



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA MESTRADO
ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

VERÔNICA EGLINE FARIAS

CONFLITO INTRAGRUPAL ENTRE EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA E
RESIDENTE MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA:
UM ESTUDO QUANTITATIVO

SOBRAL

2023

VERÔNICA EGLINE FARIAS

CONFLITO INTRAGRUPAL ENTRE EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA E RESIDENTE
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO
QUANTITATIVO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial á obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Educação Permanente em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira

SOBRAL

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- F238c Farias, Verônica Eglina.
CONFLITO INTRAGRUPAL ENTRE EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA E RESIDENTE
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA : UM ESTUDO QUANTITATIVO / Verônica Eglina
Farias. – 2023.
66 f. : il.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação
em Ciências da Saúde, Sobral, 2023.
Orientação: Prof. Dr. GEISON VASCONCELOS LIRA.
1. Saúde da Família; . 2. Educação de pós-graduação; . 3. Conflito; . 4. GESTÃO; 5. EDUCAÇÃO
CONTINUADA.. I. Título.

CDD 610

VERÔNICA EGLINE FARIAS

CONFLITO INTRAGRUPAL ENTRE EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA E RESIDENTE
MULTIPROFISSIONAI EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO
QUANTITATIVO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial á obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Educação Permanente em Saúde.

Aprovado em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Denise Lima Nogueira-Faculdade Luciano Feijão

Prof. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira- Universidade Federal do Ceará

Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira - Universidade Federal do Ceará

A Deus.

Ao meu esposo, Dener Davi.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus Pais, Fátima e Antônio, pela educação que me foi dada.

Ao Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira, pela excelente orientação e paciência.

Aos professores participantes da Banca examinadora, Prof. Dra. Denise Lima Nogueira e Prof. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira, pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Agradeço, ao meu filho, Kilian Davi, que mesmo tão pequeno, me fez tão forte.

Agradeço aos participantes da pesquisa pela disponibilidade, aos colegas de turma pela ajuda, críticas e reflexões. Agradeço as minhas irmãs, em especial, Ana Erleila, por sempre me ajudar.

Os rios não bebem sua própria água; as árvores não comem seus próprios frutos. O sol não brilha para si mesmo; e as flores não espalham sua fragrância para si. Viver para os outros é uma regra da natureza. (...)A vida é boa quando você está feliz; mas a vida é muito melhor quando os outros estão felizes por sua causa (Papa Francisco).

RESUMO

O programa de Residência Multiprofissional é visto como um espaço para modificar o modelo de atenção à saúde, ao promover uma formação crítica e reflexiva nos profissionais. Isso significa que a residência é uma ferramenta eficaz para promover mudanças no processo de ensino-aprendizagem, que refletem diretamente no processo de trabalho, especialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF) (Nascimento et al., 2016; Lima et al., 2015; Beker et al., 2016; Salvador, 2011). Os residentes são vistos como uma nova equipe que ingressa no serviço de saúde com novas percepções e expectativas. Isso pode gerar tensões entre esses profissionais e a equipe de saúde da família, já que praticamente todas as ações advindas do seu processo de aprendizagem requerem trabalho em equipe. Diante disso, o objetivo geral desta pesquisa é identificar a presença de conflitos intragrupais entre os residentes e a equipe mínima de Saúde da Família, de acordo com a percepção dos residentes dos programas de RMSF da Escola de Saúde Pública Visconde Sabóia Sobral. Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória com abordagem quantitativa sobre os profissionais da equipe mínima e os residentes da Escola de Saúde Pública Visconde Sabóia. Foi utilizada a Escala de Conflitos Intragrupos (ECIG), desenvolvida e validada por Silva (2009) em nível nacional (Apêndice A), para verificar a presença de conflitos intragrupais e qual dimensão do conflito prevalece na equipe. A amostra do estudo contou com 180 participantes, com prevalência do sexo feminino. A coleta de dados foi realizada por meio de formulário do Google Forms. Para análise estatística, foi utilizado o programa SPSS, teste de Mann-Whitney e Qui-quadrado, considerando a mediana da ECIG. A pesquisa identificou a presença confiável de conflitos intragrupais entre os residentes e a equipe de saúde, sendo o conflito de relacionamento o mais prevalente. A presença de conflito não teve relação significativa com as variáveis sociodemográficas, exceto pelo tempo de residência. Conclui-se que o conflito existe, mas diverge um pouco do que foi encontrado por outros pesquisadores. Além disso, esta pesquisa abriu espaço para novos questionamentos apresentados ao longo do estudo.

Palavras-Chaves: Saúde da Família; Educação de pós-graduação; Conflito; Gestão; Educação continuada.

ABSTRACT

The Multiprofessional Residency Program is seen as a space to modify the healthcare model by promoting critical and reflective training in professionals. This means that residency is an effective tool for promoting changes in the teaching-learning process, which directly reflects on the work process, especially in the Family Health Strategy (FHS) (Nascimento et al., 2016; Lima et al., 2015; Beker et al., 2016; Salvador, 2011). Residents are seen as a new team entering the health service with new perceptions and expectations. This can generate tensions between these professionals and the family health team, since practically all actions arising from their learning process require teamwork. In view of this, the general objective of this research is to identify the presence of intragroup conflicts between residents and the minimum Family Health team, according to the perception of residents of RMSF programs at the Visconde Saboia Sobral School of Public Health. This is a descriptive-exploratory research with a quantitative approach on minimum team professionals and residents of the Visconde Saboia School of Public Health. The Intragroup Conflict Scale (ICGS), developed and validated by Silva (2009) at national level (Appendix A), was used to verify the presence of intragroup conflicts and which dimension of conflict prevails in the team. The study sample consisted of 180 participants, with a prevalence of females. Data collection was carried out through a Google Forms form. For statistical analysis, SPSS program, Mann-Whitney test and Chi-square test were used, considering the median of ICGS. The research identified the reliable presence of intragroup conflicts between residents and the health team, with relationship conflict being the most prevalent. The presence of conflict had no significant relationship with sociodemographic variables, except for residency time. It is concluded that conflict exists, but diverges somewhat from what was found by other researchers. In addition, this research opened up space for new questions presented throughout the study.

Keywords: Family Health; Postgraduate education; Conflict; Management; Continuing education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Características do estado da questão.....	15
Figura 2- Sistematização do resultado da busca bibliográfica por descritores.....	19
Figura 3- Descrição do método de seleção da revisão bibliográfica.....	20
Figura 5- Tamanho da amostra aplicação programa OpenEpi.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resultado da busca eletrônica através de títulos.....	20
Tabela 2 - Tipos de estudos das pesquisas selecionadas para análise.....	21
Tabela 3- Qualis dos periódicos.....	21
Tabela 4- Sumarização dos artigos sobre RMSF.....	24
Tabela 5- Categorização sociodemográfica da amostra.....	44
Tabela 6- Categorização da amostra quanto tempo de residência e local de atuação.....	45
Tabela 7- Categorização da amostra quanto categorias profissionais.....	46
Tabela 8- Resultado da aplicação da Escala de conflitos Intragrupos.....	47
Tabela 9- Percepção do conflito e as variantes gênero e idade.....	49
Tabela 10- Percepção de conflito e as variantes tempo de residência, local de atuação e atuação da residência.....	50
Tabela 11- Percepção do conflito e a categoria profissional.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ESP	Escola de Saúde Pública do Ceará
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEP	Política Nacional de Educação Permanente
RMSF	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
Scielo	Scientific Electronic Library Online
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNINTA	Centro Universitário INTA
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MedLine	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
SCMS	Santa Casa de Misericórdia de Sobral
ECGI	Escala de conflitos intragrupos
ESF	Estratégia saúde da família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
2	A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O ESTADO DA QUESTÃO	18
3	A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA.....	23
3.1	Residente e a Equipe de Saúde.....	28
3.2	Equipe e Conflitos Intragrupos.....	34
4	OBJETIVOS	38
4.1	Gerais	38
4.2	Específicos	38
5	METODOLOGIA	39
5.1	Abordagem e tipologia da pesquisa	39
5.2	locais da pesquisa	39
5.3	População e amostra	40
5.4	Instrumento e Coleta de dados.....	41
5.5	Análise dos dados	42
6	RESULTADOS.....	44
6.1	Categorização da amostra quanto ao tempo de residência, local de atuação e categoria profissional	45
6.2	Percepção do conflito intragrupos na residência em saúde da família	47
6.3	Percepção do conflito intragrupos e as variantes gênero e idade	49
6.4	Percepção do conflito intragrupos e as variantes tempo de residência e local de atuação	50
6.5	Percepção do conflito intragrupos e a categoria profissional	51
7	DISCUSSÃO.....	52
8	CONCLUSÃO	55
	REFERENCIAS.....	57
	APÊNDICES.....	61
	APÊNDICE A – ESCALA DE CONFLITO INTRAGURPOS.....	61
	APÊNDICE B - FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	62
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	63

APÊNDICE D- TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS EM DOCUMENTOS.....	64
ANEXO A – ANUÊNCIA INSTITUCIONAL – SECRETARIA MUNICIPAL DE SOBRAL.....	65
ANEXO B- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	66

1 INTRODUÇÃO

Em 2011, iniciei minha jornada estudantil em Ciências da Saúde, com a graduação em Enfermagem, no Centro Universitário INTA (UNINTA). Não posso afirmar que foi uma jornada fácil. Muito pelo contrário, já que necessitava trabalhar simultaneamente à minha graduação. As condições financeiras da minha família eram razoáveis, no entanto, não supriam as despesas que a vida universitária necessita, principalmente por não morar em Sobral, onde localiza-se o UNINTA.

Diante desta situação, busquei um trabalho que pudesse exercer dentro de minhas capacidades acadêmicas. Comecei a lecionar em Sobral, na instituição “Reforço Escolar Tia Ester”. Era uma sala de aula bastante diversa, já que estavam presentes estudantes do Ensino Fundamental até o ano pré-vestibular do Ensino Médio. Com uma carga horária de aproximadamente 12 horas por dia, acordava às 5 da manhã para pegar o transporte escolar em direção a Sobral, que fica a 40 km de Santana do Acaraú, de onde sou natural. O trabalho deveria encerrar às 17 horas, em especial para mim, que era de outro município e precisava pegar o ônibus de volta, o qual passava nesse horário. E, neste caminho de vai e vem, sempre refletia que caminho seguiria após o final da graduação.

Com o passar do tempo, comecei a desabrochar um sentimento pela docência, ali no reforço escolar. Quando estava nos períodos finais da faculdade, fui selecionada para dar aulas nos cursos técnicos em Enfermagem nas cidades circunvizinhas de Sobral. A cada nova experiência, crescia ainda mais a vontade de lecionar, justificando a minha escolha pelo Mestrado atualmente.

Após concluir a graduação, em 2016, os professores me incentivaram muito a ingressar na Residência Multiprofissional. Por coincidência, neste mesmo dia, busquei editais que por ventura estivessem com inscrições abertas, e me deparei com o edital da Residência Multiprofissional em Saúde da Escola de Saúde Pública (ESP) do Ceará. Ao analisar o edital, selecionei a opção por Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, já que no decorrer da graduação me identificava com esta área.

A Residência Multiprofissional ofertada pela ESP tem um número de vagas significativo, já que os residentes são distribuídos pelos municípios do estado do Ceará. Geralmente, é ofertado uma vaga diversas categorias profissionais da área da saúde; com a aprovação, a residência se tornou o meu primeiro contato mais direto com os serviços públicos de saúde, pelo nosso Sistema Único de Saúde (SUS).

O primeiro momento da residência é o período de imersão, oferecido aos egressos, que consiste em um momento de nivelamento, de apresentação da proposta da residência e de aprendizagem por meio de momentos lúdicos. Ao final deste período, que geralmente dura dois meses, somos direcionados ao município de atuação.

O primeiro módulo era baseado em Territorializar o campo de atuação, e, já de início, a equipe de residentes sentiu bastante dificuldade para realizar essa tarefa, considerando o real processo de territorialização, segundo Faria (2004), o processo de territorialização pode ser entendido como uma estratégia de planejamento e gestão para intervir nos problemas reais do território, e, não somente divisões geográficas da área, mas sim entender a origem e a história do lugar e das pessoas.

No entanto, durante a aplicabilidade dessa ferramenta, percebemos que a equipe de saúde, além de gestores estavam direcionados para uma visão burocrática desta primeira tarefa. Tentou-se contornar a situação da melhor forma possível, de modo que se pudesse conhecer as raízes daquele território, os reais problemas de saúde da comunidade, as pessoas que habitavam ali e suas histórias, como colocam Nascimento (2019) e Lima (2018), que consideram a territorialização um instrumento para obter informações sobre o “povo” e suas reais necessidades.

A partir deste momento citado acima, e outras situações de conflitos, como por exemplo: o residente ser considerado as vezes estudante, as dificuldades nas tomadas de decisões, as solicitações que ações fossem realizadas sempre em dias e meses simbólicos, a cobrança por produtividade individual, a divergência de ideias, dentre outras situações conflituosas entre o residente e a equipe de saúde gerou um distanciamento entre os residentes, a gestão e a equipe de saúde; chegando ao ponto dos gestores proclamar que não haveria uma segunda turma de residentes no município.

Diante deste cenário, questionava-se se a dificuldade de relacionamento se dava pelo fato de a turma ser pioneira no município? tendo em vista que o grupo de residentes adentra no território com uma proposta diferente de assistência à saúde, e, isso, muitas vezes, causa um “desconforto” na equipe já existente (CAMPOS, 2002). Um estudo realizado por Arruda et. al (2018) sobre a Residência Multiprofissional em Saúde, em um município com egressos e veteranos, apontou as mesmas problemáticas em relação às ações direcionadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que objetiva a produtividade e a clínica direta, gerando a fragmentação das ações pelos residentes contribuindo para o surgimento de situações conflituosas.

De acordo com Albuquerque e Puente-Palacios (2004), nas equipes os objetivos, metas, responsabilidades, resultados necessitam ser compartilhados por todos os membros, afim de atingir objetivos específicos. As equipes, ainda podem ser consideradas “uma organização dinâmica e complexas entre um grupo de pessoas que interagem e compartilham técnicas, regras, procedimentos e responsabilidades, utilizados para desempenhar tarefas” (MACHADO, 1994). É de grande importância afirmar que as equipes de trabalho são compostas por pessoas onde cada uma delas possuem percepções, valores, e ideias diferentes, entretanto, apesar desta divergência, a equipe deve interagir de modo compartilhado para atingir o mesmo objetivo.

Tomando com base o pensamento do autor, Machado, a relação entre a equipe de saúde e a equipe de residentes não seria diferente, sobretudo considerando o fato dos residentes, pessoas novas integrando a equipe de saúde, com ideias novas, por meio de um processo formativo diferenciado poderia/pode gerar momentos de tensionamento entre as equipes de saúde? Há realmente estes conflitos/tensionamento entre a equipe de saúde e os residentes?

Logo, busca-se por meio desta pesquisa esclarecimentos, na percepção dos residentes, se os conflitos estão presentes entre as equipes de saúde, a gestão e os residentes no processo de aprendizado em serviço, e, a classificação do tipo de conflito predominante, caso, existe conflito; A pesquisa torna-se relevante para ampliar os conhecimentos sobre o relacionamento entre as equipes de saúde e os residentes; entendendo melhor se há conflito e qual tipo se sobressai induzindo assim as pesquisas e melhorando a prática do processo de aprendizado.

2 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O ESTADO DA QUESTÃO

Ao iniciar uma investigação bibliográfica a respeito da relação entre os Residentes em Saúde da Família e a Equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF), considerando o estado da questão conforme Nóbrega-Therrnien (2004):

A finalidade do estado da questão é levar o pesquisador a registrar, a partir de um rigoroso levantamento bibliográfico, como se encontra o tema ou objeto de sua investigação no estado atual da ciência a seu alcance (...) clareia e delimita a contribuição original do estudo no campo científico (2004, p.7-8).

Autores ainda consideram o estado da questão como sendo um processo de construção do objeto de estudo, sendo assim as buscas se restringem a parâmetros críticos na seleção de estudos próximos ao interesse do pesquisador; O estado da questão ainda busca: “caracterizar e delimitar objetos de interesse do pesquisador e conseqüentemente a definição de categorias centrais de abordagem”.

De acordo com os autores supracitados o estado da questão pode ser entendido de forma resumida conforme a imagem abaixo:

Figura 1- Características do Estado da Questão

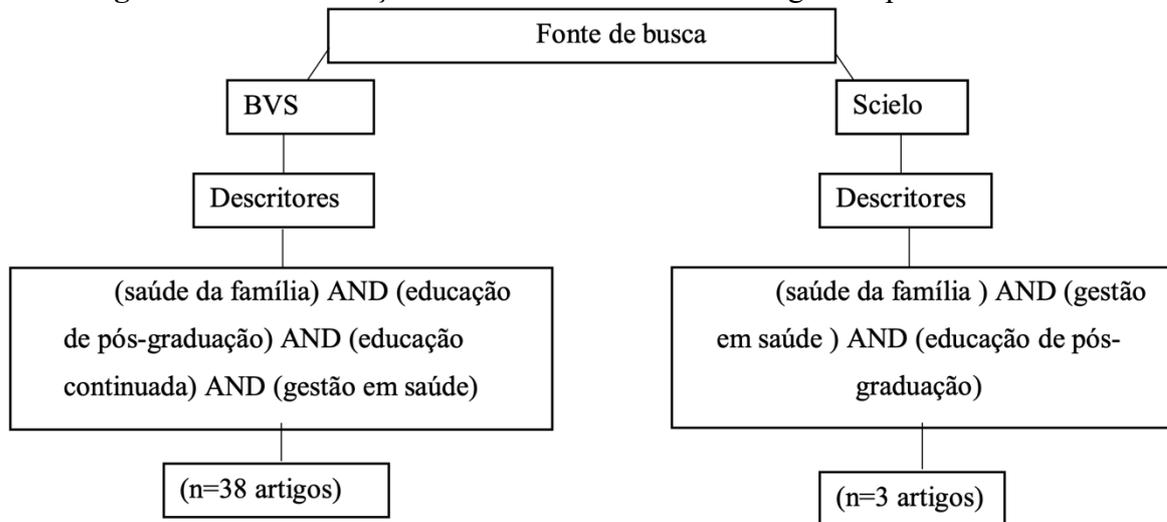
Características	Estado da Questão
Objetivos	Delimitar e caracterizar o objeto (específico) de investigação de interesse do pesquisador e a conseqüente identificação e definição das categorias centrais da abordagem teórico-metodológica.
Procedimentos	Levantamento bibliográfico seletivo para identificar, situar e definir o objeto de investigação e as categorias de análise.
Fontes Consulta	Teses, dissertações, relatórios de pesquisa e estudos teóricos.
Resultados	Clareia e delimita a contribuição original do estudo no campo científico.

Fonte: Estudos em Avaliação Educacional, v. 15, n. 30, jul.-dez./2004

Seguindo essa linha de pensamento, com o intuito de estabelecer uma relação científico- narrativa para subsidiar este estudo, consoante com Nóbrega Therrnien (2004), este momento tem como finalidade considerar as publicações disponíveis em bancos de dados, bibliotecas e periódicos. Logo, realizou-se um levantamento bibliográfico por meio dos

Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), nas seguintes plataformas de pesquisa científica online: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). O resultado desta primeira busca está sistematizado na figura 2 abaixo:

Figura 2– Sistematização do resultado da busca bibliográfica por descritores



Ressalta-se a dificuldade em pesquisar por descritores devido à falta de um descritor específico para este assunto, como “residência multiprofissional”. A maioria dos artigos referenciados pelo descritor “residência” se direciona para as residências médicas. Portanto, foi necessário optar por descritores tangenciais.

Os resultados expressos na Figura 2 foram obtidos através do cruzamento de palavras-chave em todas as bases de dados disponíveis nas plataformas mencionadas: saúde da família, educação de pós-graduação, educação continuada e gestão em saúde. O descritor “educação continuada” foi utilizado na SciELO, mas não gerou resultados e, por esse motivo, não foi incluído no cruzamento nesta plataforma.

O resultado obtido não passou por nenhum filtro e engloba 41 artigos. É um número pequeno de textos, onde apenas um estudo teve ligação indireta com a temática de pesquisa: “Perfil e Trajetória Profissional dos Egressos da Residência em Medicina de Família e Comunidade do Estado de São Paulo”.

Diante disso, iniciou-se um novo levantamento bibliográfico. Desta vez, optou-se por pesquisar pelo título ou assunto nos mesmos bancos de dados usados anteriormente, acrescido do Portal de Periódicos CAPES.

O somatório da busca de publicações nas bases eletrônicas através de títulos está sistematizado na Tabela 1.

Tabela 1 – Resultado da busca eletrônica por títulos/assunto

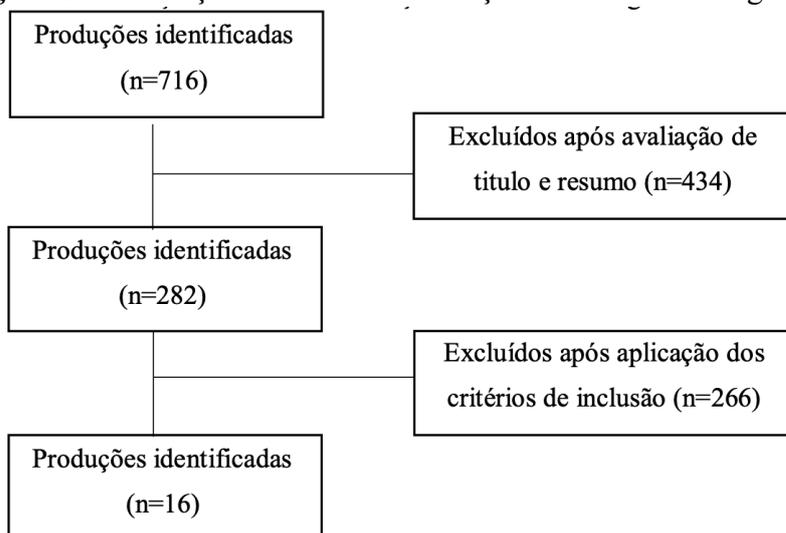
BVS	277
Scielo	40
Portal de Periódicos CAPES	399

Fonte: elaborado pela autora.

Ressalta-se que este resultado está sem os refinamentos ou descartes. As plataformas BVS e o Portal da CAPES foram as que mais localizaram publicações, com um total de 716 publicações nas diferentes bases de dados.

A partir do resultado da Tabela 1, iniciaram-se os critérios de exclusão. A maior frequência de exclusão ocorreu porque as publicações abordavam outros temas, como saúde do trabalhador, educação em saúde, estudos de caso de patologias durante a residência e estudos comparativos entre a residência hospitalar e a residência na atenção básica. Também houve um grande número de estudos sobre a Residência Médica, já que as residências médicas foram instituídas legalmente há mais tempo e havia publicações repetidas em todas as plataformas.

As publicações selecionadas compreenderam o período de 2010 a 2020, sendo que o maior número de estudos publicados sobre essa temática ocorreu entre os anos de 2016 e 2018. Quanto ao idioma, publicações em português, inglês e espanhol foram incluídas no estudo, sendo a língua portuguesa predominante. A Figura 3 sistematiza o fluxo do resultado final:

Figura 3 – Descrição do método de seleção da revisão bibliográfica

Fonte: elaborado pelo próprio autor.

Conforme a Figura 3, os critérios de exclusão basearam-se no recorte temporal dos últimos 10 anos, nos artigos repetidos e, sobretudo, na temática. Ao final de todas as etapas demonstradas na Figura 3, foram selecionados 16 artigos que estão distribuídos segundo o tipo de estudo, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 - Tipo de estudos das pesquisas selecionadas para análise

Estudo de caso	4
Relato de experiência	3
Pesquisa Ação	1
Pesquisa de campo	2
Descritivo e/ou, exploratório e/ou avaliativo	6

Fonte: elaborado pela autora.

A partir da Tabela 2, pode-se perceber que há uma prevalência dos estudos descritivos, exploratórios, avaliativos e estudos de caso. Isso indica a necessidade de tipos de pesquisas de maior cunho científico nesta área. No entanto, é importante citar que dentre os estudos, dois são dissertações de mestrado.

Em relação às bases de dados, como não houve nenhum filtro para elas, as que levaram a um quantitativo maior de publicação foram: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE/PUBMED).

No que concerne aos periódicos em que os artigos foram publicados, a Tabela 3 sistematiza conforme nome do periódico e avaliação quanto ao Qualis.

Tabela 3- Qualis dos periódicos

Periódico	Qualis – Quadriênio 2017-2020
Revista brasileira de medicina e comunidade.	Não existe dados cadastrados na plataforma sucupira.
Saúde em Debate.	B1
Revista de Enfermagem e Atenção a Saúde.	B1
Trabalho Educação e Saúde.	B1
Tempus: Actas de Saúde Coletiva.	B2
Interface: Comunicação, Saúde e Educação.	A2
SANARE: Revista de políticas Públicas.	B1
Revista de Biociências	Não existe dados cadastrados na plataforma sucupira.
Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada.	A4

Fonte: elaborado pela autora com base na plataforma sucupira

A partir da tabela nota-se que o maior Qualis do periódico inserido no estudo é A2. Por mais que seja uma boa classificação de Qualis, o tipo de estudo foi relato de experiência. Isso demonstra que as pesquisas sobre as residências ainda necessitam ganhar mais espaço no campo científico. Logo, mais uma vez é importante frisar a relevância das pesquisas sobre essa temática.

3 A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

De acordo com Ferreira (2010) e Uebel (2003), os primeiros programas de residência surgiram dentro das instituições hospitalares. A primeira residência médica foi criada em 1879 nos Estados Unidos, no Hospital John Hopinks, com o objetivo de qualificar médicos. No Brasil, as residências médicas surgiram por volta de 1940, seguindo o modelo americano centrado no treinamento de técnicas e práticas. Os primeiros programas foram iniciados na Universidade de São Paulo e, por volta de 1970, passaram a ser reconhecidos como modelo de pós-graduação, sendo considerados pela categoria médica o “padrão ouro” da junção entre ensino e prática.

Em 1976, surgiram as primeiras residências multiprofissionais no Brasil. O programa pioneiro foi o de residência em saúde comunitária da Unidade Sanitária São José do Murialdo da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Infelizmente, este programa acabou sendo extinto por motivos financeiros.

Foi somente em 2005 que as residências multiprofissionais e integrais em saúde foram reconhecidas oficialmente. Isso ocorreu após a promulgação da lei 11.129, de 30 de junho de 2005, que criou a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

Segundo Rover (1994), a Educação Permanente em Saúde é definida como “educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho” nos diferentes serviços, com o objetivo de melhorar a saúde da população. Considerando este conceito, é inegável que a residência multiprofissional em saúde é um programa de excelência do Ministério da Saúde como modalidade de formação no serviço.

Após o levantamento bibliográfico realizado, os principais artigos encontrados que discutem sobre o programa de residência multiprofissional em saúde da família estão sistematizados na tabela 4.

Na tabela 4, estão expressos os principais tópicos das pesquisas encontradas da seguinte ordem: título, autores, métodos, objetivos e resultados encontrados. Esses tópicos foram essências na análise dos estudos.

Tabela 4 - Sumarização dos artigos sobre RMSF

Título	Autores	Métodos	Objetivos	Resultados
A percepção dos profissionais de saúde da APS sobre educação permanente.	De carvalho et.al	Estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa.	Analisar a percepção dos profissionais da APS sobre EP.	Os resultados mostram que os profissionais ainda desconhecem a EP como prática profissional. Relatam que as atividades EP foram realizadas, na maioria das vezes pelos residentes.
Competências profissionais e o processo de formação na RMSF.	Nascimento et.al.	Pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso.	Construir um perfil de competências para orientar a formação profissional na RMSF.	A construção do Perfil de competências revelou a potencialidade pedagógica e política da RMSF.
Atuação como apoiadores em saúde: Reflexão sobre a formação na residência multiprofissional.	Beker et.al	Pesquisa qualitativa.	Compreender as interfaces entre a atuação como apoiadores e formação na residência.	Observou-se a importância da aproximação entre a instituição formadora e a rede de saúde. Isto proporcionado um aprendizado complementar entre a prática e a teoria.
Construindo a Multiprofissionalidade: um olhar sobre a RMSF e comunidade.	Salvador et.al	Pesquisa de campo exploratória com abordagem quali-quantitativa.	Analisar a percepção dos preceptores e residentes acerca do processo de construção da multiprofissionalidade.	A Multiprofissionalidade com contexto da residência sugere uma produção de cuidado em saúde e gestão dos serviços, como necessidade face aos princípios filosóficos.

Competências Profissionais e o processo de formação da RMSF.	Nascimento et.al	Pesquisa qualitativa tipo estudo de caso.	Perfil de competências para orientar a formação do profissional na RMSF.	O estudo revelou a potencialidade pedagógica da RMSF para transformação das práticas de cuidado em saúde e a necessidade de pensar em formação a partir de um conceito ampliado do processo saúde-doença.
A educação permanente em saúde segundo dos profissionais da gestão de Recife.	Lima et.al	Estudo qualitativo de caráter descritivo e exploratório.	Percepção dos gestores sobre educação permanente.	Os discursos revelaram que a atuação dos residentes na USF foi potente para induzir mudanças no processo de trabalho e para a formação de profissionais capacitados em atuar na ESF.

Fonte: elaborado pela autora conforme revisão bibliográfica.

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta inúmeros desafios desde sua criação e implementação, sendo um deles a aplicabilidade de seus princípios e diretrizes nos processos de trabalho em saúde:

A assistência prestada, a integração das ações promocionais preventivas e curativas, a organização das ações, o modelo de gestão e a formação dos profissionais devem ser considerados para melhorar a assistência prestada (SILVA, 2015).

Esta fragilidade na prática dos princípios e diretrizes basilares do SUS se reflete principalmente na deficiência nas ações promoção e prevenção da saúde, no estabelecimento do vínculo e no reconhecimento dos problemas reais de saúde num determinado território. A deficiência desses fatores faz com que o modelo biomédico e hospitalocêntrico ainda esteja presente na assistência à saúde da comunidade (MATUS, 2004).

Conforme os autores mencionados anteriormente, a formação dos profissionais de saúde e a gestão dos serviços em saúde são fatores primordiais no desempenho das ações que priorizem os princípios e diretrizes do SUS. A formação dos profissionais como fator condicionante da qualidade da assistência prestada faz despertar a necessidade de uma

reconstrução do modelo formativo. Uma das estratégias para essa reconstrução é o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, uma ferramenta de Educação Permanente que tem como finalidade ser um modelo de formação de recursos humanos do SUS e para o SUS, baseado na formação em serviço (LIMA et al., 2015).

De acordo com o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação (2005), o programa de residência deve ser orientado pelos princípios e diretrizes do SUS, sendo um dos eixos norteadores do programa a interação entre ensino, serviço e comunidade. Nesse sentido, Ceccim e Feuerwerker (2004) consideram “a aproximação do ensino-serviço como uma ferramenta organizada para atender às necessidades de saúde da população” como fator necessário para a efetivação das diretrizes do SUS. Ou seja, à medida que se transforma o trabalho, também se transformam as concepções de saúde.

Gil (2005) afirma que para a reorganização de um modelo assistencial que vise a promoção, proteção e recuperação da saúde é necessária uma organização das práticas, sobretudo do processo formativo. Dentre esses e outros motivos desencadearam a construção da RMS nos anos 2000:

[...] o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação (GIL, 2005, p. 491).

Nessa mesma linha, os autores Nascimento et al. (2016), Lima et al. (2015), Beker et al. (2016) e Salvador (2011), em seus estudos sobre o programa de Residência Multiprofissional, constataram e consideraram a residência como um espaço modificador do modelo de atenção à saúde ao despertar uma formação crítica e reflexiva nos profissionais, tornando a residência um modelo patente e visível de mudanças no processo ensino-aprendizagem que reflete diretamente no processo de trabalho, sobretudo na Estratégia Saúde da Família (ESF), em que um dos focos é a carência da população adscrita.

Imersos nesse contexto, em seus relatos de experiência sobre a inserção do programa de residência na Estratégia Saúde da Família, Brandão et al. (2018) e Camargos et al. (2018) apontaram para o aumento das ações de promoção da saúde, educação em saúde, prevenção de doenças e criação de grupos focais, bem como o aumento das visitas domiciliares, sendo essa uma tecnologia de grande importância na ESF. Além disso, evidenciaram que os residentes possuem uma elevada governabilidade para reestruturação do processo de trabalho nas equipes da ESF.

Lima e Nascimento (2010) conseguiram como resultado do seu estudo perceber que a residência contribui para formação de um novo perfil profissional que modifique as práticas assistenciais baseadas no processo saúde-doença. Sendo o programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) uma estratégia de Educação Permanente interligada por um propósito - o surgimento de um novo perfil profissional com visão diferenciada e crítica sobre o que seria saúde como defensor do SUS - não poderíamos deixar de citar algumas dificuldades da implementação tanto da RMSF quanto da Política Nacional de Educação Permanente (PNEP) nas unidades de saúde do SUS.

Lima et al. (2015) revelam uma forte necessidade de a Educação Permanente ser vista como uma política pela gestão do serviço de saúde. Isso também foi verificado nos resultados do estudo feito por De Carvalho et al. (2016), que demonstraram lacunas sobre a Educação Permanente no que concerne ao conhecimento pela maioria dos profissionais de saúde de determinada unidade, já que a minoria que reconheceu suas práticas foram os profissionais residentes e preceptores que ali atuavam.

Percebemos que mesmo com mais de 212 programas de Residência Multiprofissional inseridos dentro da ESF, ainda existe uma quantidade significativa de profissionais que não detêm conhecimento sobre educação permanente em saúde. Além disso, Pinheiro et al. (2018) e os autores supracitados observaram nas falas dos participantes de suas pesquisas que a participação em ações ligadas ao processo educativo só acontecia quando “obrigados” pela gestão na maioria das vezes. Em vista disso, fica notório que a falta de priorização das ações de Educação Permanente exaure sua aplicabilidade nos serviços de saúde.

Serão esses os fatores que levam a equipe de saúde ao desconhecimento do verdadeiro papel do profissional residente no serviço de saúde? Considerando que existe uma carência de conhecimento acerca da PNEP, isso contribui para o surgimento de atritos entre os residentes e a equipe e equipe de saúde? No entanto, Nascimento et al. (2016) citam que há também dificuldade por parte de alguns residentes em conceituar a Educação Permanente.

Face ao exposto, percebe-se que mesmo após 16 anos da criação da PNEP ainda é frágil sua valorização. Sendo a Residência Multiprofissional uma das principais estratégias para implementação desta Política - senão a principal - são de grande valia os estudos que visam analisar a qualidade, o desempenho, as fortalezas e as dificuldades desse programa. Logo durante esse levantamento bibliográfico destacaram-se dois estudos que tiveram como finalidade avaliar o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família através de métodos auto avaliativos elaborados por Vasconcelos et al. (2016) e Bezerra et al. (2016).

Ressalto que dois desses estudos foram desenvolvidos por pesquisadores da cidade de Sobral. Um deles pertence ao programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará e o outro pertence ao programa de Residência em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. Esses estudos serão discutidos no próximo tópico.

3.1 Residente e a Equipe de Saúde

A inserção dos residentes na equipe de saúde do território de atuação faz emergir diversos sentimentos por parte da equipe, como também dos próprios residentes. Após o levantamento bibliográfico os artigos que abordam a relação entre a equipe de saúde e os profissionais residentes estão sistematizados na tabela abaixo:

Tabela 5 - Sumarização dos artigos que abordam o residente e a equipe de saúde

Título	Autores	Métodos	Objetivos	Resultados
A implementação do programa de Residência Médica em medicina de família e comunidade na região sudeste do Brasil: um relato de experiência.	Sarti et.al	Relato de experiência	Elencar dificuldades e fortalezas na implementação do programa	Necessidade de outras coordenações dentro do programa de residência com grau de autonomia na gestão do processo de trabalho para colaborar na diminuição de desentendimentos entre os grupos.
Formação para o trabalho na ESF: uma experiência da RMSF	Camargos et.al	Relato de experiência	Relatar a experiência da proposta de ensino para atuação na ESF desenvolvido pela RMSF.	A partir do estudo o autor observa que os residentes possuem uma elevada governabilidade para apoiar a reestruturação do processo de trabalho na ESF, sobretudo na resolubilidade de conflitos durante a convivência com a equipe de saúde.

Avaliação de programa de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores	Bezerra et.al	Estudo avaliativo exploratório	Elaborar um instrumento qualificador para contribuir com o monitoramento do programa de residência.	A construção do instrumento identificou a importância nas tomadas de decisões quanto a elaboração mais efetiva nas intervenções relativas ao processo formativo. Fortalecimento da atenção, gestão, ensino e controle social dentro do programa, pois este ainda é frágil.
Avaliação de programas de RMSF por indicadores.	Vasconcelos et.al	Qualitativo do tipo estudo de caso	Desenvolver um método autoavaliativo do programa de residência.	A construção e validação dos indicadores sinalizam a relevância de uma proposta que supere as avaliações tradicionais
Autoavaliação como estratégia educativa no contexto do programa de RMSF.	Da Ponte Neto et.al	Descritivo	Refletir sobre a Autoavaliação no contexto da RMSF.	A percepção de si, e o compartilhamento de percepções, como também o desencadeamento de mudanças provoca estranhamentos entre as equipes e residentes. Considera assim a Autoavaliação uma contribuição para reflexão nas tomadas de decisões.

<p>Avaliação do conhecimento dos residentes da RMSF referente ao contrato didático</p>	<p>Silveira et. al</p>	<p>Pesquisa quanti-quali descritiva.</p>	<p>Analisar as relações de ensino, aprendizagem, nos espaços de formação em saúde através da avaliação do residente sobre o programa RMSF.</p>	<p>Os residentes não se sentem participantes ativos nos espaços de discussões e nas decisões tomadas em relação ao processo de formação. Na opinião dos entrevistados nem sempre os facilitadores demonstram interesse em oportunizar a participação no conjunto de regras estabelecidas.</p>
<p>O Papel Da Residência em Saúde na qualificação e expansão da APS: saberes e impressões na perspectiva do usuário.</p>	<p>Mulher</p>	<p>Pesquisa qualitativa exploratória</p>	<p>Discutir o papel da formação profissional em saúde durante o processo de expansão da ESF</p>	<p>Ainda existe limitações no programa, em especial no que tange a atuação multiprofissional interdisciplinar e a conexão com o controle social, sendo o contato do residente com a comunidade algo dificultoso por parte da equipe de saúde.</p>
<p>Posicionamento dos coordenadores da APS sobre os egressos da RMSF.</p>	<p>Lunas Junior et. al</p>	<p>Exploratório descritivo com abordagem qualitativa</p>	<p>Analisar o posicionamento dos coordenadores da APS dos municípios que contemplam a 11 Coordenadoria Regional de Saúde com sede em Sobral sobre os egressos da RMSF.</p>	<p>O estudo demonstrou que os gestores estão satisfeitos com o trabalho feito pelos residentes, no entanto não apontam a residência em saúde da família um requisito para atuar na ESF</p>

Trabalho na ESF: experiência da RMSF	Pinheiro et.al	Pesquisa ação	Análise das facilidades e dificuldades para realização das estratégias de EPS na ESF	Como facilidades tem-se a utilização de metodologias ativas, integração da equipe de residência e abertura da gestão. Já as dificuldades, destaca-se o envolvimento dos profissionais nos processos da residência, talvez pela sobrecarga de trabalho, infraestrutura, ou desvalorização dos saberes e incompreensão dos métodos da RMSF.
Potencialidades da RMSF: o olhar do trabalhador de saúde.	Domingos et.al	Estudo qualitativo de caráter descritivo e exploratório.	Percepção dos trabalhadores de saúde sobre as potencialidades da inserção da RMSF em Londrina.	Os discursos revelaram que atuação dos residentes nas USF foi potente para induzir mudanças nos processos de trabalho e para formação de profissionais capacitados para atuar na ESF.

Fonte: elaborada pela autora baseado na revisão bibliográfica.

A experiência como residente e as discussões com alguns “stakeholders”, juntamente com a revisão da literatura, mostram que existem algumas divergências e possíveis lacunas na relação entre os residentes e a equipe de saúde do município de atuação. Conforme Camargo et al. (2018) destacam em seu relato de experiência, há momentos conflitantes e vários tensionamentos entre os residentes e a equipe de saúde em relação ao papel claro do residente, “ora visto como estudante em formação, ora visto como mão de obra barata” (CAMARGO et al., 2018, p. 197).

Isso também foi mencionado por Sarti et al. (2018) em seu relato de experiência sobre a implementação da RMSF, além de apontamentos sobre a necessidade de outras coordenações e setores com grau de autonomia na gestão do processo de trabalho dos

residentes, uma vez que são impostas ações baseadas em calendários festivos já programados pela gestão da ESF do município de atuação do programa.

Será que a falta de compreensão por parte da gestão e dos demais profissionais da ESF sobre o papel do residente resulta em conflitos na equipe? De acordo com Marra e Melo (2005), a gestão em ambientes públicos, a burocracia, fatores políticos, disputas de poder, falta de formação administrativa e cultura organizacional contribuem para os próprios conflitos entre a gestão e os demais grupos. Uma das minhas indagações durante a experiência como residente no início deste estudo foi justamente a falta de autonomia para realizar ações que não fossem diretamente direcionadas pela SMS, as dificuldades nas relações e os conflitos entre os residentes e a equipe de saúde.

Esse questionamento também foi reconhecido por Da Ponte Neto et al. (2018) em seu estudo, que afirma que os gestores municipais inicialmente priorizam atendimentos individuais e muitas vezes lotam os residentes em áreas diferentes, contribuindo ainda mais para a fragmentação do serviço e gerando mal-estar entre o grupo de residentes.

Diante disso, é possível afirmar que os gestores e/ou equipe de saúde consideram os residentes como mão de obra barata e por isso não aceitam outras propostas por parte do profissional residente? Agravando ainda mais as tensões nas relações?

Vasconcelos et al. (2016) afirmam que esses momentos conflitantes entre a gestão e o residente podem influenciar negativamente na qualidade do serviço:

(...)É possível pensar um sistema de saúde baseado na integralidade, pois permite articular gestão, atenção, ensino e controle social no enfrentamento de problemas reais de cada equipe, ou seja, pensar o processo de ensino- aprendizagem com foco na educação em serviço (VASCONCELOS et.al., 2016, p.66).

Nascimento et.al (2018), reforçam o posicionamento dos autores acima citado, ao considerarem a boa interação da equipe de residentes com a gestão do município importante para a qualificação dos processos de trabalho:

(...) A inserção da Residência Multiprofissional, pode contribuir na resolução de problemas, tendo em vista que esta metodologia de formação possui potencialidade, de forma criativa e inovadora, de contribuir na superação destas dificuldades (...) (CAMARGO et. al., 2018, p. 197).

Nesse mesmo prisma, Bezerra et al. (2016) destacam que existe uma dificuldade dos profissionais na adequação do processo pedagógico da residência, que vai de encontro ao modelo biomédico predominante nas instituições de ensino e em boa parte das unidades básicas de saúde. Eles também citam a necessidade de um “foco a nível gerencial para que o programa

adquirir mais efetividade quanto a sua proposta” (BEZERRA et al., 2016, p.466). Será que a prevalência do modelo biomédico interfere nas ações dos residentes dentro do município? E isso prejudica a relação do residente com a gestão e com a equipe de saúde.

Quanto ao relacionamento da equipe de saúde com os residentes, os autores supracitados consideram, com base em suas pesquisas avaliativas, que “o diálogo diário entre o quadrilátero: atenção, gestão, ensino e controle social é frágil dentro do programa”.

De acordo com Feuerwerker (2014), todo trabalhador, sobretudo o gestor, usa da autonomia que lhe é dada para tomar decisões dentro do universo de sua subjetividade e do que lhe parece certo:

(...)Complexidade do mundo do cuidado tem consequências para o modo de se pensar a política e a gestão em saúde. Começando pela necessidade de ser muito crítico em relação ao que é saúde, seu objeto, seus propósitos e seus métodos, reconhecendo os múltiplos atravessamentos do campo e a necessidade de desconstruir/ resistir à medicalização” (FEUERWERKER, 2015, p. 68).

Dentro desse contexto de necessidade de o gestor ter uma visão crítica do que é saúde e ter em mente a importância da desconstrução da medicalização, o programa de residência foi apontado por Domingos et al. (2015) como influenciador na mudança da micropolítica do trabalho, estimulando a atenção voltada para os verdadeiros problemas da comunidade. Isso porque existe a necessidade de uma gestão cada vez mais participativa e humanizada, sempre à disposição da comunidade, como adverte Muller (2018).

Da Ponte Neto et al. (2018) seguem esse mesmo raciocínio quando citam algumas dificuldades encontradas na implementação da proposta da residência no serviço, como a deficiência de empatia por parte da gestão em relação ao alinhamento dos autores do programa com a proposta da residência. Mais uma vez, a dificuldade das equipes de saúde em visualizarem o papel dos residentes no serviço e a falta de diálogos entre a gestão municipal, os trabalhadores do serviço e a coordenação do programa são colocadas em pauta (FILHO, 2016).

Um estudo feito por Lunas Junior et al. (2014), pesquisadores ligados ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da UFC, com o objetivo de visualizar o posicionamento dos coordenadores da Atenção Básica sobre os egressos da RMSF, mostrou uma satisfação por parte dos coordenadores com os trabalhos desenvolvidos pelos profissionais residentes. Contudo, boa parte dos coordenadores não considerou pertinente que a residência fosse um requisito para preenchimento de vagas de trabalho dentro da ESF. Esse posicionamento dos gestores demonstra uma contradição em relação às suas próprias colocações ao pontuar a

contribuição da residência para a reorganização da Atenção Básica, mas não a considerar um requisito para atuar na ESF.

Silveira (2011), em sua dissertação de mestrado, concluiu que os residentes não se sentem participantes ativos nas tomadas de decisões, como por exemplo no processo formativo. Alguns residentes entrevistados pelo autor afirmaram não ter espaços de construção e questionamento com os facilitadores, como é o caso da participação do residente na construção do contrato didático.

3.2 Equipe e Conflitos Intragrupos

Ao longo dos anos, as instituições têm demonstrado um interesse crescente no trabalho em equipe e/ou em grupos. Isso ocorre porque indivíduos que trabalham em equipe tendem a gerar melhores resultados e a desenvolver atividades mais complexas. No entanto, a vida organizacional exige interação entre os indivíduos, pois em algum momento é necessário trabalhar em grupo e/ou equipe.

Existem vertentes teóricas que diferenciam grupos de equipes. De acordo com Guzzo (1996), nas ciências sociais, um grupo é entendido como um conjunto de pessoas que trabalham juntas, mas não necessariamente realizam atividades de maneira interdependente. Para o autor, essa interdependência é uma característica fundamental da definição de equipes.

Por outro lado, Albuquerque e Puente-Palacios (2004) consideram grupos e equipes sinônimos. Para eles, grupos são equipes de trabalho com características “peculiares e complexas” que compartilham objetivos, tarefas e funções (SILVA, 2009). Além disso, pode-se considerar a definição de equipe/grupo elaborada por Machado (1998), que será utilizada neste estudo:

(...) um sistema de relações dinâmicas e complexas entre um conjunto de pessoas, que se identificam a si próprias e são identificadas por outras pessoas dentro da organização como membros de um grupo relativamente estável, que interagem e compartilham técnicas, regras, procedimentos e responsabilidades, utilizadas para desempenhar tarefas e atividades com a finalidade de atingir objetivos mútuos. (MACHADO, 1998 p. 7)

De acordo com o conceito de equipe mencionado anteriormente, entende-se que equipes são grupos dinâmicos que estão constantemente sujeitos a mudanças de acordo com a situação em que são responsáveis por desenvolver. Segundo Gladstein (1984), as equipes podem ser avaliadas a partir de indicadores duros, como a produtividade individual, e indicadores afetivos, como satisfação e qualidade das relações sociais.

Ao mensurar a efetividade de uma equipe, Silva (2009), afirma:

Ao mensurar a efetividade de uma equipe, deve-se levar em consideração os 'indicadores afetivos, representados pelos níveis de satisfação e comprometimento. De acordo com esse critério, para que uma equipe seja considerada efetiva, é necessário que as experiências satisfatórias com o seu desempenho superem as frustrações ocorridas ao longo do processo de trabalho. Satisfação pode ser definida como 'um estado emocional ou de prazer resultante do trabalho ou de experiências de trabalho', onde a satisfação no trabalho depende de características individuais e culturais do funcionário, dos atributos de sua equipe e da empresa em que trabalha (SILVA, 2009 p. 28).

Conflito pode ser considerado como parte integrante de um grupo, capaz de proporcionar criatividade, inovação, atitudes, cognições e momentos de tensionamento. A dinamicidade do grupo faz com que vivenciem influência da realidade em que são inseridos. Gutzkow e Gyr (1954) foram os primeiros pesquisadores a conceituar o conflito como um manifesto de discordância ou desacordo entre um grupo, uma equipe ou qualquer outra entidade. A partir dos anos 90, a literatura internacional começou a apresentar interesse em estudos que abordavam o conflito entre grupos. Surgiram então os campos de pesquisa sobre conflitos intragrupal realizados por Jenh (1994). Esta autora considera que os conflitos podem ser tanto de natureza afetiva quanto cognitiva.

Jenh (1994) apresenta três dimensões do conflito: afetiva (de relacionamento), cognitiva (de tarefa) e processo. O conflito afetivo envolve indicadores emocionais e afetivos como atritos, tensão ou raiva entre os membros do grupo. O conflito cognitivo envolve indicadores cognitivos como diferentes pontos de vista e opiniões relacionados ao planejamento e execução das atividades do grupo. O terceiro tipo, conflito de processo, está relacionado à incompatibilidade de perspectivas ou ideias sobre a forma de realização da tarefa.

Com base nas definições propostas pela autora, considera-se que os indicadores emocionais e afetivos estão ligados ao conflito de relacionamento e os indicadores cognitivos estão ligados ao conflito de tarefas. A terceira dimensão do conflito intragrupal é menos abordada pela autora e está relacionada à incompatibilidade de ideias sobre a execução das tarefas. Em seus estudos, Jenh dá mais ênfase às duas primeiras dimensões: conflito de tarefas e conflito de relacionamento.

De acordo com Silva (2010) e outros autores mencionados anteriormente, o conflito cognitivo ou de tarefas pode ser caracterizado: "como a percepção de desacordos entre os membros de um grupo sobre tomadas de decisões" (Silva, 2010 p. 28).

A origem deste conflito está nas preferências políticas, pessoais, valores e estilos interpessoais. Vale ressaltar que este conflito não se limita apenas à tarefa em si, mas também abrange as preocupações do grupo com essas diferenças ao invés de se dedicarem ao trabalho. Além disso, a divergência na forma como as tarefas são executadas influencia diretamente na distribuição das funções a serem executadas pelos membros da equipe (SILVA, 2010).

Simons e Peterson (2000) apontam que altos níveis de conflito de tarefas trazem consequências negativas para a satisfação dos membros da equipe com o trabalho. Jenh (1994) considera esses efeitos negativos em relação ao conflito de tarefa quando o trabalho exige soluções rápidas ou os procedimentos para a execução já são padronizados ou rotineiros. Ações que demandam problematização das tarefas ou criatividade são consideradas “perdas de tempo” quando a equipe já segue algo padronizado. No entanto, quando as equipes tratam de tarefas que não requerem soluções rápidas, níveis moderados de conflitos podem ser desejáveis por proporcionarem maior entrosamento e diálogo entre a equipe a respeito do trabalho.

O conflito de relacionamento pode ser gerado a partir de situações conflitantes que envolvem o planejamento e execução do trabalho. Nesta dimensão do conflito, os membros da equipe investem muito tempo em disputas individuais. Para Jenh (1994), os conflitos de relacionamento são prejudiciais ao “desempenho e satisfação do grupo”. Peterson e Simons (2000) também consideram que a qualidade e efetividade do grupo são comprometidas em decorrência do conflito de relacionamento.

Para mensurar o conflito intragrupal proposto (conflito de tarefas e conflito de relacionamento), Jenh (1997) elaborou uma escala denominada Intragroup Conflict Scale (ICS), que foi adaptada e aperfeiçoada pelos pesquisadores Pearson, Ensley e Amason em 2002. Na literatura brasileira, Simons e Peterson (2000), Guimarães e Martins (2008) elaboraram e validaram uma escala denominada Escala de Conflitos Intragrupais (ECI) que também avalia o conflito através de duas dimensões: conflito de tarefas e conflito de relacionamento. Mais recentemente, Silva (2010) elaborou uma nova escala: Escala de Conflitos Intragrupos (ECIG), baseada na escala de Jenh e Martins, Guimarães e Nascimento (2005), aproveitando apenas os itens que não apresentavam fragilidade semântica. Os detalhes sobre a escala serão abordados no decorrer deste estudo.

Borba (2007) afirma que para se conhecer a efetividade de um grupo de trabalho é necessário primeiro saber o que afeta a falta de efetividade da equipe. De acordo com Guzzo e Shea (1987), as equipes podem ser caracterizadas por vários tipos de interdependência: eficácia das tarefas, resultados e algumas literaturas apontam metas como uma terceira interdependência.

Em suma, percebe-se o quanto a vivência em equipe é complexa, especialmente quando se leva em consideração a possibilidade do conflito intragrupal. Considerando-se em especial os residentes e a equipe de saúde, nota-se o quanto este grupo está sujeito a presenciar e vivenciar conflitos, já que praticamente toda ação advinda do seu ofício/processo de aprendizagem requer desenvolvimento em equipe.

Ao final desta revisão bibliográfica, houve um desvelar sobre os impasses na relação entre os residentes e a equipe de saúde. Observou-se um elenco de potencialidades no processo de trabalho dos residentes, mas houve incipiência de resultados quanto aos fatores agravantes e atenuantes da relação entre os residentes e a equipe de saúde, bem como comprovação se há ou não conflitos entre os residentes e a equipe de saúde com base na literatura científica. Os artigos abordam superficialmente essa temática deixando ainda muitas implicações e indagações em aberto. Diante disso, propomos a seguinte questão de pesquisa: **“Há conflito intragrupal entre os residentes e equipe de saúde da família na percepção dos residentes?”**

4 OBJETIVOS

4.1 Gerais

Identificar a presença de conflito intragrupal entre os residentes e a equipe de Saúde da Família, de acordo com a percepção dos residentes do programa de RMSF da Escola de Saúde Pública Visconde Saboia em Sobral/CE.

4.2 Específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico dos residentes do programa de RMSF da Escola de Saúde Pública Visconde Saboia, de acordo com variáveis de interesse e período do estudo;
- Identificar se há conflito intragrupal e qual o tipo predominante (conflito de relacionamento ou conflito de tarefa);
- Analisar a presença de conflito intragrupal em relação às variáveis do perfil sociodemográfico dos residentes.

5 METODOLOGIA

5.1 Abordagem e tipologia da pesquisa

Esta é uma pesquisa descritivo-exploratória com abordagem quantitativa sobre os profissionais da equipe de saúde da família e os integrantes do programa de residência da Escola de Saúde Pública Visconde Saboia. Segundo Severino (2016), é necessário, dentro da pesquisa qualitativa, um “conjunto de recursos e instrumentos adequados para a exploração das fontes mediante procedimentos operacionais”. Fonseca (2002) reforça que a pesquisa quantitativa é aquela em que os resultados podem ser quantificados e focada na objetividade, utilizando-se da linguagem matemática para descrever, entre outras coisas, as causas de um fenômeno e as relações entre as variáveis. Sabino (1996) conclui que a pesquisa quantitativa se efetua “como todas as informações numéricas resultantes da investigação, que se apresenta como um conjunto de tabelas, quadros e medidas”.

Hartz e Silva (2008) consideram a pesquisa avaliativa como uma forma de analisar as práticas sociais, principalmente das resultantes da ação social planejada, como políticas, programas e serviços de saúde. Este estudo é descritivo-explicativo quanto aos seus fins, pois expõe as características do conflito interpessoal buscando analisar as relações entre o residente e a equipe de saúde no que diz respeito à existência de conflito e aos tipos de conflitos.

5.2 locais da pesquisa

O campo empírico da pesquisa será o município de Sobral, situado na região norte do estado do Ceará, a 235 km da capital Fortaleza. A Estratégia Saúde da Família foi iniciada em 1997. Atualmente o município conta com 70 Equipes de Saúde da Família e 47 Equipes de Saúde Bucal distribuídas em 37 Centros de Saúde da Família (CSF), sendo 23 localizados na sede do município e 14 nos distritos, com cobertura populacional de 100%.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família do município de Sobral foi iniciada em 1999 com sua primeira turma composta exclusivamente por médicos e enfermeiros. Somente em 2001 foram acrescentadas diversas categorias profissionais ao programa. O modelo proposto para a residência multiprofissional em saúde da família de Sobral busca se apoiar nos seguintes pressupostos teórico-metodológicos: promoção da saúde, educação popular e educação permanente - prática educativa na qual o trabalho vira estudo e o estudo vira trabalho - buscando transformar os profissionais em sujeitos ativos que buscam, pensam e problematizam as situações (PARENTE, 2006).

Atualmente o programa está em sua décima nona turma. A RMSF tem como objetivo geral desenvolver tecnologias para a estratégia de saúde da família por meio da elaboração de competências teórico-metodológicas, técnicas-operativas, sociais, políticas e humanas. A residência tem como cenário a estratégia de saúde da família e a rede de atenção à saúde.

5.3 População e amostra

A população do estudo será composta pelos residentes do programa de residência multiprofissional em saúde da família da Escola de Saúde Pública Visconde Saboia. Participarão do estudo residentes de ambos os sexos que já estejam inseridos no território de atuação da residência há pelo menos seis meses. Também participarão do estudo residentes que já concluíram o programa.

Os critérios de exclusão serão aqueles que responderem parcialmente aos questionários; aqueles que após três tentativas de contato não responderem ao questionário; aqueles que não responderem ao questionário no período de dois meses; e aqueles que estiverem afastados por mais de 60 dias.

Para a definição do tamanho mínimo para a amostra dos participantes da pesquisa, foi utilizado o programa *OpenEpi* – versão 3, considerando 95% de confiança, conforme expresso na figura 4.

**Figura 4- Aplicação da amostra programa OpenEpi
Tamanho da amostra para a frequência em uma população**

Tamanho da população (para o fator de correção da população finita ou fcp)(N):	336
frequência % hipotética do fator do resultado na população (p):	50% +/- 5
Limites de confiança como % de 100(absoluto +/- %)(d):	5%
Efeito de desenho (para inquéritos em grupo-EDFF):	1
Tamanho da Amostra(n) para vários Níveis de Confiança	
Intervalo Confiança (%)	Tamanho da amostra
95%	180
80%	111
90%	151
97%	197
99%	224
99.9%	257
99.99%	276
Equação	
Tamanho da amostra $n = [EDFF * N * p(1-p)] / [(d^2 / Z^2)_{1-\alpha/2} * (N-1) + p(1-p)]$	
Resultados do OpenEpi, Versão 3, calculadora de código aberto--SSPropor	
Imprima a partir do navegador com ctrl-P	
ou selecione o texto para copiar e colar em outros programas.	

Para o cálculo amostral dos usuários, foi considerada a população de residentes da Escola de Saúde Pública Visconde Saboia das turmas VI a XVIII, pois a Escola não possui mais

contatos dos residentes das turmas I a V. Isso gerou uma população de 336 residentes e, ao final, obteve-se uma amostra de 180 participantes.

5.4 Instrumento e Coleta de dados

A abordagem aos participantes da pesquisa foi por meio de ambiente virtual, utilizando ferramentas como e-mail, *WhatsApp* e telefone. Esses contatos foram fornecidos pela Escola de Saúde com aprovação pelo Comitê de Ética.

De acordo com Richardson et al. (2015), as pesquisas de quantificação são caracterizadas pela coleta e tratamento de informações por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples, como percentual, média e desvio padrão, até as mais complexas, como coeficiente de correlação e análise de regressão.

Para este estudo, foi utilizada a Escala de Conflitos Intragrupos (ECIG), desenvolvida e validada nacionalmente por Silva (2009) (Apêndice A). Esta escala foi baseada nos trabalhos de Jenh (1994) e Martins, Oliveira e Guimarães (2005) e passou por testes para definir os itens componentes (Silva, 2009).

A ECIG é bidimensional, ou seja, baseia-se em duas dimensões de conflito: conflito de tarefa e conflito de relacionamento. A escala possui 11 itens, sendo 5 sobre o conflito de tarefa, que se refere a indicadores cognitivos como pontos de vista diferentes e opiniões sobre o planejamento e execução das atividades do grupo; e 6 sobre o conflito de relacionamento, que inclui indicadores emocionais e afetivos como atritos, tensão ou raiva entre os membros (SILVA, 2009).

Os itens que avaliam o fator Conflito de Tarefa são: Desacordo sobre as decisões de trabalho do grupo; Diferença de opinião sobre o planejamento das tarefas; Diferença de opinião sobre a realização das tarefas; Conflito durante a delegação das tarefas; Discordância sobre a maneira de executar as tarefas.

Os itens que avaliam o fator Conflito de Relacionamento são: Atrito pessoal entre os membros da equipe; Tensão emocional no relacionamento interpessoal entre os membros; Desacordo pessoal entre os membros da equipe; Raiva entre os membros da equipe; Tempo gasto resolvendo conflitos interpessoais entre os membros; desafeto entre os membros da equipe.

A escala não possui ponto de corte. Os escores são alcançados pela soma dos itens do fator dividido pelo número de itens que o compõe. Desta forma, verifica-se se há maior escore no fator Conflito de Tarefa ou no fator Relacionamento na percepção do respondente.

Também foi utilizado um segundo formulário (Apêndice B) com questões objetivas e subjetivas para obter dados sociodemográficos.

5.5 Análise dos dados

Os escores atribuídos pela aplicação da escala de conflitos são determinados pelas seguintes opções de resposta: 1- Nenhum(a); 2- Pouco(a); 3- Moderado(a); 4- Muito(a); 5- Muitíssimo(a). Como mencionado anteriormente, a escala é bidimensional e não possui nota de corte. Para definir o escore de maior ou menor conflito, é calculado a mediana do somatório das respostas para cada dimensão do conflito.

Os dados foram expressos em forma de frequência absoluta e percentual e foram calculadas as médias e desvio-padrão, coeficiente de consistência interna e correlação (Spearman) com a escala geral de cada uma das questões do ECIG. Adicionalmente, a escala ECIG foi categorizada com base na mediana (26) e associados com as demais categorias por meio dos testes exato de Fisher ou qui-quadrado de Pearson. Todas as análises foram realizadas adotando uma confiança de 95%.

Os dados foram submetidos a análise de fidedignidade a partir do coeficiente de Cronbach. A comparação entre os valores obtidos e análise das variáveis categóricas dependentes foi feita a partir do teste de Qui-quadrado e independentes (aspectos sociodemográficos) pelos testes U de Mann- Withney. Assim, em todas as análises, foi considerado um intervalo de confiança de 95%, com nível de significância de 5%.

O banco de dados para análise foi construído tanto no software Microsoft Excel®, como no software Statistical Package for Social Sciences (SPSS®) versão 22. Os dados dos atributos a ECIG foram expostos quantitativamente por meio das médias dos escores obtidos e qualitativamente nas categorias: alto (escore ≥ 26) e baixo (escore < 26).

5.6 Aspectos Éticos

Esta pesquisa é baseada em seres humanos e não possui conflitos de interesse, respeitando os princípios éticos. Todos os participantes assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), de acordo com a Resolução N.º 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). O projeto foi avaliado pela Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral obtendo a carta de anuência institucional (ANEXO), assim como ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) com número de parecer: 5.467.529 (ANEXO).

As normas estabelecidas na Lei Geral de Proteção de Dados nº 13.709/2018 e na Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/ foram respeitadas. O pesquisador garantiu que o convite para participação na pesquisa por e-mail e/ou telefone não permitirá a visualização dos dados dos participantes por terceiros, sendo o e-mail de remetente e destinatário único. Além disso, por meio do formulário Google Forms, os participantes declararam seu consentimento para a pesquisa ao ler o TCLE e marcar a opção declarando ciência da pesquisa e livre vontade de participar, podendo desistir a qualquer momento.

O anonimato dos participantes e o sigilo dos dados foi/será mantidos, respeitando os princípios éticos referentes à pesquisa em seres humanos, especialmente a beneficência e a não maleficência. Como esta pesquisa envolve coleta de dados através de formulários, apresenta riscos mínimos, como possível desconforto ou constrangimento diante das questões. Para minimizar essa situação, o participante poderá se recusar a responder alguma questão, interromper ou até mesmo retirar seu consentimento. A autonomia dos participantes será respeitada e eles terão liberdade para decidir se desejam ou não participar da pesquisa sem nenhum prejuízo (BRASIL, 2012).

O pesquisador se compromete com a confidencialidade dos dados coletados através dos termos de utilização dos documentos em anexo (APÊNDICE D). A pesquisa poderá contribuir para a melhoria das relações intragrupos e, conseqüentemente, para a assistência e os processos de trabalho dentro das equipes de saúde em relação ao processo formativo da residência. O pesquisador responsável se compromete em fornecer os resultados desta pesquisa às Escolas de Saúde envolvida na pesquisa, contribuindo para informar aos gestores sobre a percepção da avaliação das relações entre os residentes e a equipe de saúde.

6 RESULTADOS

A amostra final do estudo, de forma sociodemográfica, incluiu um total de 180 participantes. Destes, 143 (79,4%) eram do gênero feminino e 37 (20,6%) eram do gênero masculino. A idade média dos participantes foi de 32,1 anos, com um desvio padrão de 5,5 anos e uma faixa etária de 23 a 55 anos.

Entre os participantes, 77 (42,8%) tinham até 30 anos de idade e 103 (57,2%) tinham mais de 30 anos. Esses resultados sugerem que a maioria dos participantes da pesquisa eram do gênero feminino e tinham mais de 30 anos de idade. Conforme descrito na tabela abaixo:

Tabela 6 - Categorização sociodemográfica da amostra

	n (%)
Total	180
Gênero	
Feminino	143 (79.4%)
Masculino	37 (20.6%)
Idade (32,1±5,5; 23-55)	
Até 30	77 (42.8%)
>30	103 (57.2%)

Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

6.1 Categorização da amostra quanto ao tempo de residência, local de atuação e categoria profissional

Em relação à atuação na residência, a maioria (93,9%) atua em Unidades de Saúde da Família, enquanto apenas 6,1% atuam em núcleos ampliados de saúde da família. A maioria (98,9%) atua em zonas urbanas e apenas 1,1% em zonas rurais, conforme expresso na tabela 7:

Tabela 7 - Categorização da amostra quanto tempo de residência e local de atuação

	n (%)
Tempo residência	
<6 meses	7 (3.9%)
6 meses	17 (9.4%)
Entre 6 meses e 1 ano	1 (0.6%)
>1 ano	18 (10.0%)
Residência concluída	137 (76.1%)
Atuação residência	
Unidade de saúde da família	169 (93.9%)
Núcleo ampliado de saúde da família	11 (6.1%)
Local atuação residência	
Zona rural	2 (1.1%)
Zona urbana	178 (98.9%)

Dados expressos em forma de frequência absoluta e percentual.

De acordo com a tabela 7, a maioria dos participantes (76,1%) concluiu a residência. Entre aqueles que ainda estão em residência, a maioria (10,0%) está há mais de 6 meses, enquanto alguns (3,9%) estão há menos de 6 meses e outros (9,4%) estão há exatamente 6 meses. Apenas um indivíduo (0,6%) está entre 6 meses e 1 ano. Esses resultados aumentam a confiabilidade da pesquisa, pois a maioria dos participantes concluiu o curso de residência, isso gerando uma vivência em maior tempo no curso.

Quanto as categorias profissionais estão de acordo com a oferta da Residência da Escola de Saúde Pública Visconde Sáboia. A maior representação é em enfermagem (16,1%), seguida por educação física (13,3%) e nutrição (11,1%). As menores representações são em terapia ocupacional (3,3%) e farmácia (7,8%), de acordo com tabela 8.

Tabela 8- Categorização da amostra quanto categorias profissionais

	n (%)
Categoria profissional	
Serviço social	18 (10.0%)
Odontologia	17 (9.4%)
Educação física	24 (13.3%)
Enfermagem	29 (16.1%)
Farmácia	14 (7.8%)
Fisioterapia	16 (8.9%)
Fonoaudiologia	18 (10.0%)
Nutrição	20 (11.1%)
Psicologia	18 (10.0%)
Terapia ocupacional	6 (3.3%)

Dados expressos em frequência absoluta e percentual.

Consolidando os resultados sociodemográficos da pesquisa, percebe-se que a maioria dos residentes em saúde (93,9%) atuaram, enquanto residentes, em Unidades de Saúde da Família, enquanto apenas 6,1% no NASF. A maioria (98,9%) exerceu suas atividades em zonas urbanas e apenas 1,1% em zonas rurais.

6.2 Percepção do conflito intragrupos na residência em saúde da família

A escala de conflitos intragrupos (ECIG) trouxe resultados interessantes quanto à dinâmica dos conflitos e a percepção conforme expresso na tabela 9:

Tabela 9 - Resultado da aplicação da Escala de conflitos Intragrupos

	Média±DP	α de Cronbach	Correlação com ECIG ^c	Escala Likert ^d				
				nenhum	pouco	moderado	muito	muitíssimo
ECIG	27.14±8.88	0,938^a						
ECIG1	2.72±1.03	0,931 ^b	p<0.001 (r=0.808)	19 (10.6%)	60 (33.3%)	62 (34.4%)	30 (16.7%)	9 (5.0%)
ECIG2	2.43±1.11	0,932 ^b	p<0.001 (r=0.803)	42 (23.3%)	57 (31.7%)	49 (27.2%)	25 (13.9%)	7 (3.9%)
ECIG3	2.69±0.92	0,934 ^b	p<0.001 (r=0.736)	12 (6.7%)	70 (38.9%)	65 (36.1%)	27 (15.0%)	6 (3.3%)
ECIG4	2.55±1.17	0,929 ^b	p<0.001 (r=0.847)	38 (21.1%)	55 (30.6%)	50 (27.8%)	24 (13.3%)	13 (7.2%)
ECIG5	2.47±1.12	0,929 ^b	p<0.001 (r=0.855)	42 (23.3%)	54 (30.0%)	48 (26.7%)	30 (16.7%)	6 (3.3%)
ECIG6	2.02±1.00	0,933 ^b	p<0.001 (r=0.760)	64 (35.6%)	68 (37.8%)	34 (18.9%)	9 (5.0%)	5 (2.8%)
ECIG7	2.82±0.96	0,932 ^b	p<0.001 (r=0.778)	8 (4.4%)	67 (37.2%)	66 (36.7%)	28 (15.6%)	11 (6.1%)
ECIG8	2.53±1.06	0,931 ^b	p<0.001 (r=0.804)	30 (16.7%)	63 (35.0%)	57 (31.7%)	21 (11.7%)	9 (5.0%)
ECIG9	2.31±0.84	0,940 ^b	p<0.001 (r=0.569)	27 (15.0%)	86 (47.8%)	52 (28.9%)	14 (7.8%)	1 (0.6%)
ECIG10	2.47±0.98	0,932 ^b	p<0.001 (r=0.788)	26 (14.4%)	77 (42.8%)	48 (26.7%)	25 (13.9%)	4 (2.2%)
ECIG11	2.13±1.05	0,932 ^b	p<0.001 (r=0.799)	60 (33.3%)	59 (32.8%)	44 (24.4%)	11 (6.1%)	6 (3.3%)

*p<0,05, ^aα de Cronbach; ^bα de Cronbach do item; ^cCorrelação de Spearman; ^dFrequência absoluta e percentual.

A tabela 8 apresentada mostra os resultados após a aplicação da Escala de Conflitos Intra-Grupais (ECIG). A ECIG é uma escala que mede conflitos dentro de grupos. A média geral da ECIG foi de 27,14 com um desvio padrão de 8,88. Isso significa que, em média, os participantes da pesquisa tiveram uma pontuação de 27,14 na ECIG, com uma variação de 8,88 pontos.

A confiabilidade da escala foi alta, com um α de Cronbach de 0,938. O α de Cronbach é uma medida de confiabilidade que varia entre 0 e 1. Valores mais próximos de 1 indicam alta confiabilidade. Neste caso, o valor de 0,938 indica que a ECIG é uma escala altamente confiável, além disso a consistência interna, demonstra que quando $\alpha > 0,7$ significa que os entrevistados responderam o questionário de forma adequada, ou seja, sem vícios ou dificuldade de compreensão. Esses valores foram obtidos por meio programas estatísticos, no caso, Statistical Package for the Social Sciences- SPSS, usado para calcular o alfa de Cronbach

automaticamente. Ao inserir os dados da escala no programa usa-se a função apropriada para calcular o alfa de Cronbach.

A tabela também apresenta os resultados para cada um dos 11 itens da ECIG, que descrevem o que ocorre na atual equipe de trabalho. Os itens são respondidos em uma escala tipo Likert de intensidade de 5 pontos, variando de 1 (nenhum) a 5 (muitíssimo). Todos os itens apresentaram alta confiabilidade (α de Cronbach entre 0,929 e 0,940) e correlação significativa e positiva com a Escala Likert ($p < 0.001$). Isso significa que cada item da ECIG é altamente confiável e está relacionado positivamente com a Escala Likert.

Percebe-se ainda que na tabela a distribuição das respostas para cada componente da ECIG. A maioria dos participantes respondeu “Pouco” ou “Moderado” para cada item. Isso significa que a maioria dos participantes teve uma pontuação baixa ou moderada em cada item da ECIG.

A tabela também apresenta os resultados para os domínios “Tarefas” e “Relacionamento”. Esses domínios representam diferentes áreas de conflito dentro de grupos. A média para o domínio “Tarefas” foi de 13,23 e para o domínio “Relacionamento” foi de 13,91. O p-valor entre os dois domínios foi de 0,003, indicando uma diferença estatisticamente significativa entre as médias dos dois domínios.

6.3 Percepção do conflito intragrupos e as variantes gênero e idade

A Tabela 10 abaixo apresenta os resultados de um teste de Mann-Whitney, que é um teste não-paramétrico utilizado para comparar as médias de duas amostras independentes. Neste caso, o teste foi aplicado para comparar as médias de três variáveis (ECIG, ECIG_conflitos_tarefa e ECIG_conflitos_relacionamento) entre os grupos: Feminino e Masculino, e o grupo de idade: Até 30 e >30.

A aplicação do teste deu-se da seguinte maneira: Coletar duas amostras: Neste caso, as duas amostras são os grupos feminino e masculino e até 30 anos e maior que 30 anos. Depois classificou-se as amostras ordem crescente, independentemente do grupo a que pertencem para posteriormente calcular a soma dos postos para cada grupo. E sem seguida calcular a variável P , de acordo com a fórmula $P = n_1 n_2 + (n_1(n_1+1)) / 2 - R_1$, onde n_1 e n_2 são os tamanhos das amostras e R_1 é a soma dos postos do primeiro grupo. E por fim foi determinado o valor crítico de P para o nível de significância escolhido, no caso, 0,05 e comparado com o valor calculado de P .

Tabela 10 - Percepção do conflito e as variantes gênero e idade

	ECIG		p- Valor
	Até 26	>26	
Genero			
Feminino	72 (80.0%)	71 (78.9%)	1,000
Masculino	18 (20.0%)	19 (21.1%)	
Idade			
Até 30	34 (37.8%)	43 (47.8%)	0,228
>30	56 (62.2%)	47 (52.2%)	

* $p < 0,05$, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Perason (n, %).

Os valores de p-Valor indicam a probabilidade de observar uma diferença tão grande ou maior entre as médias dos grupos, assumindo que não há diferença real entre eles (hipótese nula). Valores de p menores que 0,05 (ou outro nível de significância escolhido) indicam que a hipótese nula pode ser rejeitada e que há evidências suficientes para afirmar que as médias dos grupos são diferentes.

No entanto, neste resultado, todos os valores de p são maiores que 0,05, o que indica que não há diferenças estatisticamente significativas entre os grupos em nenhuma das variáveis. Isso significa que, com base nesses dados, não há evidências suficientes para afirmar que as médias dessas variáveis são diferentes entre os grupos comparados.

6.4 Percepção do conflito intragrupos e as variantes tempo de residência e local de atuação

Esta tabela (Tabela 11) apresenta os resultados de um estudo que compara os valores da variável ECIG entre dois grupos: “Até 26” e “>26”. Os valores são apresentados como frequências (n) e porcentagens (%) para cada grupo e categoria (Tempo de residência, Atuação residência e Local atuação residência). O p-valor é fornecido para cada comparação.

De acordo com os p-valores expressos na tabela, a única comparação que mostra uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos “Até 26” e “>26” é a comparação de “Tempo de residência” ($p = 0,023$). Isso sugere que a proporção de indivíduos com residência “Em andamento” é significativamente diferente entre os grupos “Até 26” e “>26”. As outras comparações não mostram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 11 - Percepção de conflito e as variantes tempo de residência, local de atuação e atuação da residência

	ECIG		p-Valor
	Até 26	>26	
Tempo residência			
Em andamento	28 (31.1%)*	15 (16.7%)	0,023
Concluída	62 (68.9%)	75 (83.3%)*	
Atuação residência			
Unidade de saúde da família	85 (94.4%)	84 (93.3%)	1,000
Núcleo ampliado de saúde da família	5 (5.6%)	6 (6.7%)	
Local atuação residência			
Zona rural	0 (0.0%)	2 (2.2%)	0,497
Zona urbana	90 (100.0%)	88 (97.8%)	

* $p < 0,05$, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Perason (n, %).

6.5 Percepção do conflito intragrupos e a categoria profissional

A tabela abaixo (Tabela 12) apresenta os resultados de um estudo que compara os valores da variável ECIG entre dois grupos: “Até 26” e “>26”. Os valores são apresentados como frequências (n) e porcentagens (%) para cada grupo e categoria (Categoria profissional). O p-valor é fornecido para cada comparação.

De acordo com os p-valores fornecidos na tabela, nenhuma das comparações mostra diferenças estatisticamente significativas entre os grupos “Até 26” e “>26”. Isso sugere que a proporção de indivíduos em cada categoria profissional não é significativamente diferente entre os grupos “Até 26” e “>26”.

Tabela 12 -Percepção do conflito e a categoria profissional

Categoria profissional	ECIG		p-Valor
	Até 26	>26	
Serviço social	11 (12.2%)	7 (7.8%)	0,085
Odontologia	5 (5.6%)	12 (13.3%)	
Educação física	11 (12.2%)	13 (14.4%)	
Enfermagem	18 (20.0%)	11 (12.2%)	
Farmácia	7 (7.8%)	7 (7.8%)	
Fisioterapia	5 (5.6%)	11 (12.2%)	
Fonoaudiologia	12 (13.3%)	6 (6.7%)	
Nutrição	13 (14.4%)	7 (7.8%)	
Psicologia	7 (7.8%)	11 (12.2%)	
Terapia ocupacional	1 (1.1%)	5 (5.6%)	

*p<0,05, teste exato de Fisher ou qui-quadrado de Perason (n, %).

7 DISCUSSÃO

De acordo com os dados sociodemográficos estudados, observa-se que a residência em questão possui um público predominantemente feminino. Isso é corroborado por Goulart (2012), que em seu estudo descobriu que 83,78% dos residentes eram do sexo feminino, com idade entre 25 e 29 anos. Este estudo também verificou que a maioria dos participantes tinha mais de 30 anos. Resultados semelhantes foram encontrados por Pinheiro (2018), Domingos (2015) e Barbosa (2020).

Portanto, podemos afirmar que a composição de gênero dos residentes em saúde da família da Escola Visconde Saboia, assim como em outros estudos, possui um público predominantemente feminino durante o período em estudo. No entanto, não foi observada relação entre a composição de gênero e a presença de conflito. Da mesma forma, não houve diferença significativa na percepção de conflito entre os grupos profissionais e locais de atuação. Por outro lado, o tempo de residência mostrou-se significativo em relação à percepção de conflito, isso gera um resultado ainda mais confiável, tendo em vista que quanto maior o tempo de atuação maior a vivência.

Ao analisar os dados sociodemográficos referentes ao local de atuação, seja no NASF ou na Unidade de Saúde da Família, e à zona rural ou urbana, constatou-se que a maioria dos residentes atuou na Unidade de Saúde da Família e na zona urbana. Isso levanta questões como: por que a maioria dos residentes atuou no NASF? E por que não há residentes atuando na zona rural? Questões essas que não eram objetivos do estudo, porém a pesquisa desencadeou esses questionamentos. Podendo assim orientar gestores da educação em e na saúde a qualificar os programas e a propor inserção/rodízio de residentes em áreas remotas

O programa de residência em saúde da família tem como objetivo formar, qualificar e capacitar profissionais dentro do próprio serviço de saúde do sistema SUS. Com uma metodologia e um conceito de saúde ampliado, o programa diverge da prática clínica bruta e mecanizada, o que pode causar estranhamento entre os residentes e os profissionais da equipe onde atuam, como aponta Da Ponte Neto et al. (2021). Sarti (2018), em seu relato de experiência, afirma a necessidade de maior autonomia na gestão dos processos de trabalho para evitar conflitos entre o grupo. Nascimento (2019) destaca a elevada capacidade de governabilidade dos residentes para resolver conflitos durante a convivência com a equipe. Este “estranhamento” pode estar associado ao conflito intragrupos, pois após a análise dos resultados e aplicação da ECIG desta pesquisa, constatou-se que, na percepção do residente, de fato existe conflito durante o processo formativo entre o residente e a equipe onde atuam

No entanto, na maioria dos estudos (que constam nas tabelas de sumarização) analisados os fatores desencadeantes de desentendimento entre o grupo estão relacionados a forma de execução das tarefas pelos residentes ser divergente da execução da equipe, contudo dentro das dimensões do conflito analisado por esta pesquisa, a média de conflitos de relacionamentos foi significativamente maior do que o conflito de tarefas, ou seja, na percepção dos residentes da Escola de Saúde Visconde Saboia, a principal dimensão de conflito existente entre a equipe de saúde e os residentes é o conflito de relacionamento, este relacionado a atritos pessoais, tensões emocionais, desacordo pessoal, raiva, o tempo gasto pelo grupo para resolver conflitos interpessoais, desentendimentos e por ultimo desafetos.

Mas porque esses sentimentos surgem durante o processo formativo do curso? Seria pelo fato do residente ser visto como aluno e não como profissional, como foi citado por Nascimento (2019)? Ou seria pelo fato de os residentes serem vistos como mão de obra barata, como afirma Camargos (2018). São esses os motivos que geram raiva e tensão emocional entre os residentes e equipe de saúde? Já que a aplicação da escala mostrou de forma confiável a presença de conflito de relacionamento em grau moderado. Evidencia a necessidade de desenvolver estudos qualitativos para analisar esses fenômenos.

Na maioria dos estudos encontrados (Nascimento 2019; Carmagos 2018; Da Ponte Neto 2021 e Sarti 2018, dentre outros) sobre a residência que abordasse a questão de conflitos, muito deles citavam as divergências na realização de tarefas, todavia após a aplicação da escala evidenciou-se a presença maior de conflito de relacionamento, mas será que o conflito de relacionamento pode está sendo descadeado neste grupo devido a divergência na realização de tarefas e assim gerando tensão emocional, ou, os estudos encontrados não apontaram de modo preciso a dimensão do conflito existente, já que em sua maioria são estudos de relato de experiência? E não buscavam estudar o conflito e sim relatar suas experiências.

É possível que conflitos de tarefas desencadeiem conflitos de relacionamento. Quando os membros da equipe têm opiniões diferentes sobre como realizar uma tarefa ou alcançar um objetivo, pode haver desacordos e tensões que, se não forem gerenciados adequadamente, podem levar a animosidades e desentendimentos interpessoais. É importante que os líderes de equipe estejam atentos a essas dinâmicas e trabalhem para resolver conflitos de tarefas de maneira construtiva, a fim de evitar que eles se transformem em conflitos de relacionamento, logo, este resulta corrobora com os achados de Vasconcelos (2021), pois ele citar a necessidade de autonomia e gestão maior dentro da residência.

Conflito de tarefas e conflito de relacionamento são dois tipos de conflitos que podem ocorrer em um ambiente de trabalho. Conflito de tarefas refere-se a desacordos sobre

como realizar uma tarefa ou alcançar um objetivo, enquanto conflito de relacionamento refere-se a tensões interpessoais, animosidades e desentendimentos entre os membros da equipe. Embora ambos os tipos de conflitos possam ser prejudiciais para o desempenho da equipe, o conflito de relacionamento tende a ser mais prejudicial, pois pode afetar negativamente o clima emocional e a coesão da equipe. Isto se torna uma alerta, pois nos achados desta pesquisa o conflito de relacionamento foi bastante citado pelos residentes (Jenh, 1994).

O conflito de relacionamento, também conhecido como conflito emocional, é a percepção de incompatibilidade interpessoal entre os membros de um grupo (Jenh, 1994). Esse tipo de conflito pode ter origem nas diferenças de preferências pessoais ou políticas, valores e estilos interpessoais. Dessa forma, é possível que a presença de conflito de relacionamento entre os residentes da Escola de Saúde Pública Visconde Saboia esteja relacionada a esses fatores.

Uma questão importante é se esses fatores estariam afetando o processo formativo do residente quanto à execução das tarefas. De acordo com um estudo feito por Lunas Junior et al. (2014) sobre a Residência Multiprofissional de Sobral, os gestores estão satisfeitos com o trabalho exercido pelos residentes. No entanto, é importante questionar se essa satisfação se deve ao fato de os residentes exercerem a função de mão-de-obra barata sem revidar, ou se geram mais números para o município sem se importar com as necessidades reais de cada comunidade.

Essas questões não podem ser respondidas por esta pesquisa, mas foram geradas por ela e necessitam de mais estudos, como qualitativos, para tornar ainda mais claro esses questionamentos. É importante continuar investigando o impacto do conflito de relacionamento no processo formativo dos residentes e buscar soluções para minimizar seus efeitos negativos.

Existem diversas estratégias para lidar com conflitos de relacionamento, como a negociação, mediação e conciliação. É importante que os membros do grupo estejam dispostos a ouvir uns aos outros e trabalhar juntos para encontrar uma solução que seja satisfatória para todos. Além disso, é fundamental que os gestores estejam atentos aos conflitos que possam surgir dentro do grupo e estejam preparados para intervir de maneira eficaz quando necessário, por isso faz-se necessário grupos com maior autonomia dentro da residência conforme foi expresso por Vasconcelos (2021).

8 CONCLUSÃO

Conflito intragrupo é um tipo de conflito que ocorre dentro de um grupo ou equipe. Ele pode surgir devido a diferenças de opinião, objetivos, valores ou interesses entre os membros do grupo. No contexto da residência em Saúde da Família da Escola Visconde Saboia, o conflito intragrupo pode ocorrer entre os residentes e a equipe onde eles atuam.

No contexto geral o estudo mostrou a existência de conflito de forma confiável a partir da aplicação da escala de conflitos intragrupos e os testes realizados. No entanto, a dimensão do conflito mais aparente na percepção dos residentes foi o conflito de relacionamentos. Além disso, a presença ou não de conflito, seja ele maior ou menor, não teve ligação com gênero, idade, categoria profissional e local de atuação. A Única variável que apresentou uma ligação significativa com a percepção da presença de conflito foi ter terminado a residência, isto pode estar relacionado com o tempo de vivência maior no curso e assim ter uma visão melhor sobre o processo.

Cabe ressaltar ainda que apesar da principal dimensão de conflito existente entre a equipe de saúde e os residentes seja o conflito de relacionamento, isso não significa que o conflito de tarefas não está presente, pelo contrário também foi afirmado pelos residentes a presença deste, todavia, ele não se sobressaiu como o conflito de relacionamento.

Além disso, se analisarmos a revisão de literatura esses sentimentos poderiam surgir pelo fato de o residente ser visto como aluno e não como profissional ou pelo fato de os residentes serem vistos como mão de obra barata? Estes são questionamentos que surgiram após finalizado essa pesquisa, deixando assim uma nova inquietação para pesquisas futuras, além do mais, se também, pensarmos nos dados sociodemográficos no que tange local de atuação, tendo em vista que a pesquisa evidenciou que este grupo de residentes não atuaram de forma alguma na zona rural e uma minoria atuou no NASF. Esse resultado também gera inquietações: por qual motivo esses profissionais não atuam na zona rural? Será que a residência não poderia ser expandida até essa comunidade que só teria a ganhar? Quais seriam as barreiras que impedem que isso aconteça?

Por fim a pesquisa foi de grande valia tanto para o “eu” pesquisador, pois encontrou muito mais do que buscava, como também para melhorar o processo formativo da residência no que tange aos relacionamentos entre os grupos, e, ainda, deixar inquietações para outros pesquisadores. O Estudo pode trazer contribuições aos programas de residência no que concerne ao fortalecimento da educação interprofissional e do diálogo contínuo entre profissionais de saúde, gestores e residência para compreensão dos papéis adotados.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO AL. **Arranjos conceituais para a gestão em saúde a partir da análise institucional: relação entre gestão e subjetividade nas equipes da saúde.** In: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizers. *Análise institucional e saúde coletiva no Brasil.* São Paulo: Hucitec; 2013. p. 315-32

AMASON, Allen C. **Distinguishing the effects of functional and dysfunctional conflict on strategic decision making: Resolving a paradox for top management teams.** *Academy of management journal.* Acesso em 15. maio.2021. disponível em: <https://journals.aom.org/doi/abs/10.5465/256633>

ARRUDA, Gisele Maria Melo Soares et al. **O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família.** Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2017.

BEKER, Karine Kyomi; FELICIANO, Adriana Barbieri; MACHADO, Maria Lúcia Teixeira. **Atuação como apoiadores em saúde: reflexões sobre a formação na residência multiprofissional.** Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 10, n. 4, p. ág. 151-169, 2016. Acesso em: 03 mar.2021. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2057>

BEZERRA, Tereza Cristina Alves et al. **Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 14, p. 445- 472, 2016. Acesso em: 05. Mar.2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/njVZk43Zn5P9CLrs9pDSKBM/?format=pdf&lang=pt>

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. **Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens-ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude-CNJ ea Secretaria Nacional de Juventude;** altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2005.

CAMARGOS, Melina Alves de; OLIVER, Fátima Corrêa. **Uma experiência de uso do georreferenciamento e do mapeamento no processo de territorialização na Atenção Primária à Saúde.** Saúde em Debate, v. 43, p. 1259-1269, 2020.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade.** [online] *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, p. 1400-1410, 2004.[acesso em : 30 agost.2020].Disponível em : <https://www.scielo.org/article/esp/2004.v20n5/1400-1410/pt/#ModalArticles>

DA PONTE NETO, Osmar Arruda et al. **Auto avaliação como estratégia educativa no contexto do programa de residência multiprofissional em saúde da família e saúde mental.** Tempus Actas de Saúde Coletiva, v. 10, n. 4, p. ág. 247-263, 2016. Acesso em: 06.Jan.2021. Disponível em: <https://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/2363>
DE CARVALHO, Thalyta Gleyane Silva; DE ALMEIDA, Ana Mattos Brito; BEZERRA, Maria Iracema Capistrano. **Percepção dos profissionais de saúde da atenção primária sobre educação permanente em saúde.** SANARE-Revista de Políticas Públicas, v. 15, n. 2, 2016. Acesso em: 23 mai.2020. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1043>

FARIA RM. **A Territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território.** Hygeia. 2013; 6(16):131-147

FERREIRA, Sílvia Regina; OLSCHOWSKY, Agnes. **Residência: uma modalidade de ensino. Brasil. Ministério da Saúde.** Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde, p. 23-34, 2010.

FONSECA, João José Saraiva. **Apostila de metodologia da pesquisa científica.** João José Saraiva da Fonseca, 2002.

GLADSTEIN, Deborah L. Groups in context: **A model of task group effectiveness**. *Administrative science quarterly*, p. 499-517, 1984. Acesso 4 maio.2021. disponível em: <https://www.jstor.org/stable/2392936?seq=1>

GUETZKOW, Harold; GYR, John. **An analysis of conflict in decision-making groups**. *Human relations*, 1954. Acesso em 15. Maio.2021. disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/001872675400700307?journalCode=huma>

GUIMARÃES, Vanessa da Fonseca et al. **Bases de poder do supervisor, conflitos intragrupais e comprometimento organizacional e com a equipe: um estudo exploratório**, 2008. Acesso em: 15 maio.2021. disponível em: <http://clyde.dr.ufu.br/handle/123456789/17274>

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. (2a. reimpressão).

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. (2a. reimpressão).

JEHN, Karen A . Enhancing effectiveness: **An investigation of advantages and disadvantages of value-based intragroup conflict**. *International journal of conflict management*, 1994. Acesso em: 15. Maio.2021. disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/eb022744/full/html>

LIMA, Sayonara Arruda Vieira; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti; WENCESLAU, Leandro David. **Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco**. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 12, p. 425-441, 2014. Acesso em 19.abr.2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/PhFWt6Cz89ZRqvRCLxP75Sv/abstract/?lang=pt>

MACHADO, M. dos S. **Equipes de trabalho: sua efetividade e seus preditores**. 1998.

MARRA, A. V.; MELO, M. C. O. L. **A prática social de gerentes universitários em uma instituição pública**. *Revista de Administração Contemporânea [on-line]*, Curitiba, v.9, n.3, p. 9- 31, 2005.

MARTINS, M. C. F.; GUIMARÃES, V. F.; OLIVEIRA, M. C. **Adaptação e validação fatorial da Escala de Conflitos Intragrupais**. In: *Anais do II Congresso Brasileiro de Psicologia Organizacional e do Trabalho*. 2006.

MATTOS, Ruben Araujo de. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade)**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 14. Mai.2021. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500037&lng=en&nrm=iso>e coletiva. *Revista Saúde e Desenvolvimento*, v. 7, n. 4, p. 94-107, 2016.

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família**. *Saúde e Sociedade*, v. 19, p. 814-827, 2010. Acesso em: 19 mai.2021.

disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mCRtDzTkXpWYfmy3WwPv6PL/abstract/?lang=pt>

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, **Maria Amélia de Campos. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família.** Saúde e Sociedade, v. 19, p. 814-827, 2010. Acesso em: 14.abr.2021.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mCRtDzTkXpWYfmy3WwPv6PL/abstract/?lang=pt>

NASCIMENTO, Débora Dupas Gonçalves do; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família.** Saúde e Sociedade, v. 19, p. 814-827, 2010. Acesso em: 02. Mai.2020.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mCRtDzTkXpWYfmy3WwPv6PL/abstract/?lang=pt>

NÓBREGA-TERRIEN, Sílvia Maria; TERRIEN, Jacques. **Trabalhos científicos e o estado da questão. Estudos em avaliação educacional**, v. 15, n. 30, p. 5-16, 2004. Acesso em 4.mai.2021. disponível em:

<http://publicacoes.fcc.org.br/index.php/eae/article/view/2148>

PARENTE, José Reginaldo Feijão et al. **A trajetória da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**, v. 70058, p. 81, 2006. Acesso em 13. Mai.2021. disponível em:

<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/28>

PEARSON, Allison W.; ENSLEY, Michael D.; AMASON, Allen C. **An assessment and refinement of Jehn's intragroup conflict scale. International Journal of Conflict Management.** Acesso em 15. Maio,2021. Disponível em:

<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/eb022870/full/html>

PUENTE-PALACIOS, K. E.; ALBUQUERQUE, F. J. B. **Grupos e equipes de trabalho nas organizações.** Psicologia, organizações e trabalho no Brasil, p. 385-412, 2014. Acesso em 4.mai.2021. disponível em: <http://paginapessoal.utfpr.edu.br/jefferson/disciplinas/gestao-de-projetos/motivacao/apostila%20equipes.pdf>

SALVADOR, A. de S. et al. **Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade.** Rev Bras Cienc Saude, v. 15, n. 3, p. 329-38, 2011. Acesso em: 10. Abr. 2021. Disponível em:

<https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10834>

SARTI, Thiago Dias et al. **A implementação de Programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade em uma capital da Região Sudeste, Brasil: relato de experiência.** Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 13, n. 40, p. 1- 12, 2018. Acesso em: 10. Mai.2021. Disponível em:

<https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/1684>

SILVA, Narla Ismail Akel; PUENTE-PALACIOS, Katia. **Desenvolvimento e validação da Escala de Conflitos Intragrupos-ECIG.** Psico-USF, v. 15, n. 2, p. 205-213, 2010. Acesso em 15. Maio.2021. disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pusf/a/nN3fDgm54ddCP5Fqf4wVv4H/abstract/?lang=pt>

SILVA, Narla Ismail Akel. Conflitos intragrupos: **Preditores e consequentes no cenário de equipes de trabalho**. 20. Acesso em 14. Mai.2021. disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/4636>

SILVA, Narla Ismail Akel. Conflitos intragrupos: **Preditores e consequentes no cenário de equipes de trabalho**. 2009. Acesso em 15. Maio.2021. disponível em <https://repositorio.unb.br/handle/10482/4636>

SILVA, Santos; CARMO, Fabiane. **Princípio da Integralidade e os desafios de sua aplicação em saúde**.

UEBEL, Ana Cristina; ROCHA, Carolina Medeiros; MELLO, Vânia Roseli Correa. **Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo–CSEM**. Boletim da Saúde, v. 17, n. 1, p. 117-23, 2003. Acesso em: 25. Mai.2021. disponível em: <http://www.boletimdasaude.rs.gov.br/conteudo/1234/resgate-da-memoria-historica-da-residencia-integrada-em-saude-coletiva-do-centro-de-saude-escola-murialdo?-csem>

VASCONCELOS, Maristela Inês Osawa et al. **Avaliação de programas de residência multiprofissional em saúde da família por indicadores**. Trabalho, Educação e Saúde, v. 13, p. 53-77, 2015. Acesso em: 02. Jan.2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/y7VYGQF6R4KXvTBgnNNRW4b/?format=pdf&lang=pt>

BARBOSA, Simone de Pinho et al. **Aspectos que compõem o perfil dos profissionais médicos da estratégia saúde da família: o caso de um município polo de Minas Gerais**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 43, p. 395-403, 2020. Acesso: 26. Junh.2023. disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/WVHymdJJBDzmF5m4f7pGLtS/>

GOULART, Carolina Tonini et al. **Perfil sociodemográfico e acadêmico dos residentes multiprofissionais de uma universidade pública**. Rev Rene, v. 13, n. 1, p. 178-186, 2012. Acesso em: 28.junh.2023. Disponível em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/12870>

APÊNDICES

APÊNDICE A – ESCALA DE CONFLITO INTRAGURPOS

Escala de Conflito Intragrupos
ECIG

Por favor, pense em que medida o enunciado reflete o que ocorre na sua atual equipe de trabalho.

1	2	3	4	5
Nenhum (a)	Pouco (a)	Moderado (a)	Muito (a)	Muitíssimo (a)

Quanto (a)	
1) ...desacordo sobre as decisões de trabalho o grupo têm que enfrentar?	
2) ...atrito pessoal existe entre os membros da equipe?	
3) ...diferença de opinião sobre o planejamento das tarefas existe entre a equipe?	
4) ...tensão emocional há no relacionamento interpessoal entre os membros?	
5) ...desacordo pessoal é evidente entre os membros da equipe?	
6) ...raiva existe entre os membros do grupo?	
7) ...diferença de opinião sobre a realização das tarefas existe na sua equipe?	
8) ...conflito ocorre entre os membros durante a delegação das tarefas?	
9) ...tempo o grupo gasta resolvendo conflitos interpessoais entre os membros?	
10) ...discordância sobre a maneira de executar as tarefas existe na equipe?	
11) ...desafeto há entre os membros da sua equipe de trabalho?	

APÊNDICE B - FORMULÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Categoria profissional:
2. Idade:
3. Tempo de Residência: <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> Entre 6 meses e 1 ano <input type="checkbox"/> Acima de 1 ano <input type="checkbox"/> Residência concluída
4. Local de atuação: <input type="checkbox"/> Zona Urbana <input type="checkbox"/> Zona Rural.
5. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino () Feminino
6. Identidade de Gênero:
7. Atuação em: <input type="checkbox"/> Saúde da família <input type="checkbox"/> Núcleo ampliado de saúde da família

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informações sobre a pesquisa: Avaliação da relação dos residentes com a equipe de saúde do território de atuação.

Pesquisador responsável: Veronica Egline Farias – aluno de Pós-Graduação em Saúde da Família UFC.

Objetivo da pesquisa: Avaliar a relação entre equipe mínima da ESF e integrantes do programa de residência multiprofissional em saúde da família da Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia no Sobral/CE;

Forma de obtenção de informações: será solicitado a cada participante responder a um roteiro de entrevista com 7 questões e completar 1 inventários com 11 itens. Por meio de e-mail e Whatsapp, sendo respeitada todas normas estabelecidas na Lei Geral de Proteção de Dados nº 13.709/2018 e na Carta Circular nº 1/2021- CONEP/SECNS.

Garantias ao participante:

A participação em qualquer etapa é voluntária dentro dos critérios de inclusão no estudo;

Mesmo após serem informados sobre a pesquisa, aqueles que não quiserem participar não sofrerão nenhum tipo de represália ou prejuízo;

Aqueles que aceitarem participar da pesquisa assinarão este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que se encontra anexado a este documento. Essa assinatura poderá ser feita de forma digital por meio do formulário googleforms por meio da marcação da opção de aceitação e ciência da pesquisa;

Será resguardado que os e-mails enviados serão de destinatário e remetente únicos garantindo assim a proteção dos dados;

Caso algum dos participantes deseje obter outras informações durante e após a realização do estudo, receberá a resposta a qualquer dúvida e será atendido prontamente, ainda que esta possa afetar a sua vontade de continuar participando;

Os participantes terão direito a assistência e acompanhamento durante e depois da pesquisa;

Fica assegurado ao participante que ele não será identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a sua privacidade.

Compromisso do pesquisador: o pesquisador se compromete em realizar o estudo, prestando os esclarecimentos necessários e divulgar os resultados obtidos.

Contatos:

Mestrando: Veronica Egline Farias – Tel: 8896927259; e-mail: veronica_egline17@hotmail.com

Orientadora: Dr. Geison Vasconcelos Lira- Tel: 8892639779; e-mail: vasconlira@gmail.com

Assinatura do participante: _____

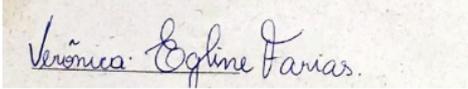
Assinatura do pesquisador: _____

APÊNDICE D- TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS EM DOCUMENTOS

TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS EM DOCUMENTOS

Eu, Verônica Eglina Farias, abaixo assinado, pesquisador envolvido no processo intitulado: CONFLITO INTRAGRUPAL ENTRE EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA E RESIDENTE MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO QUANTITATIVO, me comprometo a manter confidencialidade sobre os dados coletados nos arquivos de cadastro dos residentes Escola de Saúde Pública Visconde Saboia, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconiza os documentos internacionais e a Resolução N. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Informo que os dados a serem coletados dizem respeito a e-mail, telefone, meio de contato com todos os residentes da escola de saúde pública desde do início até dias atuais.

Sobral, 08 de março de 2022.

NOME	CPF	RG	ASSINATURA
VERONICA EGLINE FARIAS	059.075.653- 22	2007015088926	



PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA

as determinações postas nos decretos estadual e municipal (vigentes à época de realização da coleta) no que diz respeito a proteção e prevenção da Covid-19. Fica sob a responsabilidade da pesquisadora a **adoção, sempre que possível, de estratégias/ferramentas virtuais para realização das intervenções minimizando/evitando a possibilidade de aglomerações e adequadas medidas de biossegurança** - uso de máscaras, etiqueta respiratória, álcool em gel 70%, evitar cumprimentos e o compartilhamento de objetos, respeitar o distanciamento social recomendado, manter o cabelo preso e evitar o uso de acessórios pessoais como brincos, anéis e relógios - e os insumos necessários para a garantia desta. **Esses aspectos condicionam a validade deste Parecer.**

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga a pesquisadora de se basear nas determinações éticas propostas na Resolução n. 466/2012 e n.510/2016 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição proponente, nos comprometemos a cumprir. Assim como de solicitar anuência aos participantes por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento ou de qualquer outra ação em desfavor dos participantes ou do serviço, assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Lembramos ainda que é de responsabilidade da pesquisadora encaminhar a esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão, como forma de compromisso com a sociedade e o Sistema de Saúde de Sobral, em razão das possíveis melhorias advindas dos resultados do estudo. Reitera-se que pendências no envio do Relatório de Pesquisa podem levar a não apreciação de solicitações posteriores.

Em caso de dúvidas, contate-nos pelo telefone (88) 3614-2633 ou

Código de Validação: PP66521656458851F
Emitido em: Sobral, 28 de Junho de 2022, às 20:29, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC
Este documento pode ser validado no endereço plataformasaboiia.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.



PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA

pelo e-mail comissao.cientifica1@gmail.com

Sobral, 15 de Março de 2022

Lielma Carla Chagas da Silva

Profa. Ms. Lielma Carla Chagas da Silva
Coordenadora da Comissão Científica

Código de Validação: PP66521656458851F
Emitido em: Sobral, 28 de Junho de 2022, às 20:29, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC
Este documento pode ser validado no endereço plataformasaboiia.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONFLITO INTRAGRUPAL ENTRE EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA E RESIDENTE MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO QUANTITATIVO

Pesquisador: VERONICA EGLINE FARIAS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57920622.7.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

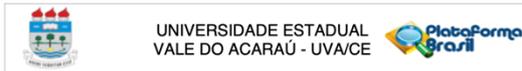
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.467.529

Apresentação do Projeto:

O projeto parte do princípio de que o programa de Residência Multiprofissional, é considerado como um espaço modificador do modelo de atenção à saúde, ao despertar uma formação crítica e reflexiva nos profissionais, ou seja, a residência é uma ferramenta patente e visível de mudanças no processo ensino-aprendizagem que reflete diretamente no processo de trabalho, sobretudo na Estratégia Saúde da Família (ESF) (Nascimento et.al (2016), Lima et. al (2015), Beker et. al (2016) e Salvador,2011). Com o passar dos anos as instituições vem demonstrando interesse crescente no trabalho em equipe e/ou grupos. Isto se deve ao fato de que indivíduos que trabalham em equipe geram melhores resultados e tendem a desenvolver atividades mais complexas. A vivência em equipe é complexa, sobretudo quando levamos em consideração a possibilidade do conflito intragrupos. A equipe de residentes são novos profissionais que serão integrados a equipe de saúde do município, como o objetivo de somar, e sobretudo, qualificar ainda mais o processo de trabalho dentro do SUS. Entende-se os residentes como uma equipe nova que adentra ao serviço de saúde com novas percepções e anseios que possibilita o surgimento de momentos de tensionamento entre estes profissionais e a equipe de saúde da família, já, que praticamente toda ação advinda do seu ofício/ processo de aprendizagem requer o desenvolver em equipe. Logo, a presente pesquisa terá como objetivo geral: Identificar a presença de conflito intragrupal entre os residentes e a equipe mínima de Saúde da família, de acordo com a percepção dos residentes dos programas de RMSF da Escola de Saúde

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep_uva@uvanet.br



Continuação do Parecer: 5.467.529

Pública Visconde Saboia Sobral. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo-exploratório com abordagem quantitativa sobre os profissionais da equipe mínima e os residentes da Escola de Saúde Pública Visconde Sabóia. Será utilizada a Escala de Conflitos Intragrupos (ECIG), desenvolvida e validada por Silva (2009) a nível nacional (Apêndice A) que visa verificar a presença de conflitos intragrupos e qual a dimensão do conflito prevalece na equipe. Será utilizada para a análise dos dados planilhas elaboradas no programa Excel a partir de cujas planilhas será feita análise estatística descritiva dos dados e sua associação com as características sociodemográficas da população estudada.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Identificar a presença de conflito intragrupal entre os residentes e a equipe de Saúde da família, de acordo com a percepção dos residentes do programa de RMSF da Escola de Saúde Pública Visconde Saboia Sobral/CE.

Objetivo Secundário:

-Descrever o perfil sociodemográfico dos residentes do programa de RMSF da Escola de Saúde Pública Visconde Saboia de acordo com variáveis de interesse;
-Identificar se há conflito intragrupal e o tipo de conflito intragrupal predominante (conflito de relacionamento ou conflito de tarefa);
-Analisar a presença de conflito intragrupal de acordo com as variáveis do perfil sociodemográfico dos residentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:**Riscos:**

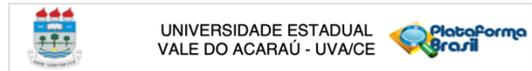
Por se tratar-se de uma coleta de dados por meio de formulários, apresenta riscos mínimos, caracterizados por possível desconforto ou constrangimento diante das questões. Para minimizar essa situação, o participante poderá se recusar a responder alguma questão, interromper ou até mesmo retirar o seu consentimento. Será respeitada a autonomia dos participantes, que terão a liberdade de decidir participar ou não da pesquisa sem nenhum prejuízo.

Benefícios:

Citamos como benefício da melhoria das relações intragrupos e, como consequência, a assistência e os processos de trabalho dentro das equipes de saúde; ampliar os conhecimentos sobre o

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: cep_uva@uvanet.br

Página 02 de 04



Continuação do Parecer: 5.467.529

relacionamento entre as equipes de saúde e os residentes; entendendo melhor se há conflito e qual tipo se sobressai induzindo assim as pesquisas e melhorando a prática do processo de aprendizado, sobretudo buscando ampliar o acervo científico na literatura a cerca desse tema;

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide conclusões

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A proposta apresenta:

Folha de rosto;

Formulário com informações básicas;

Termo de compromisso de utilização de documentos;

TCLE;

Brochura do projeto;

Recomendações:

Recomenda-se que seja entregue a este comitê relatório final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto atende as exigências éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

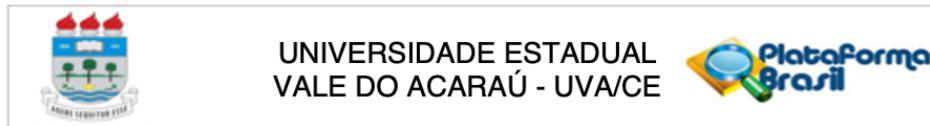
Projeto de pesquisa APROVADO. O CEP reforça a Resolução CNS 466/12, onde: "XI.2 - Cabe ao pesquisador: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final da pesquisa". Estes relatórios obrigatórios devem ser enviados via Plataforma Brasil, para o monitoramento e arquivamento da pesquisa pelo CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1884517.pdf	29/03/2022 09:30:58		Aceito
Outros	termodedados.pdf	29/03/2022 09:30:16	VERONICA EGLINE FARIAS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	29/03/2022 09:29:53	VERONICA EGLINE FARIAS	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE.pdf	29/03/2022	VERONICA EGLINE	Aceito

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby CEP: 62.041-040
UF: CE Município: SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: cep_uva@uvanet.br

Página 03 de 04



Continuação do Parecer: 5.467.529

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09:29:22	FARIAS	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	29/03/2022 09:28:52	VERONICA EGLINE FARIAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 14 de Junho de 2022

Assinado por:
CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS
(Coordenador(a))