.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. 1a. Ed. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fonseca, C. A., & Bastos, A. V. B. (2003). Criatividade e comprometimento organizacional: suas relações com a percepção de desempenho no trabalho. *Psicologia Organizações e Trabalho*, 3(1), 61-88.
- Greenberg, J., & Baron, R. (1995). Group dynamics and teamwork in organizations. In *Behavior in Organizations Understanding & Managing The Human Side of Work*. (pp. 284-324). New Jersey: Prentice-Hall International.
- Guzzo, R., & Shea, G. (1992). Group performance and intergroup relations in organizations. In M. Dunnette & L. Houghs (Eds.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, 2. ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Hair, F. J., Anderson, E. R., Tatham, L. R., & Black, C. W. (2005). *Análise multivariada de dados*. 5ª ed. Porto Alegre: Bookman.
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30, 179-185.
- Laros, J. A. (2012). O uso de análise fatorial: Algumas diretrizes para pesquisadores. In L. Pasquali (Ed.), *Análise fatorial para pesquisadores* (pp.141-160). Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida – LabPAM..
- Laros, J. A. & Tellegen, P. J. (1991). *Construction and validation of the SON-R 5½-17, the Snijders-Oomen non-verbal intelligence test*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Machado, M. F. A. S., Monteiro, E. M. L. M., Queiroz, D. T., Vieira, N. F. C., & Barroso, M. G. T. (2007). Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*. ABRASCO, (12), 2.

- Marston, P. J., & Hecht, M. L. (1988). Group satisfaction. In R. S. Cathcart & L. A. Samovar (Eds.), *Small group communication: A reader* (5th ed., pp. 236-246). Dubuque, IA: William C. Brown.
- Mclaughlin, J. A. & Jordan, G. B. (2010). Using logic models. In J. S. Wholey, H. P. Hatry & K. E. Newcomer (Eds). *Handbook of practical program evaluation* (pp. 55–80). San Francisco: Jossey-Bass.
- Ministério da Saúde (2010). *Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde*. Brasil.
- Miles, J., & Shelvin, M. (2001). *Applying regression & correlation: A guide for students and researchers*. London: Sage Publications.
- Mourão, L. (2004). *Avaliação de programas públicos de treinamento: um estudo sobre o impacto no trabalho e na geração de emprego*. Tese de Doutorado. Universidade de Brasília, Brasília.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1995). *Psychometric theory* (3ª ed.) New York: McGraw-Hill.
- Osborne, J. W. (2002). Notes on the use of data transformations. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 8(6). Retrieved from <http://pareonline>.
- Park, H. S. (2008). The effects of shared cognitions on group satisfaction and performance: politeness and efficiency in group interaction. *Communication Research*, 35, 88-108.
- Pasquali, L. (2012). *Análise fatorial para pesquisadores*. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida – LabPAM.
- Puente-Palacios, K. E., Borges-Andrade, J. E (2005). O efeito da interdependência na satisfação de equipes de trabalho: um estudo Multinível. *Revista de Administração Contemporânea*, 9(3), 57-78.
- Puente-Palacios, K., & Borba, A. C. P. (2009). Equipes de trabalho: fundamentos teóricos e metodológicos da mensuração de seus atributos. *Avaliação Psicológica*, 8(3), 369-379.
- Puente-Palacios, K. E., Vieira, R. A. (2010). Desenvolvimento de uma medida de comprometimento com a equipe. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 10(1), 81-92.
- Puente-Palacios, K. E., Andrade-Vieira, R., & Freire, R. A. N. (2010). O impacto do clima no comprometimento afetivo em equipes de trabalho. *Avaliação Psicológica*, 9(2), 311-322.
- Posavac, E. J., & Carey, R. G. (2002). *Program evaluation: Methods and case studies* (6ª ed.). NJ: Prentice-Hall.
- Siqueira, M. M. M., & Gomide Jr., S. (2004). Vínculos do indivíduo com o trabalho e com a organização. In J. E. Borges-Andrade, J. C. Zanelli, A. V. B. Bastos, (Eds.), *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil*. Porto Alegre: Artmed.

- Souza, M. G. (2006). O papel do autoconceito profissional na efetividade das equipes de trabalho. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Souza, M. M. (2010). *Avaliação de Programas Sociais: um estudo sobre os efeitos de um programa de educação alimentar visando à melhoria de hábitos alimentares*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília. Brasília.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. 5^a ed. Boston: Pearson Education.
- Ten Berge, J. M. F., & Zegers, F. E. (1978). A series of lower bounds to the reliability of a test. *Psychometrika*, 43(4), 575-579.
- Vedung, E. (2009). *Public policy and program evaluation*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- West, M. (1996). *Handbook of Work Group Psychology*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Wholey, J. S., Hatry, H. P., & NewComer, K. E. (2004). *Handbook of Practical Program Evaluation, 3rd Edition*, San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Zhai, F., Raver, C. C., Jones, S. M., Li-Grining, C. P., Pressler, E., & Gao, Q. (2010). Dosage effects on school readiness: Evidence from a randomized classroom-based intervention. *Social Service Review*, 84, 4, 635-655.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa - Avaliação do Programa de Residência Multiprofissional nos Hospitais Universitários Federais. Essa avaliação é coordenada pelo prof. Dr. Jacob A. Laros e pela aluna de mestrado Cintia Jreige, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações (PSTO), da Universidade de Brasília (UnB). Os objetivos deste estudo são verificar as **crenças sobre o trabalho em equipe multiprofissional de saúde**, a **satisfação sobre o trabalho em equipe multiprofissional de saúde** e o **comprometimento com a equipe multiprofissional**.

Você foi selecionado por ser ou ter sido residente desse Programa. Sua opinião e experiência são fundamentais para este estudo. Gostaríamos, portanto, de contar com a sua colaboração, respondendo este questionário. Esclarecemos que sua participação é voluntária e que suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**.

Qualquer dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar ao Dr. Jacob Laros ou à aluna Cintia Jreige, no endereço: Campus Universitário Darcy Ribeiro, ICC, sala A1 061/4, Brasília, DF; telefone: (61) 31076902, ou pelos e-mails cintiajreige@unb.br e cintiajreige@yahoo.com.br.

Se você concordar em participar, assinale concordo e responda às perguntas que seguem.

(....) Não concordo

(...). Concordo

ANEXO 2

I. Escala de crenças sobre o trabalho em equipe multiprofissional de saúde

Pensando no **trabalho em uma equipe multiprofissional de saúde, em geral**, responda os itens abaixo.

Discordo Totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

1- O trabalho realizado em equipe multiprofissional leva ao aumento da eficácia na atenção à saúde do paciente.	
2- Considero o programa de Residência Multiprofissional em Saúde um bom investimento para minha carreira profissional.	
3- Trabalhar em equipe multiprofissional leva a diagnósticos mais precisos.	
4 - O trabalho realizado em equipe multiprofissional leva a um tratamento mais humanizado do paciente.	
5 – A formação para o trabalho em equipe multiprofissional favorece uma comunicação melhor entre as áreas da saúde.	
6 – Trabalhar em equipe multiprofissional diminui a fragmentação do atendimento em saúde.	
7 – A formação para atuar em equipe multiprofissional leva à melhoria da habilidade de comunicação com o paciente.	
8- Trabalhar em equipe multiprofissional leva ao aumento da qualidade da assistência à saúde.	
9- A atuação em equipe multiprofissional leva ao aumento da satisfação dos pacientes.	
10- Trabalhar em equipe multiprofissional leva à atenção integral do paciente.	
11- O trabalho em equipe multiprofissional promove a integração dos saberes das áreas profissionais da saúde.	
12 - Trabalhar em equipe multiprofissional aumenta o conhecimento sobre o campo de atuação das outras profissões da saúde.	

II. Escala de satisfação sobre o trabalho em equipe multiprofissional de saúde

Pensando na **sua equipe multiprofissional durante o programa** e focando no que você **sente**, responda os itens abaixo utilizando a mesma escala de 1 a 5.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

1 - Estou satisfeito com a forma como trabalhamos juntos na minha equipe multiprofissional.	
2- Sinto-me bem a respeito do relacionamento que mantenho com os membros da minha equipe multiprofissional.	
3- Confio nos membros da minha equipe multiprofissional de saúde.	
4- A comunicação entre os membros da minha equipe multiprofissional é eficaz.	
5- As intervenções da minha equipe multiprofissional são planejadas coletivamente.	
6- Atuando na minha equipe multiprofissional, sinto-me mais motivado no meu trabalho.	
7- As discussões da minha equipe sobre os casos clínicos contemplam os saberes de todos os profissionais que a compõem.	
8- Conheço o trabalho que meu colega de equipe multiprofissional realiza.	
9- Atuando na minha equipe multiprofissional, percebo que meu trabalho está mais efetivo.	
10- Na minha equipe multiprofissional, há valorização do trabalho de cada profissional.	
11- Atuando na minha equipe multiprofissional, sinto-me mais satisfeito no meu trabalho.	
12- Eu me sinto estimulado a superar problemas, trabalhando em equipe multiprofissional.	
13- Trabalhando em equipe multiprofissional, sinto-me mais aberto para a troca de experiências com outras profissões.	

III. Escala de comprometimento com a equipe multiprofissional

Finalmente, queremos saber em que medida as sentenças abaixo **refletem o que você sente** em relação à **sua equipe multiprofissional durante o programa**.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Nem concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

1- Eu me sinto orgulhoso dizendo às pessoas que faço parte de uma equipe multiprofissional.	
2- O trabalho em equipe multiprofissional inspira o melhor em mim, para o progresso no desempenho das minhas atividades.	
3- Trabalhando em equipe, sinto-me comprometido com a atuação multiprofissional.	
4 – Eu me sinto contente por ser parte de uma equipe multiprofissional.	

Concluindo, gostaríamos de fazer algumas perguntas adicionais. Assinale com um X a resposta que represente a sua situação e complemente os dados solicitados.

1- Sexo:

() Masculino

() Feminino

2- Sua idade (em anos): -----

3- Profissão que exerce no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde:

() Biologia

() Nutrição

() Biomedicina

() Educação Física

() Odontologia

() Enfermagem

() Psicologia

() Farmácia

() Serviço Social

() Fisioterapia

() Terapia Ocupacional

() Fonoaudiologia

4- Há quanto tempo concluiu sua graduação? (em anos):

5- Em que ano você iniciou o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde?

2010

2011

2012

6- Você já concluiu o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde?

Sim

Não

7. Em que estado você cursou ou está cursando o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde

AL

MG

RJ

AM

MS

RN

BA

MT

RO

CE

PA

RS

CE

PB

SC

ES

PE

SE

GO

PR

SP

MA

8- Em qual área de concentração você desenvolveu ou está desenvolvendo o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde?

9- Você gostaria de acrescentar alguma informação, sugestão ou comentário?

Sua participação é muito importante para o sucesso dessa pesquisa.

Muito Obrigada!