

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Bruna de Oliveira Abreu

**A educação interprofissional e o trabalho colaborativo nas Residências em  
Saúde da Família no Município de João Pessoa-PB**

João Pessoa/PB  
2023

**BRUNA DE OLIVEIRA ABREU**

**A educação interprofissional e o trabalho colaborativo nas Residências em  
Saúde da Família no Município de João Pessoa-PB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, Área de concentração Política, Gestão e Cuidado.

Orientador(a): Prof.<sup>a</sup> Dra. Talitha Rodrigues  
Ribeiro Fernandes Pessoa.

João Pessoa/PB  
2023

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

A162e Abreu, Bruna de Oliveira.

A educação interprofissional e o trabalho colaborativo nas Residências em Saúde da Família no Município de João Pessoa-PB / Bruna de Oliveira Abreu. - João Pessoa, 2023.  
86 f. : il.

Orientação: Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCS.

1. Atenção primária à saúde. 2. Relações interprofissionais. 3. Educação interprofissional. 4. Internato e residência. I. Pessoa, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes. II. Título.

UFPB/BC

CDU 614(043)

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Afonso e Fátima**, por sempre acreditarem em mim e por terem abdicado de suas vidas e sonhos em prol das minhas realizações.

Nada disso teria sentido se vocês não existissem na minha vida.

**Vocês terão filha mestre, SIM!**

## AGRADECIMENTOS

À **Deus**, fonte de todo saber, por ter sido meu amparo e minha fortaleza em todos os momentos. Por ser meu abrigo em meio à tempestade e por ter colocado pessoas maravilhosas para me acompanhar e me ajudar. Obrigada por ter me sustentado até aqui!

Aos **meus pais**, fica o agradecimento mais importante e especial, obrigada por sempre estarem ao meu lado, me acompanhando passo a passo, incentivando, confiando, torcendo por mim e me dando apoio em todas as minhas decisões. **Mãe**, mulher guerreira que me ensinou tudo que eu sei e me motiva todos os dias a ir além. **Pai**, o seu silêncio é a maior demonstração de força e coragem que eu tenho, és o meu maior exemplo de ser humano.

Aos **meus familiares**, agradeço por todo amparo, carinho e palavras de incentivo. Uma família humilde e simples, mas que sempre incentivou aos estudos e a lutar!

As **minhas melhores amigas**, Júlia e Lanna, por me ensinarem a encontrar força e fé para vencer e superar os meus limites. Obrigada por sempre estarem presente, vocês são luz na minha vida!

Ao **meu noivo**, Victor, por ser meu parceiro e melhor amigo, obrigada pelas palavras de afirmação e encorajamento, obrigada por me acompanhar em todas as loucuras da vida. Obrigada pelo presente de caminhar ao meu lado, pelo o seu sorriso e por saber me fazer feliz!

A **minha orientadora**, Talitha, obrigada por todo suporte, orientação e dedicação. Gratidão pela paciência, cuidado e palavras de incentivo.

Por fim, agradeço a **todos** aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para o meu sucesso e crescimento como profissional e pessoa. Finalizo mais essa etapa na certeza que muitas outras loucuras virão e vocês embarcarão comigo mais uma vez.

## EPÍGRAFE

*“[Eu] pensava que nós seguíamos caminhos já feitos, mas parece que não os há. O nosso ir, faz o caminho.”*

**(C. S. Lewis)**

## RESUMO

**Introdução:** A reorganização dos processos formativos, tanto na graduação quanto nos programas de pós-graduação, tem despertado as mais diversas reflexões a respeito da importância do trabalho em equipe, de práticas colaborativas e da educação interprofissional. **Objetivo:** Compreender a percepção dos residentes e egressos sobre o papel da educação interprofissional e os elementos do trabalho colaborativo dentro de dois Programas de Residências em Saúde da Família no Município de João Pessoa - Paraíba. **Método:** Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva de abordagem qualitativa, foi elaborado um instrumento semiestruturado. Participaram da pesquisa 12 egressos selecionados por acessibilidade e conveniência. A realização da coleta de dados aconteceu por via remota com gravação de tela (imagem e áudio) sob permissão dos participantes. As entrevistas foram realizadas no período de maio a junho de 2022. Utilizando o critério de saturação, os registros foram analisados sob a perspectiva da análise de conteúdo de Bardin, na modalidade categorização temática. **Resultados e discussão:** A análise resultou em quatro categorias: trabalho colaborativo interprofissional, prática interprofissional colaborativa, repercussões da residência no trabalho interprofissional e a interprofissionalidade no período pandêmico. Observou-se o entendimento da importância da interprofissionalidade para a formação nos programas de residência, pela compreensão de como os egressos percebem-na e, diante disso, colocam-na em prática, inclusive imersos em um contexto pandêmico, desencadeando mudanças de práticas interpessoais estimuladas pelo programa. **Considerações finais:** Os egressos apresentaram em suas falas domínio do conceito da interprofissionalidade e entendem o papel da educação interprofissional nas práticas profissionais e do cuidado em saúde. À luz da perspectiva dos egressos, constatou-se que os programas de residência em saúde da família, apesar de fragilidades percebidas, são ótimos campos de atuação para o desenvolvimento da interprofissionalidade, favorecendo uma visão de clínica ampliada e cuidado integral na assistência.

**Palavras-chave:** Relações Interprofissionais. Educação Interprofissional. Internato e Residência. Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** The reorganization of training processes, both in graduate and postgraduate programs, has awakened the most diverse reflections regarding the importance of teamwork, collaborative practices, and interprofessional education.

**Objective:** To understand the perception of residents and graduates about the role of interprofessional education and the elements of collaborative work within the two Residency Programs in Family Health in the Municipality of João Pessoa - Paraíba.

**Method:** This is exploratory and descriptive research with a qualitative approach. The Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research and a protocol were adopted and a semi-structured instrument was developed. Graduates who had completed their residency in March 2022 and were chosen for accessibility and convenience participated in the survey. Data collection was carried out remotely with screen recording (image and audio) with the permission of the participants. The interviews from May to June 2022. Using the saturation criterion, the records were analyzed from the perspective of Bardin's content analysis, in the thematic categorization modality.

**Results and discussion:** The analysis resulted in four categories: collaborative interprofessional work, collaborative interprofessional practice, effects of residency on interprofessional work, and interprofessionality in the pandemic period. An understanding of the importance of interprofessionality for training in residency programs was observed, through the understanding of how graduates perceive it and, because of this, put it into practice, even immersed in a pandemic context, triggering changes in interpersonal practices stimulated by the program. **Final considerations:** The graduates presented mastery of the concept of interprofessionality in their speeches and understood the role of interprofessional education in professional practices and health care. In the light of the graduates' perspective, it was found that the residency programs in family health, despite perceived weaknesses, are excellent fields of action for the development of interprofessionality, favoring an expanded clinical view and comprehensive care in assistance.

**Keywords:** Interprofessional Relations. Interprofessional Education. Intership and Medical Residency. Primary Health Care.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categoria, subcategoria e definição constitutiva de análise das entrevistas.....	42
---	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos egressos quanto ao sexo, categoria profissional, idade, cor/raça, ano de conclusão da graduação, tempo entre a conclusão da residência e o início da atividade profissional, tipo de atividade que desempenha atualmente.....	41
---	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB – ATENÇÃO BÁSICA

APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

BNCC – BASE NACIONAL COMUM CURRICULAR

CAIPE – CENTRO PARA O AVANÇO DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

CIHC – CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE

CNE – CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO

CNS – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

COREQ – CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH

DCN – DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS

DS – DISTRITO SANITÁRIO

EIP – EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

ESP-PB – ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DA PARAÍBA

ESF – ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

eSF – EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

eSB – EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

FCMPB – FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA PARAÍBA

IDA – PROJETO DE INTEGRAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL

IPEC – INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE EXPERT PANEL

MEC – MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

MFC – MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

MS – MINISTÉRIO DA SAÚDE

NASF-AB – NÚCLEO AMPLIADO À SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE

PET-SAÚDE – PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE

PIBIC – PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSAS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

PMMB – PROGRAMA MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL

PNAB – POLÍTICA NACIONAL DA ATENÇÃO BÁSICA

PNFRS – PLANO NACIONAL DE FORTALECIMENTO DAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

PNH – POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

PRM – PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MÉDICA

PRMFC – PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

PRMSFC – PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

PRS – PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE

PSF – PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

PRÓ-SAÚDE – PROGRAMA NACIONAL DE REORIENTAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

RAS – REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

RMFC – RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

RMSFC – RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

RS – RESIDÊNCIAS EM SAÚDE

SBMFC – SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

SBMGC – SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA GERAL COMUNITÁRIA

SMSJP – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE JOÃO PESSOA

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TUFH – TOWARDS UNITY FOR HEALTH

UFPB – UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

USF – UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

VD – VISITA DOMICILIAR

VER-SUS – VIVÊNCIAS E ESTÁGIOS NA REALIDADE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral.....</b>	<b>19</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos.....</b>	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
<b>3.1</b>	<b>Você sabe o que é interprofissionalidade? Nunca vi, nem li, só ouço falar.....</b>	<b>20</b>
<b>3.2</b>	<b>Programas de Residência em Saúde da Família e Comunidade no Brasil e em João Pessoa-PB: quais os impactos na formação e na assistência à saúde?.....</b>	<b>26</b>
<b>3.3</b>	<b>Enredo da Pandemia da COVID-19 no Brasil e a sua ligação com o Sistema Único de Saúde.....</b>	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>36</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de pesquisa.....</b>	<b>36</b>
<b>4.2</b>	<b>Cenário da pesquisa.....</b>	<b>36</b>
<b>4.3</b>	<b>Sujeitos da pesquisa .....</b>	<b>36</b>
<b>4.4</b>	<b>Crítérios de inclusão e exclusão .....</b>	<b>37</b>
<b>4.5</b>	<b>Instrumento.....</b>	<b>37</b>
<b>4.6</b>	<b>Treinamento de pesquisadores.....</b>	<b>38</b>
<b>4.7</b>	<b>Coleta de dados.....</b>	<b>38</b>
<b>4.8</b>	<b>Análise de dados.....</b>	<b>39</b>
<b>4.9</b>	<b>Considerações éticas.....</b>	<b>40</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>41</b>
<b>5.1</b>	<b>Trabalho Colaborativo Interprofissional.....</b>	<b>43</b>
<b>5.2</b>	<b>Prática Interprofissional Colaborativa.....</b>	<b>49</b>
<b>5.3</b>	<b>Repercussões da residência no trabalho interprofissional.....</b>	<b>56</b>
<b>5.4</b>	<b>A interprofissionalidade no período pandêmico.....</b>	<b>62</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>67</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>68</b>
	<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO.....</b>	<b>79</b>

<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBISTÂNCIADO DO CEP.....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO B – ENCAMINHAMENTO DA GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE.....</b>	<b>85</b>
<b>ANEXO C – DECLARAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.....</b>	<b>86</b>

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com Reeves (2016), a reorganização dos processos formativos, tanto na graduação quanto nos programas de pós-graduação, tem despertado as mais diversas reflexões a respeito da importância do trabalho em equipe, de práticas colaborativas e da educação interprofissional (EIP). A EIP é uma que acontece quando dois ou mais profissionais buscam aprender de forma conjunta e interativa, a fim de desenvolver competências e habilidades necessárias para um trabalho coletivo.

A EIP vem ganhando destaque nos últimos dez anos, nos quais é possível identificar o seu papel principal na melhoria de sistemas e nos resultados à saúde. Outrossim, é visível sua participação nas pesquisas, políticas e atividades regulatórias mundialmente (REEVES, 2016).

Por vezes, a interprofissionalidade é confundida com a multiprofissionalidade. Na primeira existe a interação, a comunicação, a intenção, a abertura e o desejo em trabalhar conjuntamente em um mesmo objetivo, de forma que essa junção reflete na noção do trabalho em equipe de saúde e parte de uma construção de conhecimentos à base do diálogo e do respeito à singularidade dos núcleos de saberes e práticas profissionais. Já a segunda prática é reflexo de uma mescla de uma amálgama de núcleos e cada área irá atuar de acordo com o seu saber especializado (ALVARENGA et al., 2013).

Assim, pode-se utilizar a EIP como uma ferramenta de fortalecimento para inserção da prática colaborativa em saúde, uma vez que esta educação cria condições para as profissões aprenderem entre si, com e sobre as outras, para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados e serviços. O Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE) é uma organização sediada no Reino Unido, voltada para a Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, estabeleceu-se em 1987 com alcance internacional e define a prática colaborativa como:

Acontece quando vários trabalhadores da saúde de diferentes áreas trabalham juntos com pacientes, famílias, cuidadores e comunidades para entregar a maior qualidade do cuidado, permitindo que os profissionais de saúde envolvam-se com quaisquer indivíduos cujas habilidades possam ajudar a alcançar os objetivos de saúde local (NEY, 2018; BARR, 2002).

O trabalho colaborativo aponta como consequência uma maior segurança e satisfação dos pacientes referentes aos resultados em saúde e no uso adequado dos recursos clínicos especializados. É possível criar um novo espaço de aprendizagem

oriundo das práticas no território, das trocas de saberes, de experiências e de transformação interpessoal (CASANOVA, BATISTA, MORENO, 2018).

Partindo dessa perspectiva, as práticas colaborativas são grandes aliadas no processo de mudanças dos cenários em que as práticas profissionais são hegemonicamente centradas no modelo biomédico de atenção à saúde e formação, ou seja, ainda se encontram equipes e formadores em saúde que trabalham sob a forma na qual a decisão final, que deveria ser tomada de forma consensual pela equipe interprofissional, é posta nas mãos, exclusivamente, dos médicos. Centrando toda a tomada de decisão e direcionamento no corporativismo médico, impede-se que o beneficiário seja visto de forma ampla e integral (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018).

É preciso que os profissionais reconheçam que as diferentes áreas da saúde são uma inter-relação dos saberes e das ações entre as equipes, dentro do cuidado integral ao paciente. A educação profissional na saúde está sendo rediscutida amplamente nos meios de ensino, pesquisa e extensão. Ela ainda é considerada fragmentada, descontextualizada e produtora de currículos estáticos (CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018; ARNEMANN et al., 2018).

Um passo dado, no Brasil, para que ocorram mudanças nesse sistema de formação foi a criação de vários movimentos e programas ligados ao processo formativo em saúde, por exemplo, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e os Programas de Residências em Saúde (PRS), além de uma renovação e aperfeiçoamento das diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde. Dentre esses, este estudo destaca os PRS (AMARAL et al., 2018).

A Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, instituiu a Residência Multiprofissional em Saúde, contemplando todos os núcleos profissionais (BRASIL, 2006). E a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981, instituiu o Programa de Residência Médica, ambas são definidas como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*.

As Residências em Saúde (RS) foram elaboradas, à princípio, como um treinamento em serviço. Os programas são reavaliados periodicamente com o objetivo de estimular atividades que entrelacem as demandas do Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo espaços para o desenvolvimento de ações da educação interprofissional (ARNEMANN et al., 2018).

As RS são consideradas processos formativos de especialização do ensino no serviço em seus diversos níveis de atenção, desde a média e alta, perpassando pela baixa complexidade, tendo essa como exemplo a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) e a Residência de Medicina de Família e Comunidade (RMFC). Essas residências são orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, podendo serem readaptadas a partir das necessidades e realidades locais e regionais, porém, é perceptível que suas normativas só começaram a buscar por essas adaptações mais recentemente (DIAS et al., 2016).

Por fim, os programas de residência se apresentam como uma possibilidade de problematizar as realidades vivenciadas dentro dos serviços de saúde, como também destacar a articulação com as instituições de ensino na procura por integração entre residentes, docentes, usuários, gestores e profissionais (SILVA; DALBELLO-ARAUJO, 2019).

É importante ressaltar que o período desde o ano de 2020 até o momento atual (início do ano 2023), o mundo vivencia um contexto diferente, no campo político, social, econômico, educacional e cultural devido à pandemia da covid-19 (vírus SARS-CoV-2). Atualmente, a pandemia encontra-se em uma fase de declínio, mas que requer atenção e incentivo ao cumprimento do calendário vacinal para um controle mais efetivo da doença na população.

O contexto pandêmico afetou todos os âmbitos da sociedade, tornando-se um grande desafio no século XXI. Estando a pandemia diretamente vinculada aos serviços de saúde e, conseqüentemente, ao desenvolvimento da formação de profissionais e de pesquisas científicas, dentro deste cenário, foi necessário pensar estratégias possíveis para a continuidade do desenvolvimento dos programas de residência em saúde, bem como, para fornecer suporte aos residentes, seja profissional e/ou pessoal (FERREIRA et al., 2021).

Com base no exposto e nos desafios dos processos de reorientação da formação em saúde, a presente pesquisa apresenta a seguinte hipótese: a educação interprofissional e os programas de residência em saúde podem ser vistos como relevantes e correlatos no processo de aperfeiçoamento, busca de novas estratégias para o ensino e o serviço em saúde e na compreensão das relações de trabalho em equipe.

Esta pesquisa contribui com a tentativa de expandir o aprofundamento científico sobre o objeto estudado e para os trabalhadores da saúde da família,

residentes/egressos e gestão uma oportunidade de compreender melhor a temática e ampliar os olhares para uma forma horizontalizada do cuidado, destacando a importância do trabalho em equipe e o olhar integral sobre o sujeito.

Propôs-se pesquisar a relação entre a educação interprofissional e o trabalho colaborativo com os programas de residência em saúde da família com o intuito de direcionar uma maior atenção ao rompimento de barreiras do modelo biomédico e uniprofissional, afim de proporcionar melhorias no cuidado integral preconizado pelo Sistema Único de Saúde.

O presente trabalho tem como direcionamento duas perguntas norteadoras: “Qual a percepção dos egressos da Residência de Medicina de Família e Comunidade da UFPB e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de João Pessoa sobre a educação interprofissional e o trabalho colaborativo?” e “Como os egressos dessas Residências percebem mudança em suas práticas de atenção à saúde e trabalho em saúde após a conclusão da Residência?”

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Compreender a percepção dos egressos sobre o papel da educação interprofissional e os elementos do trabalho colaborativo em dois Programas de Residências em Saúde da Família no Município de João Pessoa.

### **2.2 Objetivos específicos**

Identificar a percepção dos egressos acerca da educação interprofissional e do trabalho colaborativo.

Verificar quais os elementos da educação interprofissional e do trabalho colaborativo estiveram presentes na formação dos egressos.

Interligar as mudanças de práticas e de atitudes pessoais no processo de trabalho dos egressos com a sua inserção no mercado de trabalho, considerando a educação interprofissional e o trabalho colaborativo.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 Você sabe o que é interprofissionalidade? Nunca vi, nem li, só ouço falar

Este título é uma paráfrase a música “Caviar” do cantor Zeca Pagodinho, na qual Zeca coloca de maneira cômica uma crítica social a situação da pobreza no Brasil, ironizando que o pobre apenas ouve falar do caviar e a dificuldade de colocar o mínimo de comida na mesa, enquanto a classe média alta, dispõe da alimentação clássica e refinada todos os dias.

Assim, nesse tópico encontrou-se a possibilidade da paráfrase, para tratar da interprofissionalidade que tem sido bastante discutida globalmente, em especial, no Brasil, mas que a maioria dos profissionais e educadores no âmbito da formação em saúde confundem ou desconhecem o termo.

A pretensão neste capítulo é refletir como a educação interprofissional e o trabalho colaborativo são ferramentas capazes de ultrapassar os limites de uma formação em saúde direcionada para um modelo médico centrado e também de contextualizar a interprofissionalidade.

A interprofissionalidade começou a ganhar espaços no Brasil, a partir da década de 80 no período da redemocratização, no qual o país acabara de sair de um regime de ditadura militar com durabilidade de 21 anos, com cinco mandatos militares e 16 atos institucionais. Nesse período, as instituições e os serviços passaram pela reforma da saúde, tendo início com a descentralização das ações e dos serviços prestados (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

A Educação Interprofissional se faz presente em diversos campos de atuação, principalmente, na Rede de Apoio ao Ensino e à Aprendizagem em Ciências e Práticas da Saúde. Um exemplo de representação atuante é o *The Centre for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE), sediado no Reino Unido. O CAIPE foi responsável pelo primeiro movimento de estudo sobre o tema em 1987 e apresenta como objetivos principais alavancar e desenvolver a educação interprofissional, pesquisa, aprendizagem e prática global (CECCIM, 2018; BARR; LOW, 2013).

Após esse movimento inicial do CAIPE, a educação interprofissional ampliou o seu campo de estudo e em 2010 um grupo canadense começou a publicar novas pesquisas sobre a temática, especialmente, sobre o trabalho colaborativo. O *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) é uma organização que dedica-se há mais de uma década no fortalecimento da base de conhecimento e da

prática colaborativa, e descreveu seis domínios de competências para promover os conhecimentos, habilidades e atitudes indispensáveis para a prática colaborativa: comunicação interprofissional; atendimento centrado no paciente, família e comunidade; esclarecimento de papéis; funcionamento de equipe; liderança colaborativa; resolução de conflitos interprofissionais (CIHC, 2010).

Em 2011, o grupo norteamericano *Interprofessional Education Collaborative Expert Panel* (IPEC), publicou um relatório apresentando quatro competências essenciais para a Prática Colaborativa Interprofissional: valores e ética para a prática interprofissional; funções e responsabilidades; comunicação interprofissional; equipes e trabalho em equipe (IPEC, 2011).

Nesse sentido, o trabalho colaborativo representa uma estratégia de ação de um novo profissionalismo, fundamentada na interprofissionalidade e colaboração, almejando melhorias na qualidade dos serviços de saúde (CAIPE, 2013).

De acordo com Green (2014), no Reino Unido se pode descrever as mudanças relacionadas ao termo “interprofissional” em 3 fases, sendo elas: a fase número 01 passa por um despertar para os problemas da profissionalização e para a confirmação de que a EIP pode agregar para as práticas colaborativas e para o cuidado dos usuários; na fase número 02 esforços são dispendidos para construção de uma base de evidências acerca do tema e o envolvimento dos gestores são elevados, buscando uma maior participação dos envolvidos e; a fase 03, responsável por direcionar o desenvolvimento de comunidades de prática, por meio da promoção de mudanças no âmbito profissional. No contexto britânico foi possível visualizar que essas fases influenciaram mudanças nos panoramas social, político, educacional e institucional da saúde.

O campo da interprofissionalidade vem se destacando frente às políticas de saúde nos cenários internacionais e nacionais, seja no setor público, seja no privado, de forma especial no que diz respeito a educação interprofissional e o trabalho colaborativo. Esse avanço é considerado recente e muitos pesquisadores e profissionais seguem a definição trazida pelo CAIPE, em 1997 e revisada em 2002: “ocasiões em que duas ou mais profissões aprendem junto, a partir e a respeito de cada um para desenvolver a colaboração e a qualidade do atendimento” (CECCIM, 2018; PEDUZZI et al., 2013).

À medida que as necessidades de formação de equipes para atenção básica de saúde surgiam, verificou-se que a EIP possui ferramentas que envolvem princípios

e valores da metodologia interativa, baseando-se em teorias da antropologia, pedagogia, psicologia social e sociologia. Estas disciplinas auxiliaram no desenvolvimento dos saberes, dos conhecimentos e das tecnologias, no perpassar do tempo, respondendo às necessidades de saúde, cada um do seu ponto de vista. O conjunto de áreas constitui ricas e felizes possibilidades de atenção à saúde, mas se forem integralmente parceiras, caso contrário, se funcionarem de maneira isolada, perderão o brilho (CECCIM, 2018; PEDUZZI, 2017).

Atividades de aprendizagem interprofissional baseadas em trabalho são geralmente descritas como “treinamento conjunto” ou “aprendizado compartilhado” e facilitam mudanças na forma como os serviços são prestados. Um exemplo é o cuidado interprofissional, que pode ser entendido como uma resposta colaborativa às necessidades das pessoas, famílias, grupos e comunidades por duas ou mais profissões (BARR; LOW, 2013).

Ceccim (2018) aponta que pesquisadores que fizeram avaliação de resultados do antes e depois da educação interprofissional, revelaram uma evolução na atenção qualificada, relacionado à mudança de atitudes, inquietação com as bases teóricas e práticas da intervenção e resultados precisos com base em competências.

A interprofissionalidade pode ser interpretada e utilizada como uma forte ferramenta na adoção de novas estratégias para o ensino e o serviço em saúde e que corresponda tanto às necessidades do mercado de trabalho como também da sociedade. Ela vem para fortalecer os princípios básicos do SUS, promovendo um cuidado integral e contínuo (ALMEIDA; TESTON; MEDEIROS, 2019).

Os conceitos de EIP e multiprofissionalidade, a princípio, podem parecer os mesmos, mas existem diferenças de ordem prática entre eles. O CAIPE define a educação multiprofissional como “ocasiões que dois ou mais profissionais aprendem lado a lado”, nesse caso, as atividades educativas ocorrem conjuntamente, mas de forma paralela, sem obrigatoriamente haver interação entre os sujeitos. No desenvolvimento da EIP é importante que haja a abertura ao diálogo para fortalecer o trabalho em equipe, buscando a transformação das práticas de saúde com ênfase nas necessidades de saúde dos usuários e do território (BARR; LOW, 2013; PEDUZZI et al., 2013).

Na multiprofissionalidade ocorre o encontro de distintas profissões que buscam atuar juntas, mas não há um propósito claro de comunicação e dinâmica em equipe. Paralelamente, existe o termo uniprofissional que possui apenas um núcleo de

formação, destinado a uma categoria específica de profissionais, trabalhando de forma exclusiva nesta área de atuação. (BRUSTULIN, 2020).

Para além da interprofissionalidade, uniprofissionalidade e multiprofissionalidade, existem outros termos que podem causar estranhamento e incompreensão quanto aos seus significados e práticas. Piaget (1972) classificou a multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade.

Na multidisciplinaridade ocorre a abordagem do mesmo assunto por várias disciplinas, mas não há uma integração, são diversos setores do conhecimento sem interação, é apenas uma transmissão de formação, de forma cumulativa. A interdisciplinaridade é o trabalho coletivo envolvendo diversas disciplinas com o objetivo em comum, existe cooperação, diálogo e uma ação coordenada, causando um enriquecimento mútuo. Por último, a transdisciplinaridade é uma etapa superior a interdisciplinaridade, é uma interação global, não se restringe apenas as interações especializadas, mas ao um sistema total, sem fronteiras (MARTINS, 2020).

Buscando medidas para reformulação do sistema, a interprofissionalidade se apresenta como uma saída à desfragmentação das profissões e valorização da comunicação interprofissional (BRUSTULIN, 2020).

A organização não-governamental *Towards Unity For Health* (TUFH) correlacionada oficialmente com a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe que o termo interprofissional substitua o termo multiprofissional, evidenciando a indispensabilidade de mudanças no aprender entre os múltiplos trabalhadores da saúde (COSTA et al., 2015).

Segundo Previato e Baldissera (2018), na prática, a EIP pode ser visualizada por meio da prática interprofissional colaborativa em saúde, sendo um dos métodos primordiais para aperfeiçoar a percepção, compreensão e eficácia das relações de trabalho em equipe e nos cuidados em saúde. O estudo baseou-se na matriz canadense contida nos documentos do CIHC que aponta alguns domínios importantes para se alcançar tal prática, que são: comunicação interprofissional, cuidado centrado no paciente/família, clareza dos papéis profissionais, dinâmica de funcionamento em equipe, resolução de conflitos e liderança colaborativa.

Entre estes, a comunicação interprofissional foi reconhecida como a mais importante. Em um estudo integrativo desenvolvido por FREITAS et al. (2022), este domínio esteve presente em 100% dos artigos analisados, nos quais foi relatado dificuldades na troca de relações e na organização das práticas de humanização na

atenção básica, gerando, por consequência, interferência na qualidade da assistência em saúde.

A Organização Mundial de Saúde (2013) publicou um documento de grande relevância para a transformação na educação de profissionais da saúde tendo como objetivo apoiar e promover um sistema de saúde mais avançado, nele é enfatizado que a EIP é uma estratégia essencial para o desenvolvimento da atenção para a saúde mundial (WHO, 2013; BARR, 2015).

Em meio ao cenário caótico da não valorização da educação interprofissional e do trabalho colaborativo, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como uma medida de reorganização da forma de gerir os recursos humanos, trazendo uma mudança do modelo de atenção à saúde (MATUDA; AGUIAR; FRAZÃO, 2013).

Nesse sentido, dadas as dificuldades encontradas na ESF, exemplo, a falta de integração entre os profissionais, e, procurando uma resolutividade desejável da atenção à saúde e a superação das práticas fragmentadas, considerando o conceito ampliado de saúde, pode-se afirmar que a prática interprofissional colaborativa em saúde é um princípio fundamental à Atenção Primária à Saúde (APS). É importante destacar que a APS é organizada de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde. É reconhecida pelo trabalho compartilhado entre as equipes de Saúde da Família (eSF), dos Núcleos Ampliados à Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) e as equipes de Saúde Bucal (eSB) que em conjunto buscam executar o cuidado em sua integralidade e a resolução das ações de saúde atravessadas pela interdisciplinaridade (PREVIATO; BALDISSERA, 2018).

A APS tem sido o lugar no qual mais avançaram as propostas organizativas dos serviços de saúde baseados no trabalho em grupo e prática colaborativa. A literatura sobre esta prática discorre para além das questões interprofissionais e introduz a perspectiva do usuário, família e comunidade na busca de “cuidar com as pessoas, ao invés de cuidar para as pessoas” (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Morgan, Pullon e Mckinlay (2015) consideram o termo “Colaboração interprofissional” como um guarda-chuva que abriga outros dois termos: a “Prática colaborativa interprofissional” que é usado para descrever elementos da colaboração incorporados na prática dos serviços de saúde, e o “Trabalho em equipe interprofissional” que por sua vez é considerado um nível mais profundo de trabalho interprofissional e intensa interdependência das ações.

De acordo com Peduzzi e Agrelli (2018), os termos acima estão correlacionados, mas não se apresentam como sinônimos, uma vez que estão se referindo a diferentes modalidades de trabalho interprofissional que são apreendidas da perspectiva contingencial, ou seja, dependem da interrelação entre usuários, famílias, comunidade, profissionais e serviços.

Por fim, uma forma de inserir o processo formativo no serviço seria por entre as Residências em Saúde. É notório que diferenciar prática, trabalho e processo formativo não é um procedimento feito de forma automática. Entretanto, experienciar o trabalho vivo em ato é uma maneira de vivenciar a prática interprofissional. Os programas de residência multiprofissionais em saúde, por exemplo, foram criados para responder à demanda de reorientação dos modelos de atenção à saúde. Para isso, as ações devem estar arregimentadas pela colaboração intersetorial para a incorporação de graduados em saúde no mercado de trabalho e construção do SUS (ANDRADE et al., 2018).

### **3.2 Programas de Residência em Saúde da Família e Comunidade no Brasil e em João Pessoa-PB: quais os impactos na formação e na assistência à saúde?**

O modelo de atenção à saúde voltado ao contexto do território e baseado no cuidado familiar, começou a ser desenhado em meados do século XX, quando a especialidade Medicina de Família e Comunidade (MFC) foi formalmente estabelecida no Brasil, época na qual foram criados doze programas de residência médica. A palavra Comunidade foi acrescida tempos depois, por causa do entendimento de haver aspectos que transcendem o usuário e a família, por exemplo, questões de saneamento básico e segurança, nos quais exercem grande influência em ser saudável ou não. É preciso destacar que o termo MFC se inspirou nas nomenclaturas utilizadas em outros países, a exemplo dos Estados Unidos, do Canadá e do Reino Unido (BRASIL, 2010).

Em 1978 aconteceu a Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde (Alma Ata – URSS), na qual fortalece a ideia da Atenção Primária à Saúde (APS), de cuidado centrado no usuário e considerando os determinantes sociais, dessa forma, dá forças ao modelo de Medicina de Família e Comunidade (FALK, 2022).

As residências em Saúde da Família e Comunidade são desenvolvidas nesse cenário da APS, os residentes são imergidos no processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família. A ESF, tendo como precursor o Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, passou a ter essa nomenclatura em 2006, sendo uma estratégia permanente na Atenção Básica (AB). É regulamentada pela Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) que teve sua última revisão no ano de 2017, através da Portaria Nº 2.436, 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017).

De acordo com a PNAB, a ESF visa a reorganização da AB seguindo os preceitos do SUS e é uma importante ferramenta de expansão, qualificação e consolidação da AB, pois favorece uma nova orientação do processo de trabalho. A Atenção Básica é o contato preferencial do usuário com os serviços de saúde, é a principal porta de entrada e centro de comunicação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), necessariamente, uma entrada de fácil acesso. Trata-se da coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. Caracteriza-se por ser o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas, envolvendo a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de

danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde (PAIM, 2012; OLIVEIRA, 2018; BRASIL, 2017).

Assim, o modelo da AB ou APS também é representado pela ESF que se configura como um dos maiores programas assistenciais no país e pode ser considerado como uma chave reorganizadora do SUS que, por sua extensão e cobertura, é reconhecido como um modelo a ser seguido (ABRAHÃO, 2007; MENDES, 2013; COUTINHO; BARBIERI; SANTOS, 2015).

É bem verdade que só a implantação da ESF não é garantia de modificação no modelo assistencial médico hegemônico, depende também da alteração na forma de se produzir o cuidado, das relações interprofissionais e para com os usuários. As eSF funcionando em sincronia são grandes solucionadoras dos problemas em seus territórios, trabalhando a prevenção e a promoção à saúde (FIGUEIREDO; CAMARGO; RIBEIRO, 2018).

Sendo assim, os programas de residências começam a se destacar no cenário brasileiro, seguindo a perspectiva da quebra do cuidado médico centrado. Contudo, o que causou o maior impulso e instigou a verdadeira mudança na atenção à saúde foi a decisão de Henrique Santillo em dezembro de 1993 (na época Ministro da Saúde no governo de Itamar Franco), de iniciar a disseminação da MFC no país inteiro por meio do MS chamando representantes dos principais núcleos da medicina de família e comunidade (BRASIL, 2010a).

Um pouco antes desse movimento de reorganização da assistência à saúde acontecer, no ano de 1981, se formalizam os Programas de Residência Médica (PRM) na ênfase Medicina Geral Comunitária, e, conjuntamente é fundada a Sociedade Brasileira de Medicina Geral Comunitária (SBMGC), no Rio de Janeiro -RJ. A SBMGC passa a ser chamada de Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) em 2001 quando acontece a sua reativação (FALK, 2022).

Ademais, foi nesse contexto histórico que se começou a ter os primeiros programas de residência médica em MFC, sejam ligadas ou não as instituições oficiais ou de ensino. Em 1979, se criou a primeira Residência Multiprofissional em Saúde Comunitária no Rio Grande do Sul, envolvendo os outros núcleos profissionais voltados para APS: enfermagem, odontologia, psicologia, serviço social, nutrição etc. Assim como a residência médica, a multiprofissional teve sua alteração de nome um pouco depois, se chamando Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – RMSFC (BRASIL, 2010; FALK, 2022).

O valioso histórico da reforma sanitária brasileira proporcionou subsídios para a compreensão da construção de uma definição sobre educação interprofissional. Nascimento e Oliveira (2010) destacam que desde o final da década de 80 que se vem discutindo no Brasil as propostas de mudanças na formação em saúde, com a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS).

Um dos projetos mais importantes promovidos pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) em parceria com o MS foi o Projeto de Integração Docente-Assistencial (IDA) que ocorreu no período de 1985-1997, visava a integração de universidades e serviços. O IDA foi precursor de outras experiências, como o Projeto UNI (1991) – Uma nova iniciativa na educação de profissionais de saúde que tinha como objetivo proporcionar uma melhoria da formação dos profissionais de saúde. O projeto IDA se fez vivo e presente conjuntamente ao Projeto UNI (KISIL; CHAVES, 1994; FEUERWERKER; ALMEIDA, 2002; PAIVA; PIRES-ALVES; HOCHMAN, 2008).

Além disso, ao longo dos anos foram surgindo outros projetos como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) sinalizando ações do Ministério da Saúde (MS) para promover mudanças na formação inicial em saúde.

O PET-Saúde foi instituído pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010. Este programa visa o aperfeiçoamento da interlocução ensino, serviço e comunidade, buscando aprimorar os conhecimentos dos profissionais e estudantes da saúde. Tem o seu ponto de partida o fortalecimento da educação pelo trabalho, contando com atores envolvidos no ensino, na pesquisa, na extensão universitária e o estímulo a participação social (BRASIL, 2010b).

Destarte, tanto o Pró-Saúde como o PET-Saúde são uma saída para reorganização nos modelos de ensino e nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), desenvolvendo experiências inovadoras e lutando para que haja o verídico rompimento com a educação bancária – modelo tradicional – diversificando os locais de aprendizagem e se guiando pela RAS (PET-SAÚDE, [s.d.]).

As DCNs foram instituídas com o intuito de contribuir para a consolidação do SUS e são consideradas condutas para a educação que direcionam o planejamento curricular das instituições de ensino, sendo o Conselho Nacional de Educação (CNE) que discute e fixa as ações a serem tomadas. No Brasil, foi elaborado a Base Nacional

Comum Curricular (BNCC) que é complementar a DCN, de forma que a BNCC é o detalhamento de conteúdos e competências e as diretrizes dão estruturas a composição curricular. Para os cursos de graduação da área da saúde, as diretrizes, são um conjunto de teorias e práticas pedagógicas, comprometidas no processo de construção de um profissional (COSTA et al., 2018a; CASTRO; CARDOSO; PENNA, 2019).

Além desses programas é possível destacar o Programa Mais Médicos para o Brasil e o VER-SUS. O PMMB foi implementado pela Portaria Interministerial Nº 1.369 de 8 de julho de 2013 e instituído pela Lei Nº 12.871 de outubro de 2013, com o intuito de emponderar recursos humanos na área médica para o SUS e é um programa do Governo Federal em parceria com estados e municípios, afim de melhorar o atendimento aos usuários do SUS, levando médicos para regiões com baixo quantitativo ou ausência profissional e fortalecendo a Atenção Básica. O Mais Médicos conseguiu contribuir para uma implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento mais humanizado, integral, universal e de qualidade. Os médicos participam não só do atendimento aos usuários, como também de processos de aperfeiçoamento profissional e educação permanente, levando em consideração o ensino-serviço (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

O Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS destina-se aos universitários dos cursos da área da saúde com a possibilidade de participação de estudantes de outras áreas. Teve seu início em 2003 com o objetivo de aproximar a graduação às realidades locais, incluindo as práticas interprofissionais e a sensibilização e familiarização com as áreas de vulnerabilidades e baixa densidade tecnológica-assistencial em saúde (BRASIL, 2004a).

Além disso, o VER-SUS busca valorizar e potencializar o compromisso ético-político dos participantes, contribuindo para a formação do conceito ampliado de saúde e para a discussão coletiva sobre o projeto político-pedagógico da graduação em saúde. É uma oportunidade de vivenciar os desafios, as dificuldades e os avanços do SUS, além de discutir estratégias para o fortalecimento do sistema (BRASIL, 2004b).

Ademais, os Programas de Residências em Saúde (PRS) fazem parte do tripé da educação e formação – ensino, pesquisa e extensão – sendo na modalidade de pós-graduação *latu sensu*, têm no mínimo duração de dois anos e carga horária de 60h/s, para ingresso no programa é necessário passar por um processo seletivo que

varia de acordo com a instituição de ensino formadora e região do país (REIS; SOUZA, 2021).

A residência é composta por coordenadores, tutores de núcleo, preceptores e residentes, conta com apoio das instituições formadoras que disponibilizam os professores e espaços para aula, bem como, suporte da instituição executora que é o local de atuação dos residentes. É uma modalidade interministerial, normatizada e acompanhada pelo MS e o Ministério da Educação – MEC (PASSOS et al., 2022; SILVA, 2020).

Os PRS são considerados como padrão ouro de qualidade na formação dos profissionais de saúde, especialmente para o SUS, e vêm ganhando bastante espaço e divulgação. O MS e o MEC manifestam apoio e valorização aos programas, instituindo o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde (PNFRS), no âmbito do SUS, por causa de suas potencialidades para a formação do novo trabalhador em saúde (BRASIL, 2021).

É possível afirmar que uma das finalidades da residência em saúde é preparar os trabalhadores de múltiplos núcleos da saúde para trabalhar em equipe. Trabalhar de forma interprofissional é aprender com o outro, não para invadir o espaço alheio, mas para somar em suas gamas de conhecimento, e assim, desenvolver um cuidado humanizado e integral (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010).

No que se refere ao campo das residências de saúde da família e comunidade em solos paraibanos podemos destacar dois programas: Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e o Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCMPB). A MFC da UFPB foi criada em 2009 em parceria com Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa (SMSJP) e tendo como norte a Portaria SMS-JP 016/2016. O programa almeja uma integração entre clínica, saúde coletiva e educação popular respeitando o processo participativo e democrático na construção de atividades mais conjuntas (FIGUEIREDO, 2019).

O Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) da UFPB tem a sua primeira turma iniciada em 2010 em meio a um contexto nacional de consolidação da APS, a inserção das DCNs do curso de medicina (2001) e de uma reformulação do projeto pedagógico do curso de medicina, quebrando com a formação generalista. A portaria 018/16 foi publicada devido a uma análise política da situação de saúde local e da organização da rede escola, dispondo sobre

desenvolvimento dos programas de residência de MFC no município de João Pessoa-PB, conquistando também a criação do Colegiado Gestor da RMFC (SOARES et al., 2018).

Outrossim, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade em João Pessoa-PB teve seu início em 2009 pela Universidade Federal da Paraíba em parceria com a SMSJP, porém, o programa executado pela UFPB encerrou suas atividades no ano de 2011. Contudo, em 2015 o programa passou a ser ofertado e vinculado a Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba também em parceria com SMSJP com apoio da UFPB pela rede escola (FILHO; SAMPAIO; BRAGA, 2016).

A RMSFC da FCMPB foi formulada na perspectiva de impulsionar a organização da Atenção Básica e buscar meios de integração nas equipes de Saúde da Família e dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica, bem como a qualificação dos serviços de saúde. Para ser considerado um programa multiprofissional, a residência deve conter no mínimo três núcleos profissionais, sendo assim, o projeto da RMSFC contempla os cursos de enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição e psicologia, recentemente, foram acrescentados os cursos de medicina veterinária, odontologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional (FILHO; SAMPAIO; BRAGA, 2016).

Dessa forma, os programas de residências apresentam como um dos objetivos principais a formação pela compreensão e exercício da prática multiprofissional na práxis da interprofissionalidade. A formação interprofissional possibilita a produção de encontros multiprofissionais e a efetivação de ações que podem ser executadas pelos trabalhadores em uma prática compartilhada. A presença da residência na AB potencializa a prestação de serviços e diminuição de encaminhamentos para a rede especializada, concedendo maior resolutividade dos casos (OLIVEIRA, 2020; CARVALHO; GUTIÉRREZ, 2021).

Em um estudo realizado por Alves (2019) na cidade de Caicó-RN, pode-se observar os benefícios causados pela inserção do PRMSFC, possibilitando uma qualificação mais robusta no serviço de saúde, ampliando o vínculo com os usuários, novos aprendizados adquiridos por meio das múltiplas atividades desenvolvidas, melhoria no cuidado integral, aperfeiçoamento da comunicação interprofissional e da dinâmica de equipe.

Em suma, as equipes de residências em saúde, sejam elas multiprofissionais ou médicas, são armas potentes na transformação de realidades, modificação e

rompimento das práticas de saúde tradicionais e médicos-centrados, remodelamento dos processos formativos e estímulo a participação ativa da comunidade. Ainda há desafios a serem enfrentados, por exemplo, lacunas organizacionais e de gestão, para obter um total aproveitamento dos programas (OLIVEIRA, 2020).

### **3.3 Enredo da Pandemia da COVID-19 no Brasil e a sua ligação com o Sistema Único de Saúde**

Por volta de dezembro de 2019, a Organização Mundial de Saúde havia sido alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade de Wuhuan, província de Hubei, na República Popular da China. Em janeiro de 2020 a OMS anunciou que o surto do novo coronavírus constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). A OMS visava aprimorar a coordenação, cooperação e solidariedade global para conter a disseminação do vírus (SÁ, 2020).

A ESPII é definida, de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional (RSI), como: “um evento extraordinário que pode constituir um risco de saúde pública para outros países devido a disseminação internacional de doenças; e potencialmente requer uma resposta internacional coordenada e imediata”. Em março de 2020, a OMS caracterizou a emergência de saúde pública como uma pandemia, causada pelo vírus Sars-CoV-2. O termo se refere a distribuição geográfica de uma doença e não diz respeito a sua gravidade e ao estado de saúde dos indivíduos afetados (DOMINGUEZ, 2020).

A pandemia é apontada por especialistas como um dos maiores desafios em escala global, deste século, no campo da saúde sanitária e coletiva. No Brasil, o agravamento é ainda maior devido ao contexto de grande desigualdade social, com populações em situações de grande vulnerabilidade com cortes profundos nas políticas sociais e em inevitável situação de aglomeração (WERNECK; CARVALHO, 2020).

O Brasil é um dos países mais atingidos pela pandemia e conta com um dos maiores índices de casos/mortes no mundo levando em consideração sua extensão territorial e populacional. É responsável por 36.620.371 casos confirmados e 695.314 óbitos, incidência/100mil hab. de 17426,1, mortalidade/100mil hab. de 330,9, dados atualizados até 13 de janeiro de 2023 (BRASIL, 2023).

Contudo, anteriormente à covid-19, o SUS já experienciava situações de subfinanciamento, ausência de governança e choque político internacional. Dessa maneira, o país enfrentou a pandemia com o sistema fragilizado e com menor potência de resiliência. O contexto pandêmico enfatizou os riscos da dependência tecnológica e da precarização de produtos essenciais à saúde. É preciso garantir o fornecimento de insumos e equipamentos relacionados a saúde. O subfinanciamento do SUS

ameaça, portanto, o desenvolvimento de todas as outras funções em períodos de crises (JUNIOR, 2022).

Uma das melhores ferramentas para atingir bons resultados no SUS é a ampliação da equipe de atenção básica. A ESF se torna um local de fundamental importância no combate ao coronavírus, devido a sua atuação geográfica, participação comunitária e forte rede de apoio e diálogo, elementos estes que fazem parte de uma boa abordagem de vigilância sanitária comunitária (MEDINA et al., 2020).

Segundo Giovanella et al. (2021), em uma pandemia é importante levar em consideração dois aspectos: o enfrentamento da doença e a continuidade dos cuidados para as doenças em curso. Por isso, a pandemia se tornou um grande desafio para as equipes da Estratégia de Saúde da Família, fazendo necessário uma reorganização do fluxo de trabalho para manter a acessibilidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado e abordagens centradas no usuário e comunidade.

A reorganização e o remodelamento no modo de atendimento nas unidades básicas de saúde afetaram a forma de atuação em equipe dos trabalhadores. Durante a pandemia deveria evitar-se a aglomeração de pessoas e isso dificultou o exercício da interprofissionalidade e do trabalho colaborativo, tornando as interconsultas e visitas domiciliares, por exemplo, suspensas naquele momento de crise sanitária. Além disso, a pandemia trouxe dificuldades na continuidade do cuidado as condições crônicas, como também gravidez, primeira infância e saúde mental (BOUSQUAT et al. 2021).

Em tempos de pandemia, as atividades de rotina da atenção básica necessitam ser mantidas, procurando uma readequação de alguns procedimentos e incorporação de outros. Nesse contexto é extremamente importante que os profissionais de saúde estejam comprometidos em trabalhar com a colaboração interprofissional, tanto com as equipes de saúde como com os setores da sociedade (MEDINA et al., 2020; FERNANDES et al., 2021).

No período pandêmico o processo de trabalho dos programas de residência – como em todos os setores – foi tomado por insegurança e angústia. Dessa forma, algumas adequações se tornaram necessárias para a continuidade do trabalho e a colaboração interprofissional, utilizada como principal ferramenta de enfrentamento a pandemia, apresenta-se como um trabalho intencional e organizado buscando promover a partilha, parceria, interdependência e construção das relações de poder,

afim de desenvolver práticas de cuidado comprometidas com a saúde (KHALILI et al., 2019; CHRIGUER et al., 2021).

A pandemia foi um tempo de reinvenção e resistência, utilizando ferramentas tecnológicas para estreitar os relacionamentos entre tutores, preceptores, residentes e/ou profissionais das equipes de saúde. A comunicação interprofissional ganhou destaque nesse período na busca por estratégias de trabalho e enfrentamento dos obstáculos, contemplando a totalidade da comunicação entre os atores envolvidos (ARRUDA; MOREIRA, 2018).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva de abordagem qualitativa. Os dados foram obtidos a partir de um recorte do projeto de pesquisa intitulado “A educação permanente e a interprofissionalidade nas Residências em Saúde da Paraíba”, subdividido entre pesquisa no litoral e no sertão paraibano em parceria com a Escola de Saúde Pública da Paraíba (ESP-PB) sendo financiado pelo PPSUS - CHAMADA FAPESQ Nº 005/2020/ PROPESq UFPB 23074.057833/2021-82 e PIBIC CNPq UFPB.

A pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos e das relações, não se preocupa em quantificar, mas em compreender e explicar a dinâmica das relações. É baseada na vivência e na experiência dos sujeitos, não importando a quantidade de participantes, mas o aprofundamento qualitativo do fenômeno pesquisado (MINAYO, 2015; MARCONI; LAKATOS, 2018).

Foi adotado o protocolo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) com o propósito de possibilitar o aperfeiçoamento da apresentação dos resultados desta pesquisa (TONG, SAINSBURY, CRAIG, 2007).

### **4.2 Cenário da Pesquisa**

Desenvolveu-se no município de João Pessoa-PB, que possui uma população de aproximadamente 817,511 habitantes. O território da cidade é demarcado sob a forma de Distritos Sanitários (DS), hoje, são cinco DS e têm o objetivo de organizar a rede de cuidado progressivo do sistema e garantir a população acesso aos serviços básicos, especializados e hospitalares de saúde. O município conta com 203 eSF que são distribuídas em 97 prédios de Unidade de Saúde da Família (USF). Os cenários de investigação foram o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e o de Medicina de Família e Comunidade que desenvolvem suas atividades na APS do Município.

### **4.3 Sujeitos da Pesquisa**

Participaram da pesquisa os egressos que haviam concluído a residência em março de 2022 (turma 2020-2022). O convite aconteceu por meio eletrônico (ligação e/ou WhatsApp) mediante lista de contatos disponibilizada pela coordenação do

programa. Os participantes foram escolhidos por acessibilidade e conveniência, foi possível contatar oito participantes da RMFC e 16 da RMSFC, entretanto, foram incluídos na pesquisa seis residentes de cada programa, totalizando 12 sujeitos, os demais participantes não deram retorno e/ou não aceitaram participar da pesquisa.

A residência multiprofissional contou com os seguintes núcleos: enfermagem (01), farmácia (02), fisioterapia (01) e psicologia (02). Os distritos sanitários (DS) de João Pessoa participantes da pesquisa: DS II (6), DS III (3) e DS IV (3).

Foi utilizado critério de saturação, no qual não há possibilidade de novas ideias ou problemas emergirem com a realização de novas entrevistas, sem apresentar redundância (MINAYO, 2017).

#### **4.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídos no estudo os egressos que recém-concluíram (março de 2022) a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade de João Pessoa-PB e a Residência de Medicina de Família e Comunidade da UFPB, foram considerados todos os núcleos profissionais. Adotou-se como critério de exclusão aqueles que, mesmo aceitando participar da pesquisa, não obtiveram disponibilidade de tempo e/ou conectividade.

#### **4.5 Instrumento**

Para esta pesquisa foi elaborado um roteiro de entrevista semiestruturado, o qual permitiu possibilidades de abertura de diversas questões no momento da coleta de dados. As perguntas norteadoras foram desenvolvidas em conjunto com os participantes do grupo de pesquisa, e, posteriormente foram validadas por um grupo de especialistas e pesquisadores da área de formação em saúde do Brasil que foram convidados a analisarem o roteiro, utilizando a Técnica de Consenso de Delphi (JONES; HUNTER, 2005).

#### **4.6 Treinamento de pesquisadores**

Para garantir a qualidade dos dados coletados foram adotados procedimentos padronizados no intuito de minimizar os erros. Assim, para que a coleta fosse padronizada, realizou-se treinamento com os pesquisadores com discussão detalhada dos procedimentos de coleta de dados. Reuniões entre pesquisadores no grupo de pesquisa também garantiram a manutenção da padronização de coleta. A

equipe de campo foi treinada e certificada antes do início do estudo e reavaliada durante a coleta. No intuito de testar o instrumento foi realizada simulação de entrevistas com os pesquisadores do grupo de pesquisa.

Em paralelo a coleta de dados, houve digitação das transcrições para monitorar o andamento do processo. Parte das informações foram analisadas em intervalos periódicos na busca de erros de seleção e coleta ou registro inadequados.

#### **4.7 Coleta de dados**

Devido ao cenário pandêmico causado pelo vírus Sars-Cov-2 (pandemia covid-19), a realização da coleta de dados empíricos do método qualitativo, no qual corresponde as entrevistas semiestruturadas, aconteceu por via remota através da plataforma do GoogleMeet e gravação de tela (imagem e áudio) com o auxílio do programa gratuito Free Cam 8. As entrevistas tiveram duração de 40min a 1hora e foram realizadas em maio e junho de 2022.

O convite foi feito com agendamento de data e horário conforme disponibilidade dos participantes, envio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) digital com a opção de *download* para o entrevistado e link de acesso à plataforma.

As salas virtuais utilizaram o domínio @academico.ufpb.br, conforme aprovado pelo comitê de ética em pesquisa e com a autorização do participante. A coleta de dados seguiu o instrumento semiestruturado elaborado conjuntamente com o grupo de pesquisa, foram realizadas todas as perguntas contidas no instrumento.

De acordo com Minayo (2017) no critério de saturação a quantidade de abordagens em campo não pode ser uma representação burocrática e formal estabelecida em números. O ponto importante nesse conceito é a certeza do pesquisador de que encontrou, mesmo de forma provisória, a essência do objeto de estudo em sua máxima conexão e interconexão.

Portanto, consiste no momento em que o acréscimo de dados e informações em uma pesquisa não altera a compreensão do fenômeno estudado, onde não há possibilidade de novas ideias ou problemas emergirem com a realização de novas entrevistas, sem apresentar redundâncias (MINAYO, 2017). A saturação foi discutida e avaliada dentro do grupo de pesquisa com os professores coordenadores.

#### 4.8 Análise dos dados

Para análise dos dados usou-se o material de áudio gravado das entrevistas, os quais foram transcritos em sua integridade por discentes da graduação e participantes do grupo de pesquisa via Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), posteriormente, validados pelos entrevistadores. A análise foi construída com todo o material adquirido fazendo um recorte para o objeto de estudo: a educação interprofissional e o trabalho colaborativo. Após essa etapa, os registros foram analisados sob a perspectiva da análise de conteúdo de Bardin (2014), na modalidade categorização temática.

A sistematização dos dados ocorreu após a imersão no cenário de pesquisa resultando em pós categorias. A equipe de pesquisadores seguiu rigorosamente as etapas, conforme a seguinte sugestão: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. A pré-análise é a fase de organização do material coletado, com o objetivo de identificar e sistematizar ideias iniciais. Nesta fase, ocorreu a separação e identificação dos conceitos (dentro do material transcrito): educação interprofissional, trabalho colaborativo e das competências para o trabalho colaborativo. Em seguida, na exploração do material, realizou-se a leitura prévia das falas das entrevistas, codificação e marcação das unidades temáticas, separando-as por tabela. Nessa fase os pesquisadores se aproximam mais ainda dos registros coletados para conhecê-los e analisá-los com maior profundidade, observando os objetivos propostos no estudo.

Após a marcação das unidades temáticas, sucedeu-se o tratamento dos resultados na qual foi realizada a categorização temática a partir do embasamento teórico da educação interprofissional e do trabalho colaborativo. As categorias definidas foram apresentadas em reunião virtual ao grupo de pesquisa, com participação dos docentes e discentes do grupo, posteriormente foi sugerido adequação em algumas categorias e por fim foram validadas pelo grupo de pesquisa, que acabou gerando quatro categorias finais: “trabalho colaborativo interprofissional”, “prática interprofissional colaborativa”, “repercussões da residência no trabalho interprofissional” e “a interprofissionalidade no período pandêmico”.

Os registros das entrevistas foram apresentados sem correções gramaticais e para assegurar o anonimato dos sujeitos da pesquisa codificou-se com a letra E por código alfanumérico segundo a ordem de realização e a sigla representativa do programa de residência do sujeito, exemplo, E1 RMSFC, E2 RMFC e assim por diante.

#### **4.9 Considerações éticas**

Esta pesquisa obedece a Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/2012 para pesquisas envolvendo seres humanos, foi apresentada e aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob o CAAE nº 37477420.1.0000.5188 via Plataforma Brasil e parecer 5.375.901. Os participantes foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e que o mesmo não envolve risco à saúde. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo contou com a realização de 12 entrevistas com os egressos, sendo 06 do PRMSFC e 06 do PRMFC. Ressalta-se que os egressos da residência multiprofissional eram dos seguintes núcleos profissionais: enfermagem (01), fisioterapia (01), psicologia (02) e farmácia (02). As entrevistas semiestruturadas foram realizadas em maio e junho de 2022 e os egressos que participaram haviam concluído a residência em março de 2022.

Dados sobre o perfil dos egressos foi coletado durante a entrevista: sexo, categoria profissional, idade, cor de pele/raça, ano de conclusão da graduação, tempo entre a conclusão da residência e o início da atividade profissional, tipo de atividade que desempenha atualmente. Pode-se observar que houve um predomínio do sexo feminino (n=8) e a maioria dos participantes autodeclararam-se como brancos (n=7), todos afirmaram estarem ativos em algum tipo de função, destacando-se o campo da assistência (n=6).

Com relação ao ano de conclusão da graduação, a maioria dos participantes informou ter se formado em 2019 (n=5) e outros três participantes em 2020, assim, demonstrando que saíram da graduação direto para residência, conforme Tabela 1. Esse grande número de recém-graduados pode expressar que a residência tem se tornado um meio em que os trabalhadores veem para continuar o seu processo formativo e adquirir competências e saberes, e/ou, pode ser um reflexo da dificuldade de se inserirem no mercado de trabalho, sendo o programa o primeiro contato profissional e de experiência (BRASIL; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2017; GERMANO, 2019).

**Tabela 1** – Distribuição dos egressos quanto ao sexo, categoria profissional, idade, cor/raça, ano de conclusão da graduação, tempo entre a conclusão da residência e o início da atividade profissional, tipo de atividade que desempenha atualmente, 2022.

<b>Perfil</b>	<b>N</b>
<b>Sexo</b>	
Feminino	08
Masculino	04
<b>Categoria Profissional</b>	
Enfermagem	01
Fisioterapia	01
Psicologia	02
Farmácia	02
Medicina	06
<b>Idade</b>	
26-29	8

30-33	2
34-37	2
<b>Cor/Raça</b>	
Branca	7
Parda	4
Negra	1
<b>Ano de conclusão da graduação</b>	
2017	3
2018	1
2019	5
2020	3
<b>Tempo entre a conclusão da residência e o início da atividade profissional</b>	
Até 3 meses	4
De 04 meses a 01 ano	3
Outros	1
Não informou	4
<b>Tipo de atividade que desempenha atualmente</b>	
Assistencial	6
Docência	1
Consultoria	1
Doutorado	1
Não informou	3

**Fonte:** Própria pesquisa, 2022.

A partir das entrevistas, foi possível identificar 04 categorias que refletem a formação e prática profissional dos participantes com relação à interprofissionalidade. Para fins de sistematização, os entrevistados foram codificados segundo ordem de entrevista (ex.: E1, E2) e separados por programa de residência, sendo RMFC para Residência de Medicina de Família e Comunidade e RMSFC para Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. A síntese das categorias, subcategorias e definição constitutiva está descrita no Quadro 1.

**Quadro 1** – Categoria, subcategoria e definição constitutiva de análise das entrevistas, 2022.

<b>Categorias</b>	<b>Subcategorias</b>	<b>Definição Constitutiva</b>
<b>Trabalho Colaborativo Interprofissional</b>	Concepções da Interprofissionalidade	Conceito de EIP na visão dos egressos.
<b>Prática Interprofissional Colaborativa</b>	Motivação	Desenvolvimento da EIP durante a residência.
	Incômodo	
<b>Repercussões da residência no trabalho interprofissional</b>	Transformação de práticas profissionais e pessoais	Aprendizados desenvolvidos na residência sobre a EIP que perpassam a

		prática profissional e pessoal do egresso.
<b>A interprofissionalidade no período pandêmico</b>	Desafios	A vivência da EIP durante a pandemia.
	Conquistas	

Fonte: Própria Pesquisa, 2022.

### 5.1 Trabalho Colaborativo Interprofissional

Para compreender como a educação interprofissional e o trabalho colaborativo são desenvolvidos dentro das residências, é importante perceber como os egressos compreendem a interprofissionalidade. O que move esta pesquisa é o entendimento dos significados, busca do pensamento, das percepções de como cada experiência aparece na visão dos seus protagonistas e como uma mesma vivência pode aparecer de modo diferente a cada sujeito.

Para isso, no decorrer da entrevista, buscou-se explorar esse conceito a partir das vivências profissionais durante o desenvolvimento do programa de residência. Essa categoria deu origem a subcategoria: concepções da interprofissionalidade, considerando os conceitos de educação interprofissional e trabalho colaborativo de acordo com Reeves (2016) e Peduzzi e Agreli (2018), respectivamente.

Reeves (2016) dispõe que a EIP é uma dinâmica envolvida por dois ou mais profissionais que buscam aprender de forma conjunta e interativa, a fim de desenvolver competências e habilidades necessárias para um trabalho coletivo. E para Peduzzi e Agreli (2018) o trabalho colaborativo consiste em uma forma de trabalho coletivo que se configura na relação de reciprocidade e contribuição para a qualidade e produção da atenção à saúde.

Os participantes da pesquisa apresentaram uma noção conceitual do termo interprofissionalidade, trazendo em suas falas definições que perpassam as práticas técnicas no processo de trabalho correlacionadas com a EIP.

“Eu acho que a educação interprofissional é aquela que você tem com várias profissões e que você tem esse inter, eu sempre relaciono com a palavrinha interação, que não é uma questão multiprofissional [...] Você tem uma interação entre aquelas profissões. Você aprende com eles, eles aprendem com você e você oferece mais pra o paciente.” **E4 – RMSFC**

“Isso é interprofissionalidade, é pensar junto com um objetivo em comum. E o objetivo em comum era o território.” **E5 – RMSFC**

As declarações corroboram a definição da interprofissionalidade, na qual, é uma das ações prioritárias dos programas de residência em saúde, resultando na valorização do cuidado em saúde vislumbrando a saúde integral do sujeito, respeitando as especificidades de cada núcleo profissional (ARAUJO, et al., 2017). Trabalhar no cenário da EIP e do trabalho colaborativo requer não somente um profundo conhecimento técnico-científico, mas também desenvolver habilidades de humanização e emocionais, normalmente pouco exploradas nos cursos de graduação da saúde.

De acordo com Ogata et al. (2021), a EIP surge como um modelo de formação dirigido as necessidades de saúde do povo. Em 2010, o grupo *The Lancet Commission Health Professional for a New Century* evidenciou a EIP como proposta de condução do ensinar e aprender resultando em uma solução ao aumento da complexidade das necessidades de saúde dos sujeitos atendidos no sistema de saúde (FRENCK et al., 2010).

É importante que os trabalhadores da saúde sejam esclarecidos quanto ao trabalho interprofissional, saibam diferenciar o inter do multiprofissional, para além da teoria, entendam a importância do trabalhar em conjunto, do construir o cuidado em interlocução não só com outros núcleos profissionais, mas também com o próprio usuário, trazendo-o para junto da equipe e fazendo-o protagonista do cuidado.

Os conceitos se fazem importante no processo de formação conduzindo o sujeito na compreensão do que deve ser feito e, principalmente, o que deve ser evitado, baseando as suas práticas à luz das teorias, uma prática baseada em evidências. A colaboração interprofissional é vista como uma estratégia em que os conhecimentos são coletivos e as práticas compartilhadas (D'AMOUR et al., 2005).

A base para uma boa fluidez prática da EIP é o sujeito estar aberto ao diálogo, a uma comunicação mais “olho no olho”, ou seja, estar disposto a sair da sua área de conforto uniprofissional e aperfeiçoar a sua interlocução interprofissional, e, dessa forma, aprimorar não só o seu convívio/trabalho interpessoal/profissional, como também, a dinâmica de equipe, como se pode observar nas falas dos entrevistados:

“A construção, ela é comunitária. Então acho que é a principal competência que ele tem que ter é o desenvolvimento do

diálogo. E aí para ele ter um bom diálogo, né? [...] a grande potencialidade é de você trocar experiências, porque todo mundo sempre tem uma experiência e um olhar diferente” **E3 – RMSFC**

“O trabalho em equipe, ele acontece muito quando você tá de mãos dadas com todos os profissionais.” **E4 – RMSFC**

Para que exista uma reorientação da atenção à saúde é indispensável o trabalho em equipe, a humanização do cuidado, a proximidade e o vínculo, entendendo que as pessoas são mais que um tratamento de determinada doença (BARRETO; CAMPOS; POZ, 2019).

Outro fator importante para o desenvolvimento da EIP nos serviços de saúde é a compreensão de que fazer saúde vai além dos sinais e sintomas do usuário, a educação interprofissional pode começar no território de inserção daquela equipe de trabalho numa perspectiva ampliada de saúde do indivíduo e do contexto em que se insere. Olhar para o território e enxergar as suas particularidades e necessidades mais urgentes, buscando de forma integrada os cuidados específicos.

O trabalho é o espaço majoritário para a formação dos trabalhadores, quando estimulados a falarem sobre os seus conhecimentos acerca da educação interprofissional, os participantes trazem o debate para o campo do trabalho. É interessante ressaltar que eles apontam a importância da interação no modo operante, a relevância do diálogo ser a chave para que essa interação aconteça de forma satisfatória. Quando há diálogo, há abertura para o compartilhamento de aprendizados.

“Quando eu sentava para conversar algum caso com eles, quando a gente tentava resolver um caso de um paciente, fazer visita... Era muito resolutivo! Era muito maravilhoso. Coisas que eu aprendi que eu não fazia nem ideia” **E3 – RMFC**

“Então eu acho que esse trabalho entre as categorias no ambiente profissional eu acho que ele é a chave, né [...] porque eu acho que os profissionais eles tão abertos ao diálogo... É a oportunidade mesmo, a oportunidade das pessoas sentarem juntas, pensarem...” **E5 – RMFC**

“Acaba que tem uma interação e que nessa interação você acaba agregando muito profissionalmente, porque você tá atendendo com outro profissional e, quer queira quer não, você compartilha seus saberes com ele e ele compartilha os saberes com a gente mesmo, né?” **E4 – RMSFC**

“Ninguém é detentor do conhecimento sozinho, entendeu? É sempre cada um vai completando um ao outro.” **E3 – RMSFC**

É preciso entender que o território “grita” por ações conjuntas não só da saúde, mas também da assistência social, da sustentabilidade, da segurança, da educação, entre outros. Operar um trabalho interprofissional com diferentes campos de atuação que juntos compartilhem o cuidado de uma população é uma urgência social.

O programa de residência em saúde da família, portanto, proporciona uma melhor reflexão sobre os conceitos de educação interprofissional e trabalho colaborativo. Corroborando isso, Peduzzi e Agreli (2018) apontam que, para se constituir equipe, é primordial a construção de um meio dinâmico no qual os trabalhadores se conhecem e aprendem a trabalhar em conjunto, reconhecendo o trabalho, conhecimento e papel de cada profissão. O trabalho em equipe interprofissional é permeado por dispositivos do contexto social, político e econômico.

“Quando a gente faz a residência em saúde da família, simplesmente atender um paciente... Assim, é impossível você fazer um trabalho isolado dos demais, então a sua formação, ela caminha junto com a formação dos outros profissionais.”

**E2 – RMFC**

“E uma coisa que eu aprendi bastante é que os profissionais fazem a diferença, quando você tá junto com pessoas que também tem a motivação de fazer um... De ter um cuidado integral, de proporcionar esse cuidado.” **E6 – RMSFC**

“Essa questão da troca, eu acho que o trabalho em equipe, é uma grande potencialidade. Essa troca e essa construção conjunta, né? É sempre desafiadora, mas essa possibilidade de cada um trazer um olhar diferente, uma potencialidade... É pessoal mesmo, diferenciada, é uma grande potencialidade.”

**E3 – RMSFC**

Desta forma, mostra-se relevante ampliar o olhar sobre o conceito saúde-doença, compreendendo que a atenção integral em saúde tem como orientador a integralidade do sujeito, desmistificando a ideia de que o adoecimento acontece de forma isolada em uma parte do corpo.

Para isso acontecer, são apontadas algumas ferramentas de cuidado integral e colaborativo, como interconsultas e reuniões de equipe, espaços nos quais é

possível vivenciar uma troca de saberes buscando uma intervenção estratégica que traga um olhar integral para o paciente (CHAZAN et al., 2016). As interconsultas são consultas realizadas por dois ou mais núcleos profissionais, podendo os profissionais estarem atendendo simultaneamente ou por meio de encaminhamentos direcionados, tornando os atendimentos mais dinâmicos, interativos e resolutivos (FARIAS, 2015).

É no dia a dia dos serviços de saúde que se espera que os profissionais de múltiplos campos de atuação e usuários compartilhem suas vidas e com isso possam elevar a construção conjunta da integralidade do cuidado (PEDUZZI et al., 2020).

Por outro lado, é possível perceber que os entrevistados também trazem em suas falas as fragilidades de entender e desenvolver o trabalho colaborativo frente a diversos fatores, implicando na integralidade do cuidado supracitado.

“Pensando no trabalho colaborativo, eu vejo como uma fragilidade, porque assim... A equipe, ela tem muitos usuários cadastrados [...] então, assim, é muita gente. E aí existia muita demanda reprimida, né? A gente sabe disso e muita demanda que a gente não dava conta. Então, assim, por conta disso o trabalho fica muito cansativo, muito exaustivo e isso dificulta a gente conseguir ter mais momentos de planejamento de processo de trabalho em equipe e tudo mais...” **E4 – RMFC**

Um dos pontos de fragilidade é a quantidade de demanda reprimida que a equipe tem absorver diariamente, transformando o trabalho em equipe em um trabalho exaustivo e sem espaços de planejamentos e diálogos. Uma equipe que não conversa e não planeja, é uma equipe que tende a acabar focando apenas no modo uniprofissional. Não há processo de trabalho em saúde sem planejamento de equipe.

O processo de trabalho em saúde consiste no agir instrumental e o agir comunicativo, ou seja, o instrumental é a aplicação do conhecimento técnico-científico de cada profissional e o comunicativo é aquele que está envolvido na busca do entendimento entre os trabalhadores da equipe, usuários e familiares, desde a tomada de decisão até a construção de objetivos comuns (PEDUZZI et al., 2020).

Assim, o trabalho colaborativo interprofissional se desenvolve entrelaçado com a educação interprofissional e o processo de trabalho em saúde, para que haja colaboração com vistas ao fortalecimento do trabalho em equipe com características da interprofissionalidade, contemplando o aprender juntos para compartilhar e fixar a parceria e melhorar a qualidade do cuidado.

Uma das competências do trabalho colaborativo é a dinâmica de funcionamento da equipe, na qual consiste em uma construção, um processo dinâmico que os profissionais se conhecem e aprendem a trabalhar juntos, reconhecendo o trabalho, conhecimento e o papel de cada profissão (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Outra competência indispensável é a comunicação interprofissional, responsável por trazer uma maior interação entre as pessoas, estabelecendo um intercâmbio entre elas e o seu meio, é um processo que compreende e compartilha o envio e o recebimento das mensagens, tentando facilitar o trabalho em equipe (AREDES et al., 2013).

Dessa forma, avalia-se que o conceito que os egressos trazem da educação interprofissional e do trabalho colaborativo reflete diretamente em suas práticas profissionais. É preciso conhecer e entender o processo para efetivá-lo com robustez.

## 5.2 Prática Interprofissional Colaborativa

Para além dos conceitos sobre a interprofissionalidade, é importante entender como os egressos a colocam em prática. Esta categoria evidencia o desenvolvimento da EIP e do trabalho colaborativo durante a participação dos egressos na residência, dando origem a duas subcategorias: motivação e incômodo.

A subcategoria “motivação” aborda como os programas facilitaram para que os residentes alcançassem os objetivos da EIP. Quais os espaços disponíveis e quais atividades proporcionadas pela residência que davam abertura aos residentes para o desenvolvimento da EIP? De acordo com Barr et al. (2005), a EIP se caracteriza pelos seguintes focos: preparação individual para a colaboração, estimular a colaboração entre o grupo e melhorar a qualidade dos serviços.

O discurso dos egressos revela alguns pontos sobre como a residência é promotora do trabalho interprofissional e como ela é disseminadora do cuidado integral e das trocas de relações interprofissionais.

“E na residência eu tive essa oportunidade de atender com outros profissionais, das interconsultas, de poder também sair um pouquinho ali do quadradinho da farmácia, da dispensação, de orientar só ali naquela hora.” **E2 – RMSFC**

“Foi nesses momentos de consultas interprofissionais, esses momentos de testagem, esses momentos de pré-natal mesmo. Enfim, que eu podia interagir com outras categorias profissionais que é um grande incentivo da residência, né?” **E3 – RMSFC**

“Dialogar com os outros profissionais... Ter humildade no sentido de você perceber que você não sabe de tudo, que você não consegue decidir tudo sozinho e de sempre tá dialogando em equipe e também com os pacientes, né? Com os usuários.” **E4 – RMFC**

A interprofissionalidade pode ser entendida como um trabalho coordenado e com objetivo comum, compartilhado por variados ramos do saber, de forma integrada e paralela. Este trabalho agrega não somente o usuário que o recebe como também os profissionais daquela equipe. De forma que se aprende muito mais com o outro em suas práticas, aperfeiçoando o seu próprio saber (PEDUZZI et al., 2013).

Uma maneira de introduzir essa prática no dia a dia dos profissionais seria por meio das visitas domiciliares em conjunto e interconsultas, com o objetivo de definir as ações para o cuidado integral do usuário, baseado em diversos olhares e

competências profissionais da equipe, intervindo sobre os variados aspectos e necessidades da vida da pessoa.

A interconsulta pode ser considerada uma tecnologia leve que tem como objetivo a assistência e a ação pedagógica entre serviços de saúde, profissionais e usuários. É por meio dela que casos complexos são discutidos de forma mais integral, contribuindo também para a formação, pois envolve diversos profissionais e discussões de casos entre vários saberes e disciplinas (FARIAS; FAJARDO, 2015).

No Brasil, a interconsulta ganhou espaço nas discussões a partir de 1980 com a reforma psiquiátrica, uma vez que tem origem na saúde mental. Constitui-se como uma ação em saúde que promove a qualificação do atendimento ao usuário e o aprimoramento profissional (SILVEIRA, 2011; CARVALHO; LUSTOSA, 2008).

Em um estudo realizado por Kumpel (2018), observou-se que após a introdução da interconsulta na APS houve uma diminuição no número de encaminhamentos a consultas especializadas, demonstrando que o processo de trabalho na perspectiva da clínica ampliada em interconsulta é uma aliada da ESF, tornando o atendimento preciso, acolhedor e integral.

Os egressos reconhecem a interconsulta como uma grande ferramenta da interprofissionalidade, uma vez que é um momento de troca de saberes e aprendizados compartilhados, é estar com o outro e aprender com o outro, para maior resolutividade do cuidado, como enfatizado nas falas dos entrevistados.

“No começo do meu R2, que foi o começo do R1 dos residentes da multi... Que eles bolaram estratégias, eram matriciamento, tavam lá com planos de interconsulta e nesse momento foi muito bom porque tanto a gente aprendia com eles, como era benéfico pro paciente e resolutivo.” **E3– RMFC**

“A questão da interconsulta [...] há uma troca de conhecimentos entre eu e o parceiro” **E4 – RMSFC**

“Quando a gente tem uma interconsulta, traz um bem pra você, profissionalmente, né? Porque você tá aprendendo. Mas acho que mais ainda, o retorno ainda é maior pra o usuário, que ele não precisa ficar se deslocando, sabe? Saindo por vários setores... Esperando e tal. Eu acho que isso é essencial, a interconsulta, ela é essencial.” **E4 – RMSFC**

Outro espaço importante de desenvolvimento da EIP e do trabalho colaborativo apontado pelos egressos são as visitas domiciliares, as quais trazem os trabalhadores

para mais próximo da comunidade e sua realidade, favorecendo a construção de competências que favorecem o olhar mais humanizado as condições de saúde e a construção do vínculo.

“A gente foi fazer uma visita de um paciente que era acamado, tava com feridas, sem se alimentar, com o psicológico abalado, e foi muito bom, porque fui eu, para tratar da parte médica, mas também foi psicólogo, foi nutricionista para ver essa parte, foi até o fono pra parte de mastigação, enfim. A gente conseguiu ser resolutivo, mesmo o paciente sem ter acesso à SAD, outros serviços, conseguiu.” **E3 – RMFC**

“E mais próximo da comunidade, de ir para visita domiciliar, de interagir mesmo com outras áreas que não eram a minha.” **E2 – RMSFC**

“Até numa visita mesmo, que a gente faz com outros profissionais, você adentra a casa do paciente, conversa com ele, tem um contato maior. Então essa questão social, ela é bem importante e eu aprendi muito na Atenção... Na residência” **E4 – RMSFC**

A visita domiciliar (VD) é uma atribuição de todos os profissionais de saúde que atuam na APS. É por meio dela que é possível conhecer as condições de vida de cada indivíduo e o seu núcleo familiar, observando os hábitos cotidianos, aspectos demográficos, socioeconômicos e culturais (ROCHA et al., 2017). A VD é importante para o trabalho desenvolvido na APS, pois estimula a união e o compartilhamento de técnicas e conceitos entre os profissionais, um ponto importante da EIP.

A EIP potencializa o processo de aprender e trabalhar com o outro, reconhecendo o papel de cada profissão e compreendendo a importância colaborativa de cada sujeito na realização de uma determinada atividade. As VDs permitem uma visão conjunta e interprofissional, ratificando a prática colaborativa entre os trabalhadores, proporcionando uma assistência mais completa aos usuários (FERREIRA et al., 2020; SILVA et al., 2021).

A partir da imersão das visitas domiciliares é possível destacar as competências colaborativas que podem ser desenvolvidas durante a vivência na residência.

Dessa forma, temos a liderança colaborativa, de acordo com *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (2010) consiste em uma prática onde

aprendizes e profissionais trabalham juntamente com todos os participantes, incluindo pacientes e familiares, para formular, implementar e melhorar resultados da saúde.

“E aí a partir desse momento a gente consegue ter essa apropriação e experiência profissional, que é rica pela troca, pela troca entre profissionais, pela troca entre profissional e usuário, pela troca entre o profissional e a comunidade que ele tá inserido, por assim dizer.”

### **E3 – RMSFC**

“Na unidade que eu estava, a gente tinha uma líder muito boa que era a gerente, ela conseguia juntar todos e trazer todos pra uma mesma direção, pra um mesmo olhar, alinhava mesmo e tava todo mundo em comum acordo.”

### **E6 – RMSFC**

Para a liderança colaborativa é indispensável ter habilidades em trabalhar com outras pessoas, estabelecendo um clima colaborativo entre todos os participantes, a liderança é um fenômeno comunicativo e que apoia a prática colaborativa interprofissional (PEDUZZI, 2017; SILVA, 2021).

Outras competências importantes para a prática interprofissional colaborativa perpassam os conceitos e contextos trazidos anteriormente, por exemplo, a clareza de papéis, que de acordo com Peduzzi et al. (2020) é o reconhecimento do papel e trabalho das demais áreas profissionais.

A subcategoria “incômodo” demonstra os desconfortos dos egressos durante a residência que dificultavam diretamente ou indiretamente a vivência da interprofissionalidade. Apesar de reconhecerem as possibilidades de uma boa efetivação da EIP e do trabalho colaborativo, os entrevistados percebem os desafios de pô-los em prática.

“Existia uma médica que era como se ela queria me testar toda hora, sabe? Pra saber se eu realmente conseguia atender, pra saber se eu estava fazendo o certo, reclamava até da minha letra. Só que aos pouquinhos a pessoa vai conquistando espaço e vai conseguindo se inserir no meio. Depois que eu consegui me inserir, aí começou a chamar para atender, para fazer as coisas” **E1 – RMSFC**

Um dos grandes desafios enfrentados pelos residentes é a inserção dentro das equipes na APS. Ora tratados como estudantes, ora tratados como profissionais,

estão sempre sendo colocados à prova, fato que dificulta o trabalho interprofissional. É necessário produzir mais diálogos e encontros entre os atores envolvidos na tentativa de construir novas estratégias de integração coletiva (ANDRADE et al., 2018).

Para que haja uma boa efetivação da EIP para além do conceito, é de suma importância que a equipe esteja aberta ao diálogo e com a intenção de colaborar, pois é através deste que se encontra um senso comum ao grupo. Ele contribui para a viabilização do trabalho em saúde contemplando variados campos profissionais via comunicação interprofissional.

Outro obstáculo apresentado pelos participantes foi o não reconhecimento profissional por parte da gestão. Esse é um ponto de tensão que coloca em evidência as fragilidades na intercomunicação dos atores envolvidos e que desqualifica e limita o papel e as potencialidades do residente.

“O residente, às vezes, acaba servindo de tapa-buraco e esse tapa-buraco acaba que a gente acaba se privando da nossa... Da nossa atividade ali” **E4 – RMSFC**

“A gestão via a gente como mão de obra barata e não tinha tempo para ter essas formações [...] foi um dos momentos que eu mais consegui fazer esse aprendizado interprofissional (planos de interconsultas). Só que, como eu disse, por causa das demandas da gestão, prefeitura, isso meio que se perdeu.” **E3 – RMFC**

Verifica-se que problemas de falha na comunicação e interrelações podem ser verdadeiros entraves no desenvolvimento do cuidado integral. Os programas de residência são uma importante ferramenta de qualificação profissional para atuar no SUS, permite uma formação voltada para a integralidade e a multidisciplinaridade (CAMPOS, 2019).

Entretanto, a sobrecarga de trabalho e os interesses da gestão municipal em considerar o residente como força de trabalho com custo reduzido (“mão de obra barata”) acaba desqualificando todo o processo de alinhamento e integração do programa, precarizando os serviços de saúde e o desenvolvimento adequado da EIP, ao confundir os papéis de formação pelo trabalho e responsabilização profissional para todas as atribuições na equipe de saúde na APS.

Corroborar para que isso aconteça a não compreensão do processo formativo da residência por parte das equipes dos serviços de saúde. São inseridos, preferencialmente, como força de trabalho e deixam de ter uma percepção formativa e passam a assumir o lugar do “tarefismo”. Essa problemática, muitas vezes, pode ser promotora do adoecimento dos residentes, casos de assédio moral e residentes assumindo setores e demandas dos serviços (CAMPOS, 2019).

Além disso, na visão dos participantes, essa falta de apoio por parte da gestão e da coordenação dos programas cria dificuldade em enxergar o residente como profissional em formação, visto que eles sinalizam que são vistos como profissionais para “tapar buraco”.

É importante que o residente passe pelos serviços de saúde e assuma demandas, afinal, ele encontra-se em um papel de especialização no serviço, mas isso não pode acontecer em detrimento dos momentos formativos, como tutoria de núcleo e apoio de preceptoria de campo, um complementa o outro, tornando-os profissionais mais capacitados pelo desenvolvimento das habilidades previstas no currículo dos programas de residência.

O número alto de demandas e a visão distorcida da gestão sobre o residente tende a comprometer a construção conceitual e os avanços da interprofissionalidade ao longo dos anos, sob ameaça de retrocessos ao modelo biomédico e engessado dos demais profissionais. É preciso superar a concepção do residente apenas cumpridor de uma agenda diária e “batedor” de metas para visualizá-lo como uma chave do aperfeiçoamento do serviço de saúde, proporcionando novos ares, profissionais valorizados e qualificados mais satisfeitos com o trabalho e com as atividades desenvolvidas.

Um outro ponto observado nas falas dos egressos é a não integralização das residências, ou seja, a residência multiprofissional e a residência de medicina não dialogam e não estimulam o trabalho interprofissional. Sendo assim, os programas de residências que deveriam trabalhar em conjunto demonstram uma relação de conflito e fragmentação.

“Eu acho que ainda assim cada residência vive no seu quadrado da mesma forma da graduação, que é cada um no seu quadrado” **E5 – RMFC**

A interprofissionalidade é considerada um diferencial para o trabalho qualificado em saúde. A relação de vários trabalhadores fortalece o espaço formativo e do cuidado na perspectiva da clínica ampliada. A humanização do SUS se norteia no trabalho em redes e na troca construtiva de saberes (PEREIRA, 2018; SOUZA et al. 2020).

O contexto interprofissional rompe a abordagem tradicional formando profissionais capazes de atuar em equipe com atitudes colaborativas, ampliando a resolutividade e qualidade do cuidado frente as necessidades das pessoas (NASCIMENTO, PAIM, CARMO, 2020).

Apesar de ser um grande desafio a ser enfrentado, a Atenção Básica é uma grande aliada nesse processo, pois apresenta-se como uma forma de reorganização, expansão e consolidação dos princípios do SUS, levando em consideração a interprofissionalização como uma forma de proporcionar vínculo e o cuidado longitudinal (BRASIL, 2017).

### 5.3 Repercussões da residência no trabalho interprofissional

Após observar como os egressos compreendem a interprofissionalidade e o trabalho colaborativo e, posteriormente, como esses conceitos foram aplicados na prática durante a residência, esta categoria emergiu a partir da percepção sobre quais as repercussões da residência no trabalho interprofissional a partir da inserção no mercado de trabalho e das mudanças de práticas e de atitudes pessoais/profissionais. Quais foram os aprendizados adquiridos na residência sobre a EIP e o trabalho colaborativo que perpassam a prática profissional e pessoal do egresso?

Outrossim, esta categoria deu origem a subcategoria “transformação de práticas profissionais e pessoais”, procurando entender os efeitos que a experiência formativa na residência trouxe para a vida do egresso no cenário pós-residência, ou seja, como eles apontam as transformações em suas atividades laborais atualmente.

As residências em saúde da família e comunidade são consideradas como um valioso campo de formação para as atuações interprofissionais na APS, ao considerar todas as complexidades deste nível de atuação e desenvolver competências que mobilizam conhecimentos, habilidades e atitudes para a quebra do modelo flexneriano. Desta forma, sua importância é relevada, uma vez que a formação profissional em saúde ainda é desenvolvida na lógica uniprofissional, causando uma desfragmentação das interrelações no mundo do trabalho (COSTA et al., 2018b).

Os egressos afirmam que cursar a residência contribuiu favoravelmente para sua formação e para o seu processo de trabalho, propiciando uma visão ampliada e fundamentada dos serviços, emponderando-os a oferecer uma atenção integral e eficiente a comunidade.

“Me ajudou muito no sentido de abordagem individual, como abordar, como se comunicar com o paciente, tanto no modo verbal como não verbal, me ajudou a ter essa visão mais ampla, a ter essa noção de como tentar cuidar das pessoas, também, muito importante... De tentar entender o contexto familiar, tentar entender o contexto social, que aquela doença pra um paciente é uma coisa e para outra já é outra perspectiva.” **E4 – RMFC**

“Eu aprendi muito mais sobre ser profissional de saúde, no sentido de acolher, sabe? De saber acolher aquela pessoa, de tipo, enxergar que, às vezes, aquela demanda não é necessariamente a que ele consegue verbalizar, a que ele consegue dizer, mas é alguma que está por trás daquilo, ou que está ao lado.” **E3 – RMSFC**

“A residência me proporcionou justamente ver isso, essas conexões, porque a gente é o diálogo da unidade de saúde com o CAPS, da unidade de saúde com hospital, da unidade de saúde com uma família que tá ali. E como a gente precisa estar em constante diálogo com esses serviços pra que a saúde, ela se faça e ela realmente aconteça (...) E eu me vejo agora uma profissional muito mais capaz de fazer isso e muito mais preparada pra fazer isso.” **E5 – RMSFC**

De acordo com Silva e Dalbello-Araujo (2019), os programas de residência colocam em destaque as fragilidades e as potencialidades do trabalho em saúde, possibilitam um aprendizado constante do diálogo, da política das relações sociais e incentivam o trabalho colaborativo.

Os egressos trazem em suas falas a singularidade do sujeito atravessada pela percepção de como a residência, por meio do trabalho interprofissional, aproximou o profissional do ser humano, na tentativa de compreender como aquele indivíduo é afetado por aquela situação de vulnerabilidade ou adoecimento, o que possivelmente contrapõem-se ao modelo dos processos formativos anteriormente vivenciados.

Ratificando isso, Peduzzi (2016) aponta que uma das fragilidades encontradas no Brasil é o baixo quantitativo de oportunidades oferecidas para estudos da EIP em ensinos de graduação e pós-graduação, poucos são os cursos que promovem práticas interprofissionais.

É possível identificar que a especialização agregou positivamente nas atividades atuais dos egressos, tornando-os trabalhadores mais abertos e resolutivos de acordo com suas demandas, colocando em prática o que é aprendido na teoria, por exemplo, com a Política Nacional de Humanização (PNH) que traz como dispositivos a escuta qualificada e o acolhimento, aprendendo para além dos papéis, uma especialização em ato, vivenciando e experienciando (BRASIL, 2013c).

Dessa maneira, o sujeito que passa pelos programas de residência traz em sua trajetória um contexto rico de reflexões sobre o que foi vivido e um convite a olhar, constantemente, para si e suas práticas de cuidado tendo um diálogo aberto e sincero com os usuários. Aprende-se a entender e compreender os âmbitos socioeconômicos, familiares, culturais e emocionais que atravessam o histórico de saúde das pessoas.

O profissional que aprende e pratica a escuta qualificada tende a ouvir melhor os seus usuários e as suas necessidades, possibilitando a garantia do acesso às tecnologias adequadas e ampliando a efetividade das práticas de saúde, estimulando

assim que todos sejam atendidos com prioridades a partir de uma avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco. O acolhimento é um dispositivo de extrema importância para o profissional de saúde, pois, proporciona a compreensão de que o que outro traz é legítimo e singular, ao reconhecer que cada ser humano tem as suas particularidades e elas devem ser respeitadas no processo de cuidado. O acolhimento é uma construção coletiva e com o objetivo de aprimorar relações de confiança, compromisso e vínculo entre todos que compõe a AB (BRASIL, 2013c).

“E, aí, eu acho que é o olhar pra comunidade e é o atentar-se para as queixas e fazer aquela escuta e o acolhimento principalmente.” **E5 – RMSFC**

“Uma coisa que eu aprendi foi essa questão da escuta, que as aulas deram muito apoio, as aulas teóricas... E como trabalhar a questão do vínculo.” **E2 – RMFC**

Assim, compreendendo as políticas que regem e orientam o SUS e a APS, os egressos conseguem trazer as práticas desenvolvidas durante a residência – a luz dos conceitos da educação interprofissional e do trabalho colaborativo – para o seu campo de atuação pós-residência, seja na assistência pública ou privada, docência ou consultoria, uma vez que são princípios básicos e fundamentais ao cuidado em saúde.

O aprender e o estar junto, o desempenho em equipe e o diálogo são elementos indispensáveis na atenção em saúde, fazendo que o trabalhador saia da sua “caixinha” e esteja em constante aprendizado.

“Todos os atendimentos a gente conseguia ver isso, sabe? A partir do momento que a gente tava junto, né? (...) Acho que foi importante sim.”

**E6 – RMFC**

“Nem sempre o outro vai chegar até você, então você se deslocar um pouquinho da sua zona de conforto e ir ao encontro do outro. Acho que é isso.” **E6 – RMSFC**

Os programas de residência têm a potencialidade de causar mudanças efetivas de comportamento, fornecendo qualificação na área e êxito no estímulo do pensar, sentir e agir, saber e fazer, contribuindo em consolidar a formação acadêmica,

favorecendo o conhecimento acerca de outras categorias profissionais, ou seja, estimulando a prática profissional colaborativa (SILVA; DALBELLO-ARAUJO, 2019).

Dessa maneira, estes programas apresentam-se como dispositivos importantes para formar trabalhadores da saúde embasados na Educação Permanente em Saúde (EPS), um direcionador da educação pelo trabalho. Como apontado pelos egressos, o fato deles estarem conectados aos serviços da RAS, faz com que compreendam melhor os fluxos que o usuário enfrenta na rede e contribuam para a prestação de um cuidado integral e resolutivo (MANHO; SOARES; NICOLAU, 2013; FLOR et al., 2023).

“Eu me tornei um pouco mais experiente, no trabalhar em equipe, sabe? Do conseguir dialogar, do conseguir construir junto, né? (...) Então essa visão de rede, de como caminhar dentro da rede, a residência me trouxe isso.” **E3 – RMSFC**

As RAS são consideradas o melhor caminho para o embate na fragmentação da atenção e dos problemas de saúde pública, levando em consideração que os modelos de atenção variam de acordo com cada condição de saúde, por exemplo, crônico e agudo. É apontada como uma estratégia para a qualificação e a continuidade do cuidado, é primordial para evitar as lacunas assistenciais, na racionalização e otimização dos recursos disponíveis (SANTOS et al., 2017; DAMACENO et al., 2019).

Então, pode-se considerar que através do conhecimento e da inserção nas redes de atenção à saúde, os egressos trazem para o mercado de trabalho uma maior facilidade no desenvolver o trabalho em equipe, colocando em prática a interprofissionalidade, uma vez que eles entendem o fluxo da rede e conseguem dialogar com os demais profissionais envolvidos, como também, criar estratégias e planos de ação – em equipe – de como guiar e facilitar o trajeto desse usuário.

É possível verificar nas falas dos egressos que a vivência auxiliou a ampliar o olhar para enxergar além da sua formação, assumindo que compartilhar conhecimento é essencial para o desenvolvimento das atividades em equipe e para o aprender com outro e sobre o outro, seja no campo profissional ou pessoal. A prática interprofissional dentro dos espaços favorecidos pelo programa de residência é um potencializador da construção das suas identidades profissionais e os leva a refletir sobre as suas práticas atuais (ROSSIT et al., 2018).

“Os encontros que a residência me proporcionou, os cuidados, você ver as pessoas crescendo, assim, de uma forma incrível, ter sua realidade transformada, de fato, fez eu crescer muito, amadurecer muito, me deslocar da realidade que eu me encontro.” **E6 – RMSFC**

A interprofissionalidade no PRS proporciona o contato com diferentes saberes e faz com que as profissões se auxiliem e se complementem, propiciando ao profissional a habilidade de reconhecer a necessidade de intervenção de outra área, desencadeando assim a ênfase na prática colaborativa (GERMANO, 2019).

Um fator importante destacado pelos egressos quando questionados sobre os aprendizados obtidos no decorrer do programa, são, além das dificuldades descritas no tópico anterior (item 3.2), a não integralização das residências e o não reconhecimento e apoio da coordenação e gestão. Na percepção dos egressos, esses fatores acabaram impactando, mesmo que parcialmente, na sua formação e, por consequência, no seu modo operante de trabalhar hoje em dia, fazendo com que não consigam visualizar mudanças práticas e/ou pessoais por seu percurso formativo.

“Não tanto pela presença da residência, às vezes pela ausência... Porque eu não tive, assim, tanta presença da residência, sabe? (...), mas, eu acho que a coisa boa que eu percebi, eu acho que foi me perceber mais resiliente do que eu sabia, porque eu acho que a residência poderia se apropriar mais do papel dela, de tá do nosso lado, escutar.” **E2 – RMFC**

“Não por causa da residência, foi uma coisa muito individual (...) Diversas práticas que eu fui aprendendo ao longo da residência..., mas eu entendo que foi uma coisa muito pessoal, assim, muito proativa minha (...), mas eu sentia que, a residência não se importava muito se eu tava desenvolvendo ou não... Essa era a impressão que eu tinha.” **E1 – RMFC**

Por outro lado, os egressos identificam que não houve de fato uma mudança, mas sim, um remodelamento em suas práticas. Nessa perspectiva, a residência não se presta a modificar a essência do sujeito, mas sim a agregar conhecimento e alinhar teoria e prática.

“Então a minha prática não considero que ela tinha mudado, né? Ela foi se moldando, mas ao mesmo tempo a minha essência continuou. Eu acho que a residência ela me moldou no sentido de eu ficar mais pé no chão em relação ao SUS, com menos ilusões, sabe? Eu acho que ela me levou pra realidade mesmo,

prática, do quê que é fazer saúde, do quê que é produzir cuidado e enfrentar todos esses fatores.” **E5 – RMFC**

O programa de residência em saúde da família e comunidade tem o objetivo de proporcionar a formação de profissionais em especialistas diferenciados, pois são imersos nos serviços. Buscam demonstrar a importância em ser um profissional crítico e reflexivo para atuar de forma interprofissional em qualquer espaço que ele esteja inserido (RAMOS; RENNÓ, 2018).

Um dos pontos levantados pelo trabalho colaborativo são as suas competências, dentre elas, liderança colaborativa e resolução de conflitos, e, cada vez mais, o mercado de trabalho idealiza um perfil profissional que saiba tomar decisões, assumam responsabilidades e sejam resolutivos (MELO; QUELUCI; GOUVÊA, 2014).

Em suma, os egressos consideram a residência como uma ferramenta valiosa para sua formação e aprendizado das competências e habilidades necessárias a um profissional de saúde, ressaltando que necessita de melhorias em alguns pontos, por exemplo, a integração ensino-serviço / residente-gestão.

#### **5.4 A interprofissionalidade no período pandêmico**

Em março de 2020, o mundo passou a viver e trabalhar de uma forma diferente, tendo que aprender a lidar com as incertezas e inseguranças de um vírus, até então pouco conhecido. A pandemia da covid-19 afetou diretamente os profissionais de saúde, colocando-os como agentes na linha de frente do enfrentamento da doença. Assim, o combate a pandemia exigiu mudanças na organização e gestão do trabalho em todos os níveis de atenção.

No decorrer da análise dos dados, o período pandêmico emergiu de forma destacada na percepção dos participantes. Assim, essa categoria temática reflete sobre como se deu a vivência da EIP e do trabalho colaborativo durante a pandemia, cenário desconhecido e de caos, que destaca a interprofissionalidade nas residências em saúde da família sob a compreensão de duas subcategorias: “desafios” e “conquistas”.

A subcategoria “desafios” destaca as dificuldades enfrentadas pelos egressos durante este contexto. Quais os apontamentos? Quais as angústias? O que os moveu durante esse processo?

Os profissionais precisaram se reinventar e buscar entender o que estava se passando naquele momento e assim estruturar novas demandas: adoção de cuidados clínicos com protocolos de controle de infecções, testagem dos profissionais, afastamento dos trabalhadores imunossuprimidos, implementação dos hospitais de campanha, suspensão das reuniões de equipes, visita domiciliar e interconsultas, treinamentos e mais adiante as campanhas de vacinação (HUANG et al., 2020; RAN et al., 2020; WEN et al., 2020).

A pandemia atingiu profundamente os serviços de saúde, demandando força de trabalho extra, estruturas de atendimento para sintomáticos e assintomáticos e insumos. A ESF tem um papel singular, especialmente em situações de crises sanitárias que sobrecarregam o sistema, pois age na proteção e atenção à saúde e tem privilegiado acesso e interação/vínculo com o território (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2020; NEPOMUCENO et al., 2021).

Em meio a uma pandemia ocasionada por um vírus de alta letalidade e que pode deixar bastante sequelas, as equipes que estão no território e são prioritárias do acesso a saúde no SUS devem estar preparadas, protegidas e equipadas. A saúde faz parte da base territorial, constitui-se do cotidiano da vida, e é nesse cotidiano que a ESF atua (FROTA et al., 2022).

Nesse sentido, o discurso dos egressos traz apontamentos referentes ao desafio em frente ao novo, além de ser um novo cenário de atuação para eles, foi algo novo para toda a comunidade científica.

“A gente chegou num processo de pandemia e aí já teve todo esse desafio de remodelação de fluxo, dessa questão das mudanças do atendimento, né? Que a gente participou de toda essa parte de mudança de fluxo dentro das unidades.”

**E2 – RMSFC**

“Fez a gente aprender mais ainda, de fato, se deslocar do comum da Atenção Básica pra uma outra realidade, aí, foi outro aprendizado.” **E6 – RMSFC**

Diante desse contexto, novas práticas se tornaram necessárias e, conseqüentemente, aumento das cobranças, maior carga de trabalho e elevados níveis de estresse e ansiedade. Em função disso, os diálogos interdisciplinares são indispensáveis para a ampliação da capacidade de resposta. A interprofissionalidade tem como marca uma abordagem primordial para o enfrentamento dos obstáculos em consequência da pandemia da covid-19, oportunizando a conciliação de atividades com o objeto em comum e uma atuação integrada entre as distintas categorias envolvidas (BARBOSA et al., 2020; NOCE, et al., 2020; SANTOS et al., 2020).

Na pandemia, as práticas colaborativas interprofissionais foram evidenciadas como essenciais, sendo uma ferramenta de reorganização do trabalho e auxílio na construção de um novo modelo de atendimento que fosse preciso, efetivo e seguro (SARVER; SEABOLD; KLINE, 2020). Entretanto, os egressos referem dificuldades na realização desse trabalho interprofissional decorrente do afastamento exigido na intenção de diminuir a disseminação do vírus. É possível observar a dificuldade de aproximação que era imposta naquele momento, o obstáculo do estar junto e não poder ser junto, ou seja, dividir o espaço físico, mas não poder se relacionar de perto.

“Então, assim, a questão da sinceridade, do vínculo, dessa proximidade, até de um abraço mesmo na pandemia, que não podia tocar as pessoas, ficava longe!” **E2 – RMFC**

“O ‘boom’ da pandemia, né? E isso acabou interferindo, assim, no sentido de diminuir essas práticas e que inclusive foi tema de debate durante toda a residência (...) acabava meio que dificultando algumas práticas em trabalho em equipe que a gente

poderia ter, mas que não teve por conta de tudo isso, sabe?” **E6**  
**– RMFC**

O trabalho em equipe e a comunicação são instrumentos que qualificam a assistência e garantem a segurança do paciente (GORGES, 2022). A pandemia se apresenta como um laboratório natural das necessidades de saúde de uma população, em particular, na atenção primária em saúde. O fato de não poder atender com as portas fechadas pode causar uma quebra do vínculo e da confiança na relação entre usuário e profissional, uma vez que, diminui a privacidade do atendimento e o usuário pode não sentir-se confortável para se expor durante a consulta, gerando como consequência um distanciamento na relação profissional-usuário, contrapondo um dos pilares da AB e da EIP, a escuta qualificada e o diálogo.

Todavia, mesmo diante desse desafio político e socio sanitário, a APS e os egressos apresentaram potencialidades para promover, proteger e recuperar a saúde das pessoas. Para além das dificuldades, a pandemia também trouxe alguns ganhos e teve os seus momentos de aprimoramento em equipe. Nessa perspectiva surgiu a subcategoria “conquistas”, na qual discorre sobre como os egressos percebem e viveram esse contexto.

Os egressos sinalizaram alguns feitos proporcionados pela pandemia no sentido de trabalho em equipe, união e colaboração. Para isso, foi necessário o compartilhamento de ideias e uma grande parceria, portanto, a colaboração interprofissional é uma prática em que vários profissionais atuam de forma participativa e conjunta afim de oferecer uma saúde mais resolutiva e segura (FERNANDES et al., 2021).

“Foi bem interessante porque além de conseguir fazer com que a gente se juntasse mais, tivesse um vínculo maior de amizade, a gente também conseguiu trabalhar de forma muito legal.

**E1 – RMSFC**

“Eu acho que a pandemia só uniu a gente, né? [...] E lá a gente fazia realmente esse trabalho interprofissional, porque todo mundo atuava da mesma forma, todo mundo fazia de tudo. [...]”

**E2 – RMSFC**

“Naquele momento a gente precisou se juntar, todos e todas as profissionais da unidade e a gente precisou rediscutir a dinâmica. Desde a entrada, até o processo de atendimento, até o processo do contato da gente com território, do território com

a gente. Naquele momento, não tinha como ser de outra forma, senão a interprofissionalidade.” **E5 – RMSFC**

Uma das características da educação interprofissional é a construção de uma reflexão crítica sobre as práticas em saúde e isso requer uma formação que envolva obstáculos e que rompa com o caráter engessado das metodologias, respeitando as diferenças, propondo diálogo, comprometimento e responsabilização (GIRUNDI; AVEIRO; UCHÔA-FIGUEIREDO, 2021).

Devido a pandemia, os egressos tiveram as atividades de visita domiciliar e interconsultas suspensas, entretanto, puderam aperfeiçoar a comunicação interprofissional e o cuidado centrado na pessoa, da maneira que era possível naquele momento, e ainda mais, avançaram quanto ao funcionamento de equipe e clareza de papéis.

“Principalmente no contexto da pandemia, a gente fazia muita discussão sobre acolhimento, sobre o nosso papel enquanto profissional de saúde ali dentro.” **E1 – RMFC**

“Sempre era discutido processo de trabalho porque era uma coisa que precisava sobreviver, precisava encontrar saídas, precisava criar um fluxo que fosse minimamente aceitável diante do caos, né?” **E2 – RMFC**

É possível identificar uma satisfação dos egressos diante do trabalho colaborativo desempenhado nesse período, visto que o trabalho em equipe foi mencionado por todos eles como essencial para o enfrentamento da pandemia, remodelamento do fluxo de atendimento e a garantia integral e humanizada dos atendimentos de rotina da AB.

A comunidade afetada pelo caos necessita de apoio físico, social e psicológico para manter-se de pé, quanto mais dramática a situação de pobreza do território, mais necessidade de atenção em saúde será necessária. Para isso ser possível, se faz importante um trabalho interprofissional como objetivo em comum da manutenção do bem-estar físico e psicossocial da população.

A EIP e o trabalho colaborativo colocam em questão, mais uma vez, o modelo hegemônico e hierarquizado, evidenciado que ambas qualificam a eficiência do sistema de saúde e a satisfação dos usuários e profissionais.

A pandemia da SARS-CoV-2 exigiu uma resposta rápida das organizações de saúde, tanto para qualificar os trabalhadores quanto para assegurar uma assistência resolutiva a comunidade. Nesse período, as reuniões de equipes se fizeram mais que necessárias, eram imprescindíveis para discussão de casos clínicos e estruturação do processo de trabalho, pois a partir dos encontros com a equipe era possível identificar as demandas, planejar as ações necessárias e traçar os planos terapêuticos (OLIVEIRA et al., 2020).

O período pandêmico promoveu, de uma maneira mais rígida, uma integração dos profissionais, para que dentro das suas especialidades trabalhassem em conjunto por um objetivo maior. Esse momento revelou grandes fragilidades e limitações no processo de trabalho, mas, por outro lado, favoreceu a discussão do mesmo, além de fortalecer a interprofissionalidade.

Diante do que foi apresentado, ratifica-se a importância da EIP e do trabalho colaborativo na formação em saúde e reforçar-se seu compromisso com o fortalecimento do SUS. Apesar de todo o subfinanciamento e da ausência de uma gestão federal efetiva no enfrentamento da pandemia, é o SUS que atende a maioria da população brasileira.

Por fim, apesar do estudo não ter contemplado a maioria dos egressos e nem outros profissionais da gestão municipal e os demais atores envolvidos nos programas de residências, destaca-se que o objetivo do trabalho foi realizar o levantamento das perspectivas dos egressos, a fim de contribuir para a ampliação da discussão da educação interprofissional e do trabalho colaborativo dentro das residências, considerando as experiências adquiridas em campo.

O estudo demonstra potencialidades por envolver dois programas de residências de instituições formadoras diferentes, seguir um percurso metodológico rígido e colaborativo com treinamentos e simulações da pesquisa. O trabalho concede informações para subsidiar o aprimoramento do processo de trabalho em saúde, auxiliando uma prática universal e de qualidade. Recomenda-se para pesquisas futuras a realização de entrevistas envolvendo outros atores, por exemplo, gestão, preceptores e tutores.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os egressos apresentaram domínio em suas falas acerca da interprofissionalidade a partir dos conceitos apontados pela literatura e entendem o papel da EIP nas práticas profissionais e do cuidado em saúde. Ressalta-se a importância de conhecer e entender os conceitos e o significado que cada sujeito tem para o processo de cuidado, levando o profissional a reconhecer as diferenças e compreender a essência do trabalho em equipe.

Apesar disso, os egressos demonstraram fragilidades na compreensão e no desenvolvimento do trabalho colaborativo, decorrentes da elevada demanda reprimida dos atendimentos e ausência de espaços de planejamento e discussão em equipe. Apontaram-se como barreiras a fragilidade de comunicação com a gestão e as coordenações dos programas, causando entraves na efetivação da interprofissionalidade.

Foi possível identificar na percepção dos egressos competências desenvolvidas ao longo do programa: dinâmica de funcionamento da equipe, comunicação interprofissional, clareza de papéis e liderança colaborativa. As competências torneiam o trabalho colaborativo e efetivam o trabalho em equipe, resultando na transformação do serviço de saúde e na melhoria de seus resultados.

À luz da perspectiva dos egressos, constatou-se que os programas de residência em saúde da família, apesar de suas fragilidades, são campos que proporcionam a atuação interprofissional, favorecendo uma visão de clínica ampliada e cuidado integral na assistência.

Em tempos de pandemia, a educação interprofissional e o trabalho colaborativo mostram-se indispensáveis, pois, por meio deles, o acolhimento e a escuta qualificada se tornam mais efetivos e mantêm a equipe mais próxima e disposta ao aprender e ao fazer juntos, proporcionando um maior compartilhamento de conhecimentos entre os trabalhadores.

Para os egressos, a prática interprofissional contribuiu como potencializador da construção do trabalho em equipe, da prática colaborativa e da integralidade do cuidado, possibilitando reflexões e transformações em suas práticas, exercitando o pensamento, a ação e o desenvolvimento profissional.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 3, n. 1, p. 1-3, 2007.

ALMEIDA, R.G.S; TESTON, E.F; MEDEIROS, A.A. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 1, p. 97-105, ago. 2019.

ALVARENGA, J.P.O et al. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. **Rev Enferm UFPE On Line**, Recife, v. 7, n. 10, p. 5944-5951, out., 2013.

ALVES, I.M.F. **A colaboração interprofissional em um programa de residência multiprofissional em saúde: um relato de experiência**. 2019. 22 f. Monografia (Especialização) - Curso de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, Escola Multicampi de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Caicó-RN, 2019.

AMARAL, V.F et al. Mobilizando estudantes em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS): experiências interprofissionais do VER-SUS – Sobral, CE, Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 2, p. 1787-97, 2018.

ANDRADE, L et al. Da graduação à residência em saúde: refletindo sobre o processo de integração ensino-serviço na rede Sesab. **Revista Divulgação em Saúde Para Debate**, Rio de Janeiro, v. 01, n. 58, p. 276-284, 2018.

ARAUJO, T.A.M; VASCONCELOS, A.C.C.P; PESSOA, T.R.R.F; FORTE, F.D.S. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017.

AREDES, M.A et al. A comunicação entre a equipe de saúde em uma clínica cirúrgica: o olhar dos profissionais de um programa de residência multiprofissional em saúde. **J. res.: fundam. Care. Online**, v. 5, n. 4, p. 458-466, 2013.

ARNEMANN, C.T et al. Práticas exitosas dos preceptores de uma residência multiprofissional: interface com a interprofissionalidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 22, n. 2, p. 1635-1646, 2018.

ARRUDA, L.S; MOREIRA, C.O.F. Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. **Interface (Botucatu)**, v. 22, n. 64, p. 199-210, 2018.

BARBOSA, L.A.S et al. Interprofessional Collaboration Project in Pandemia: reflections by Brazil's National Health System (SUS) professionals about teamwork. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 10, e. 2739108476, p. 1-13, 2020.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa: **Edições 70**; 2014.

BARR, H. Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, v. 12, n. 2, p. 181-188, 2002.

BARR, H et al. Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence. **Oxford: Blackwell**; 2005.

BARR, H. Interprofessional education: the genesis of a global movement. London: **Centre for Advancement of Interprofessional Education**, 2015.

BARR, H; LOW, H. **Introdução à Educação Interprofissional**. CAIPE, 2013. Revisor da tradução para a língua portuguesa: José Rodrigues Freire Filho. Disponível em: [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub\\_caipe\\_intr\\_o\\_eip\\_po.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_caipe_intr_o_eip_po.pdf). Acesso em: 12 abr. 2021.

BARRETO, L.S.O; CAMPOS, V.D.G; POZ, M.R.D. Interprofessional education in healthcare and health workforce (HRH) planning in Brazil: experiences and good practices. **Journal of Interprofessional Care**, v. 33, n. 4, p. 369-381, 2019.

BOUSQUAT, A et al. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista USP**, v. 128, p. 13-26, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VER-SUS/BRASIL. Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2004a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/folder2\\_ver.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/folder2_ver.pdf). Acesso em: 20 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da Saúde. **VER-SUS/BRASIL. Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2004b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/folder\\_versus.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/folder_versus.pdf). Acesso em: 20 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Portarias Interministeriais Nº 421 e Nº 422, de 03 de março de 2010**. Programa de

Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.369, de 8 de julho de 2013**. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016**. Conselho Nacional de Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria GM/MS Nº 1.598, de 15 de julho de 2021**. Institui o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 14 jan. 2023.

BRASIL, C.C; OLIVEIRA, P.R.S; VASCONCELOS, A.P.S.M. Perfil e trajetória profissional dos egressos de residência multiprofissional: trabalho e formação em saúde. **SANARE**, v. 16, n. 01, p. 60-66, jan./jun. 2017.

BRUSTULIN, N. **UM OLHAR SOBRE A INTERPROFISSIONALIDADE A PARTIR DOS SABERES, DAS PRÁTICAS E DOS AFETOS DE UMA EQUIPE DE SAÚDE**. 2020. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [S. l.], 2020.

CAIPE. CENTRO PARA O AVANÇO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE. **Introdução à Educação Interprofissional**. Julho, 2013.

CAMPOS, E.A. CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 16º., Brasília-DF. **RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: QUALIFICAÇÃO**

**OU PRECARIZAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SAÚDE?** Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”, 2019.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. **A National Interprofessional Competency Framework**, 2010.

CARVALHO, M.A.P; GUTIÉRREZ, A.C. Quinze anos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde: contribuições da Fiocruz. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2013-2022, 2021.

CARVALHO, M.R; LUSTOSA, M.A. Interconsulta psicológica. **Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, 2008.

CASANOVA, I.A; BATISTA, N. A; MORENO, L. R. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, n. 1, p. 1325-1337, 2018.

CASTRO, F.S; CARDOSO, A.M; PENNA, K.G.B.D. As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde abordam as políticas públicas e o sistema único de saúde?. **REVISTA BRASILEIRA MILITAR DE CIÊNCIAS**, [s. l.], v. 5, n. 12, p. 29-34, 2019.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 1739-1749, 2018.

CHAZAN, L.F et al. Trabalho colaborativo em saúde mental. **Revista HUPE**, v. 15, n. 3, p. 253-260, 2016.

CHRIGUER, R.S et al. O PET-Saúde Interprofissionalidade e as ações em tempos de pandemia: perspectivas docentes. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 25, supl. 1, e.210153, p. 1-14, 2021.

COSTA, D.A.S et al. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 22, n. 67, p. 1183-95, 2018a.

COSTA, M. A. et al. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.19, supl.1, p. 709-720, 2015.

COSTA M.V et al. A Educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface: comunicação, saúde, educação**, v.22, Supl. 2, e. 1507-1510, 2018b.

COUTINHO, L.R.P; BARBIERI, A.R; SANTOS, M.L.M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 514-524, 2015.

DAMACENO, A.N et al. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v10, e. 14, p. 1-14, 2019.

D'AMOUR, D et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, n. 1, p. 116-31, 2005.

DIAS, I.M.A.V et al. A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 40, n. 111, p. 257-267, dez. 2016.

DOMINGUEZ, B. Alerta global: novo coronavírus é a sexta emergência em saúde pública de importância internacional declarada pela OMS. **RADIS: Comunicação e Saúde**, n. 210, p. 14-21, mar. 2020.

FALK, J.W. **História da Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://www.sbmfc.org.br/historia/>. Acesso em: 20 set. 2022.

FARIAS, G.B; FAJARDO, A.P. A interconsulta em serviços de atenção primária à saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 6, supl. 3, p. 2075-93, 2015.

FERNANDES, S.F et al. O trabalho interprofissional em saúde no contexto da pandemia de COVID-19: revisão de escopo. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 55, e. 20210207, p. 1-11, 2021.

FERREIRA, T.C.R et al. O trabalho interprofissional nas visitas domiciliares do PET-saúde: um relato de experiência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health**, v. 12, n. 9, p. 1-6, 2020.

FERREIRA, A.C.M et al. Ações do pet-saúde interprofissionalidade durante a pandemia de COVID-19. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 11, p. 106273-106281, nov. 2021.

FEUERWERKER, L. C; ALMEIDA, M.J. Integração ensino/serviço: a experiência da Rede Unida. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D. (Org.). Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp/NEPP, 2002.

FIGUEIREDO, W.M; CAMARGO, A.M; RIBEIRO, L.G. Estratégia da saúde da família: avaliação da percepção da comunidade. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 4, n. 6, p. 3579-3596, out/dez 2018.

FIGUEIREDO, A.M. **Quem somos nós...** Blogspot Residência de Medicina de Família e Comunidade, 8 mar. 2019. Disponível em: <https://prmfucfcpb.blogspot.com/>. Acesso em: 14 set. 2022.

FILHO, E.J.S; SAMPAIO, J; BRAGA, L.A.V. Avaliação de um programa de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade sob o olhar dos residentes. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 129-149, dez. 2016.

FLOR, T.B.M et al. Análise da formação em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: perspectiva dos egressos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 1, p. 281-290, 2023.

FREITAS, C.C et al. Domínios de competências essenciais nas práticas colaborativas em equipe interprofissional: revisão integrativa da literatura. **Interface (Botucatu)**, v. 26, e. 210573, 2022.

FRENCK, J et al. Health professionals for a new century: transforming education on to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**. 376 (9756): 1923-57, 2010.

FROTA, A.C et al. Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. especial 1, p. 131-151, 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Monitoramento da saúde e contribuições ao processo de trabalho e à formação profissional dos ACS em tempos de Covid-19/Monitor ACS. 1º Boletim. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2020. Disponível em <https://acscovid19.fiocruz.br/>.

GERMANO, M.F.M. **Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Seridó Potiguar: perfil e percepção de egressos**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina) – Escola Multicampi de Ciências Médicas do Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

GIOVANELLA, L et al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em debate**, v. 44, p. 161-176, 2021.

GIRUNDI, C.; AVEIRO, M.C; UCHÔA-FIGUEIREDO, L.R. Formação para o cuidado interprofissional: ressignificando a prática de saúde em tempos de pandemia. **Interface: comunicação, saúde, educação**, v. 25, supl. 1, 2021. <https://doi.org/10.1590/interface.210034>.

GORGES, B.L. **Relações de trabalho em equipe multiprofissional em ambiente hospitalar: uma revisão integrativa**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, 2022.

GREEN, C. The making of the interprofessional arena in the United Kingdom: a social and political history. **Journal of Interprofessional Care**; 28(2): 116–122, 2014.

HUANG, L et al. Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. **BMC Critical Care**, n. 24, v. 120, 2020.

IPEC. INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLLABORATIVE. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. **Core competencies for Interprofessional Practice: Report on an Expert Panel**. Washington, 2011.

JONES, J.; HUNTER, D. Usando o Delfos e a técnica de grupo nominal na pesquisa em serviços de saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Tradução de Ananyr Porto Fajardo. Porto Alegre: Artmed, 2005, p. 51-60.

JUNIOR, J.P.B. Resiliência do Sistema Único de Saúde no contexto da pandemia de COVID-19: como se fortalecer? **Cad. Saúde Pública**, v. 38, n. 10, e. 00097522, p. 1-5, 2022.

KHALILI, H et al. Orientação para a educação interprofissional global e pesquisa sobre a prática colaborativa: documento de trabalho. Publicação conjunta do Interprofessional Research Global e da Interprofessional Global [Internet], 2019. Disponível em: <https://www.educacioninterprofesional.org/pt/orientacao-sobre-pesquisa-global-emeducacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa>. Acesso em: 03. fev. 2023.

KISIL, M.; CHAVES, M. Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde. **Battle Creek**: Fundação Kellogg, 1994.

KUMPEL, W.F. **A interconsulta como dispositivo importante para resolutividade na Unidade Básica de Saúde Morretes**. Monografia (Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

MANHO, F; SOARES, L.B.T; NICOLAU, S.M. Reflexões sobre a prática do residente terapeuta ocupacional na estratégia saúde da família no município de São Carlos. **Rev. Terapia Ocupac. USP [internet]**, v. 24, n. 3, p. 233-241, 2013.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Técnicas de pesquisa. Planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. (8a ed.). São Paulo: Atlas, 2018.

MARTINS, U. Interdisciplinaridade: uma análise dessa perspectiva inter-relacional no âmbito das Políticas Públicas. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 222, p. 178-187, 2020. ISSN: 1519.6186.

MATUDA, C.G; AGUIAR, D.M.L; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 173-186, 2013.

MEDINA, M. G et al. “Atenção primária à saúde em tempos de covid-19: o que fazer?”. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 8, 2020.

MELO, M.C; QUELUCI, G.C; GOUVÊA, M.V. Problematizando a residência multiprofissional em oncologia: protocolo de ensino prático na perspectiva de residentes de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 4, p. 706-714, 2014.  
MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados**, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 15a ed. São Paulo: **Hucitec**; 2015.

MINAYO, M.C.S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.

MORGAN, S; PULLON, S; MCKINLAY, E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. **International Journal Of Nursing Studies**, [S.L.], v. 52, n. 7, p. 1217-1230, jul. 2015.

NASCIMENTO, D.D.G; OLIVEIRA, M.A.C. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde Soc. São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

NASCIMENTO, R.C.S; PAIM, M.C; CARMO, D.S. Regionalizando a residência em área profissional de saúde: reflexões sobre interprofissionalidade no estado da Bahia. In: CASTRO, J.L; VILAR, R.L.A; COSTA, T.P.T [org.]. **Trabalho e educação na saúde: análises e vivências [recurso eletrônico]**. Natal, RN: Una, 2020. p. 190-216. ISBN 978-85-60036-46-2. E-book 370 p.

NEY, M. **Seminário Educação Interprofissional e Prática Colaborativa na Saúde**. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana de Saúde/ Ministério da Saúde/ Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/ Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES, 2018. 30 slides, color.

NEPOMUCENO R.C.A et al. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da Teoria Comunidades de Prática. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 26, n.5, 2021.

NOCE, L.G.A et al. Interprofessional relationships of a patient care team in critical care. **Rev Bras Enferm**, v. 73, n. 4, e. 20190420, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0420>.

OGATA, M.N et al. Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 55, e. 03733, 2021.

OLIVEIRA, R.F.S. **Melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: entre vozes e olhares**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2018.

OLIVEIRA, F.K.S. **Contribuições da Residência Multiprofissional em Saúde para o fortalecimento da atenção primária: um estudo de caso a partir da escola MULTICAMPI de Ciências Médicas**. 2020. Dissertação (Mestrado em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2020.

OLIVEIRA, M.A.B et al. A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia COVID-19. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 142-150, jun. 2020.

PAIM, J.S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em debate**, v. 36, p. 343-347, 2012.

PAIVA, C. H. A.; PIRES-ALVES, F.; HOCHMAN, G. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 929-940, 2008.

PASSOS, R.G et al. Serviço Social e Residência Multiprofissional em Saúde: desafios e possibilidades em tempos de pandemia da covid-19. **Interfaces Científicas**, v. 9, n. 3, p. 366-379, 2022.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface (Botucatu)**, v. 20, n. 56, p. 199-201, 2016.

PEDUZZI, M. Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. **Interprofissionalidade em formação na saúde: onde estamos?** 1. ed., Porto Alegre, v. 06, [s.n], p. 40- 48, 2017.

PEDUZZI, M; AGRELI, H.F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 1525-1534, 2018.

PEDUZZI, M et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm.**, v. 47, n. 04, p. 977-83, 2013.

PEDUZZI, M et al. Trabalho em equipe: uma revista ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18(s1), e. 0024678, p. 1-20, 2020.

PEREIRA, M. F. Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação. **Interface Botucatu**, v. 22, supl. 2, p. 1753-1756, 2018.

PET-SAÚDE. João Pessoa, [s.d.]. Disponível em: <http://antigo.joaopessoa.pb.gov.br/secretarias/saude/pet-saude/>. Acesso em: 22 set. 2022.

PREVIATO, G.F.; BALDISSERA, V.D.A. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 22, n. 2, p. 1535-1547, 2018.

RAMOS, T.M; RENNÓ, H.M.S. Formação na residência de enfermagem na Atenção Básica/Saúde da Família sob a ótica dos egressos. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 39, e. 2018-0017, p. 1-9, 2018.

RAN, L et al. Risk factors of healthcare workers with coronavirus disease 2019: a retrospective cohort study in a designated hospital of Wuhan in China. **Clinical Infectious Diseases**, 2020. Doi:10.1093/cid/ciaa287.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 20, n. 56, p. 185-197, mar. 2016.

REIS, A.M; SOUZA, E.C. Memoriais e narrativas na formação de educadores da saúde: escritas de si, acompanhamento e mediação biográfica. **Educar em Revista**, Curitiba, v. 37, e. 75640, 2021.

ROCHA, K.B et al. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 18, n. 1, p. 170-185, 2017.

ROSSIT, R.A.S et al. Construção da identidade profissional na Educação Interprofissional em Saúde: percepção de egressos. **Revista Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 22, p. 1399-1410, 2018.

SÁ, D.M. Especial Covid-19: Os historiadores e a pandemia. **Casa de Oswaldo Cruz**, 18 set. 2020. Disponível em: <https://www.coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1853-especial-covid-19-os-historiadores-e-a-pandemia.html>. Acesso em: 2 jan. 2023.

SANTOS, C.M et al. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 5, e. 00052816, p. 1-15, 2017.

SANTOS, G.L.A, et al. Interprofessional collaborative practice and nursing care. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 3, e. 20190277, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0277>.

SARVER, W.L; SEABOLD, K; KLINE, M. Shadowing to Improve Teamwork and Communication: A Potential Strategy for Surge Staffing. **Nurse Lead**, v. 18, n. 6, p. 597-603, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.05.010>.

SILVA, C.A; DALBELLO-ARAUJO, M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 123, p. 1240-1258, out. 2019.

SILVA, L.B. Residência Multiprofissional: notas sobre uma formação através do trabalho em saúde. **Revista Libertas**, v. 20, n. 1, p. 140-158, jan./jun. 2020.

SILVA, R.M. **Competências colaborativas desenvolvidas durante as visitas domiciliares**. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde – Universidade Federal do Mato Grosso, Barra do Garças, 2021.

SILVA, P.N et al. Visitas domiciliares e diagramação familiar na Atenção Primária à Saúde: reflexões de estudantes participantes do PET-Saúde Interprofissionalidade. **Rev. APS**, v. 24, n. 3, p. 571-581, jul-set. 2021.

SILVEIRA, E.R. **Práticas pedagógicas na saúde: o apoio matricial e a interconsulta a saúde mental a saúde pública**. Tese de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SOARES, R.S et al. Residência em medicina de família e comunidade: construindo redes de aprendizagens no SUS. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 40, p. 1-8, jan-dez 2018.

SOUZA, G.K.G et al. Avaliação da relação de felicidade dos trabalhadores com o trabalho qualificado em saúde: cenários vividos em uma unidade básica de saúde. *In*: CASTRO, J.L; VILAR, R.L.A; COSTA, T.P.T [org.]. **Trabalho e educação na saúde: análises e vivências [recurso eletrônico]**. Natal, RN: Una, 2020. p. 190-216. ISBN 978-85-60036-46-2. *E-book* 370 p.

TONG, A. SAINSBURY, P. CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **Int J Qual Health Care**. 2007;19(6):349-57.

WEN, L et al. Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China. **Int J Biol Sci**, v. 16, n. 10, p. 1732-1738, 2020. DOI: 10.7150/ijbs.45120.

WERNECK, G.L; CARVALHO, M.S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, e. 00068820, p. 1-4, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Transforming and Scaling up Health Professionals Education and Training**. WHO: Geneve, 2013.

## **APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO**

1. De que forma a sua experiência na Residência ano passado dialoga com o movimento de reorientação da formação e do trabalho em saúde no contexto do SUS?
2. Na sua percepção quais as competências de um profissional para atuar na Atenção básica ou na ESF ou gestão do SUS?
3. Na sua percepção, a aprendizagem vivenciada no Programa de Residência em Saúde favoreceu a mudança de práticas, de atitudes pessoais em seu processo de trabalho? Se sim, descreva/exemplifique. Se não, por quê?
4. O Programa de Residência em Saúde exerceu influência sobre o entendimento de SUA PRÁTICA na perspectiva da gestão/cuidado integral e humanizado à saúde?
5. Na perspectiva da gestão/cuidado integral e humanizado, quais práticas e tecnologias do cuidado você passou a empregar no cotidiano da equipe na qual você atua/atuou, após a realização do Programa de Residência em Saúde?
6. Com base em sua experiência na Residência e sua inserção nos serviços de saúde fale-me sobre suas percepções sobre a realidade do trabalho em equipe?
7. Em que momento você acha que desenvolveu competências para o trabalho interprofissional/colaborativo?
8. Em que momento houve na Residência qualificação para o efetivo trabalho em equipe?
9. Como você compreende a educação interprofissional a partir da Residência?
10. Fale-me sobre o trabalho em equipe na perspectiva da colaboração na residência.
11. Fale-me sobre as fragilidades percebidas para o trabalho colaborativo?
12. Você tem sugestões ou recomendações para o fortalecimento da educação interprofissional e práticas colaborativas nas Residências?

## **APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TÍTULO DO PROJETO: A EDUCAÇÃO PERMANENTE E A INTERPROFISSIONALIDADE NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE DA PARAÍBA**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Olá, Prezado(a) colega, Residente egresso!

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “A Educação Permanente e a Interprofissionalidade nas Residências em Saúde da Paraíba”, a qual está sendo desenvolvida pelos pesquisadores Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte, Prof. Dra. Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa, Prof. Dr. Felipe Proença de Oliveira e Prof. Dra. Luana Rodrigues de Almeida do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB sob o parecer nº 5.375.901.

Nosso objetivo é compreender a percepção dos Residentes sobre a educação interprofissional (EIP), as práticas colaborativas e a educação permanente em saúde nas Residências; e analisar o perfil dos egressos das Residências e trazer a compreensão sobre sua formação e inserção no mercado de trabalho.

Quem pode participar?

Residentes e Egressos do Programa de Residência em Saúde da Paraíba:  
Multiprofissional em Saúde da Família SMS João Pessoa.

Residentes e egressos do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da UFPB

Residentes e egressos do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da ESP/PB

Residentes e egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva da ESP/PB

Como participar?

Os Residentes participarão da pesquisa através de entrevistas com gravação de voz por meio de um aparelho eletrônico e digital. E os Egressos, respondendo a este questionário de perguntas; instrumento este dividido em 5 seções: Dados Sociodemográficos; Satisfação com o Programa de Residência cursado; A ser respondido por quem apresenta/apresentou vínculo empregatício após a residência e A ser respondido por quem está atuando em outra especialidade que não seja saúde da família e/ou na atenção básica e/ou gestão.

Esclarecemos que sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária, podendo, a qualquer momento, desistir da mesma. Asseguramos, ainda, o caráter anônimo e confidencial de todas as suas respostas. Destacamos que as informações coletadas serão utilizadas - unicamente - para fins científicos.

O link abaixo te dará acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) na íntegra, sendo a sua cópia disponibilizada em formato PDF.

Por fim, colocamo-nos à sua disposição para qualquer esclarecimento que se faça necessário junto ao pesquisador ou ao comitê de ética nos endereços abaixo:

Pesquisador Responsável Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte, e-mail: [franklin@ccs.ufpb.br](mailto:franklin@ccs.ufpb.br).

Endereço para contato: Universidade Federal da Paraíba – Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Clínica e Odontologia Social – Campus I – Cidade Universitária – João Pessoa – Paraíba – CEP 58.051-900 - Fone (83) 3216-7251.

Comitê de Ética em Pesquisa UFPB, e-mail: [comitedeetica@ccs.ufpb.br](mailto:comitedeetica@ccs.ufpb.br).

Endereço para contato: Universidade Federal da Paraíba - Centro de Ciências da Saúde - 1º andar - Campus I - Cidade Universitária - João Pessoa - Paraíba - CEP: 58.051-900 - Fone (83) 3216-7791.

Agradecemos sua colaboração!

Link para download da cópia do TCLE :

<https://docs.google.com/document/d/11Px5QU7z7mGqi80GaPzrKcwrN6BK-iOu/edit?usp=sharing&ouid=110392575272577172110&rtpof=true&sd=true>

Diante do exposto, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que farei o download de uma via desse documento.

☐ Sim

☐ Não

## ANEXO A – PARECER CONSUBISTÂNCIADO DO CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA -  
CCS/UFPB



### PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** A educação permanente e a interprofissionalidade nas Residências em saúde da Paraíba

**Pesquisador:** FRANKLIN DELANO SOARES FORTE

**Área Temática:**

**Versão:** 4

**CAAE:** 37477420.1.0000.5188

**Instituição Proponente:** Universidade Federal da Paraíba

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.375.901

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um protocolo de pesquisa egresso do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA, do CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE, da UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA, sob a coordenação de Franklin Delano Soares Forte, constando como membros da equipe de pesquisa: Islany Costa Alencar, Talitha Rodrigues Ribeiro Fernandes Pessoa, PEDRO ALBERTO LACERDA RODRIGUES, LUCIANA MARIA PEREIRA DE SOUSA, FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA, LUANA RODRIGUES DE ALMEIDA, ADRIANA MARIA MACÊDO DE ALMEIDA TÓGOLI e DAVI ALVES DA SILVA.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) sinalizou a necessidade de reflexão sobre uma formação profissional mais contextualizada e coerente com as demandas concretas das populações. Assim, é importante a reflexão sobre a prática e a teoria, aliada ao diálogo com agentes responsáveis pela saúde e pela educação, lideranças comunitárias e toda a comunidade, visando a compreensão dos problemas sociais e discutindo compromissos em comum na formação e na atenção à saúde. Visando profissionais implicados com a melhoria da qualidade de vida das pessoas, por meio de uma atuação de excelência (Frenk et al., 2010).

Assim compreende-se os dois sistemas de saúde e o de educação como interdependentes. É preciso a construção de pontes entre os sistemas e criação de espaços de diálogo para a

**Endereço:** Prédio da Reitoria da UFPB - 1º Andar

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 58.051-900

**UF:** PB

**Município:** JOÃO PESSOA

**Telefone:** (83)3216-7791

**Fax:** (83)3216-7791

**E-mail:** comitedeetica@ccs.ufpb.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DA PARAÍBA -  
CCS/UFPB**



Continuação do Parecer: 5.375.901

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/10/2020 14:51:50	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito
Outros	aprovaçao_PPG_SaudecoletivaUFPB.pdf	05/10/2020 14:50:26	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAROSTOASSINADA.pdf	04/09/2020 11:58:03	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito
Outros	RMFCUFPB.pdf	31/08/2020 08:42:08	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito
Declaração de concordância	DECLARACAOCFOR.pdf	31/08/2020 08:40:42	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito
Outros	DECLARACAOPPGSC.pdf	31/08/2020 08:38:42	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_REITORIA.pdf	24/08/2020 11:30:51	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PESQUISADORES.pdf	24/08/2020 11:29:28	FRANKLIN DELANO SOARES FORTE	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

JOAO PESSOA, 28 de Abril de 2022

Assinado por:

Eliane Marques Duarte de Sousa  
(Coordenador(a))

Endereço: Prédio da Reitoria da UFPB, 1º Andar  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.051-900  
UF: PB Município: JOAO PESSOA  
Telefone: (83)3216-7791 Fax: (83)3216-7791 E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

## ANEXO B – ENCAMINHAMENTO DA GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE



**Secretaria Municipal de Saúde**  
**Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde**  
**Gerência de Educação na Saúde – GES**

João Pessoa, 07 de junho de 2021

**Processo nº 16.296 /2020**

**Da: GERÊNCIA DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

**Para: DISTRITOS SANITÁRIOS I, II, III, IV E V**

### **ENCAMINHAMENTO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA**

A Gerência de Educação na Saúde (GES) encaminha o(a) pesquisador(a) **FRANKLIN DELANO SORES FORTE**, para a realização da coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado **“A EDUCAÇÃO PERMANENTE E A INTERPROFISSIONALIDADE NAS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE DA PARAÍBA”**, a ser realizado neste serviço.

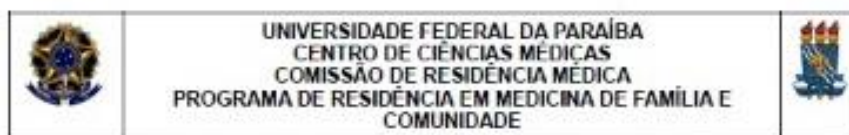
Informamos que o(a) pesquisador(a) deverá estar ciente de suas responsabilidades, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados. Além disso, após a realização da pesquisa, deve ser dada uma devolutiva do resultado final nos locais em que foi realizada a coleta de dados.

Em tempo, solicita-se, também, a entrega de uma via digital da versão final da pesquisa na GES, a fim de subsidiar a biblioteca virtual desta gerência.

Sem mais, e visando o bom andamento das pesquisas na **Rede SUS** de João Pessoa, subscrevo-me.

\_\_\_\_\_  
**Jeovana Stropp**  
**Gerência da Educação na Saúde**

## ANEXO C – DECLARAÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE



### *DECLARAÇÃO*

Autorizamos a realização da pesquisa intitulada "A educação permanente e a interprofissionalidade nas Residências em saúde da Paraíba", submetido à chamada EDITAL CHAMADA FAPESQ No 005/2020 - PROGRAMA PESQUISA PARA O SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS do Prof. Dr. Franklin Delano Soares Forte e equipe UEPB, UFPB, SMS JOÃO PESSOA, CEFOR.

João Pessoa, 26 de agosto de 2020



Felipe Proença de Oliveira

Supervisor do Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade