

# **ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA EDUCAÇÃO E DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL NO SUS**

ORGANIZADORES

CARLA PACHECO TEIXEIRA

CRISTIANO GIL REGIS

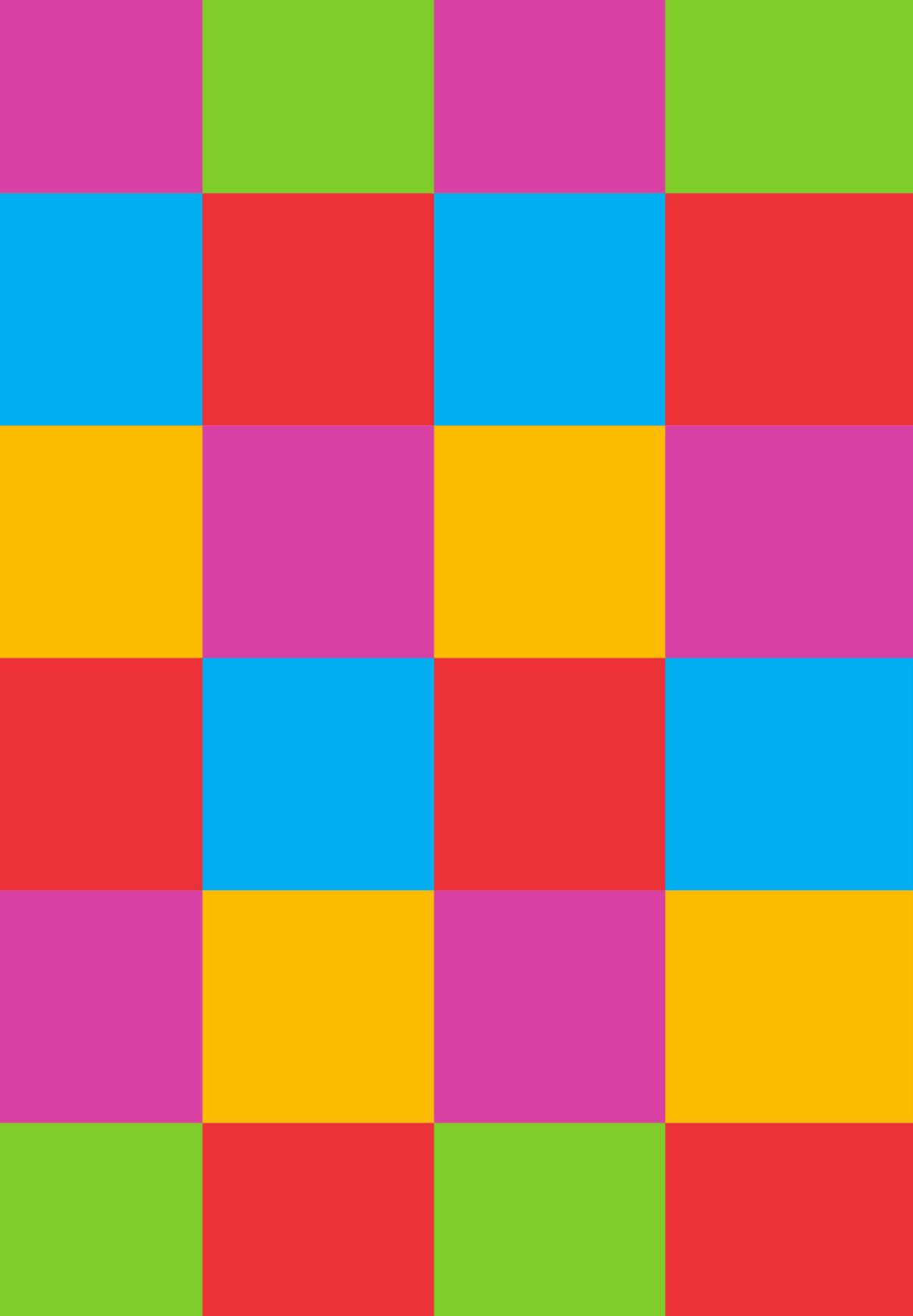
ELIANA GOLDFARB CYRINO

MARINA PEDUZZI

ROCIO ELIZABETH CHAVEZ ALVAREZ

SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA





# **ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DA EDUCAÇÃO E DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL NO SUS**

Organizadores

Carla Pacheco Teixeira

Cristiano Gil Regis

Eliana Goldfarb Cyrino

Marina Peduzzi

Rocío Elizabeth Chávez Alvarez

Sylvia Helena Souza da Silva Batista

1ª Edição

Rio Branco, Acre

2025





#### Estratégias para o fortalecimento da educação e do trabalho interprofissional no SUS

Carla Pacheco Teixeira, Cristiano Gil Regis, Eliana Goldfarb Cyrino, Marina Peduzzi, Rocío Elizabeth Chávez Alvarez, Sylvia Helena Souza da Silva Batista (org.)

ISBN 978-85-8236-164-1 • Feito Depósito Legal

Copyright©Edufac 2025

Editora da Universidade Federal do Acre (Edufac)

Rod. BR 364, Km 04 • Distrito Industrial

69920-900 • Rio Branco • Acre // edufac@ufac.br

Editora Afiliada



Associação Brasileira  
das Editoras Universitárias

Diretor da Edufac

Gilberto Mendes da Silveira Lobo

Coordenadora Geral da Edufac

Ângela Maria Poças

Conselho Editorial (Consedufac)

Alanderson Alves Ramalho, Alcides Loureiro Santos, Ângela Maria Poças (vice-presidente), Carlos Eduardo Garcão de Carvalho, Cláudio Luiz da Silva Oliveira, Daniel Queiroz de Sant'Ana, Ewerton Ortiz Machado, Gilberto Mendes da Silveira Lobo (presidente), Giselle Xavier d'Ávila Lucena, José Mauro Souza Uchôa, Karlla Barbosa Godoy, Leonardo Lani de Abreu, Manoel Coracy Saboia Dias, Pierre André Garcia Pires, Rosane Garcia Silva, Vagne de Melo Oliveira

Comitê de Revisão Técnico-Científica

Alexandrina Pinheiro Cavalcante Costa, Ana Wladia Silva de Lima, Andrea Ribeiro da Costa, Andrezza Karine Araújo de Medeiros Pereira, Bárbara Patrícia da Silva Lima, Bárbara Souza Rocha, Cynthia Girundi, Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, Joelma de Rezende Fernandes, Jussara Gue Martini, Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo, Marcelo Viana da Costa, Najara Barbosa da Rocha, Nílido Alves Batista, Queli Lisiâne Castro Pereira, Rosana Aparecida Salvador Rossit, Sanay Vitorino de Souza, Valeria Marli Leonello, Camila Mendes da Silva Souza, Cristiane Costa Braga, Raíssa Ottes Vasconcelos, Heloise Lima Fernandes Agreli

Coordenadora Comercial • Serviços de Editoração

Ormifran Pessoa Cavalcante

Revisão Textual

Tarsila de Andrade Ribeiro Lima

Apoio Técnico

Adriana Medeiros Braga

Carolina Vilela Santos da Silva

Projeto Gráfico • Diagramação • Arte da Capa

Lucia Pouchain

*A revisão textual e das normas técnicas é de responsabilidade dos autores • Esta obra teve revisão por pares, mediante parceria entre o Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE /ABRASCO/FIOCRUZ) e a Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS) • Financiamento: Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE/FIOCRUZ)*

Universidade Federal do Acre

Biblioteca Central

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

E82e

Estratégias para o fortalecimento da educação e do trabalho interprofissional no SUS [recurso digital] / organizadores Carla Pacheco Teixeira, Cristiano Gil Regis, Eliana Goldfarb Cyrino, Marina Peduzzi, Rocío Elizabeth Chávez Alvarez, Sylvia Helena Souza da Silva Batista. – Rio Branco: Edufac, 2025.

290 p. [2,1 MB]

ISBN: 978-85-8236-164-1

Vários autores.

1. Sistema Único de Saúde (SUS). 2. Saúde - Educação. 3. Saúde pública. I. Teixeira, Carla Pacheco (org.). II. Regis, Cristiano Gil (org.). III. Cyrino, Eliana Goldfarb (org.). IV. Peduzzi, Marina (org.). V. Alvarez, Rocío Elizabeth Chávez (org.). VI. Batista, Sylvia Helena Souza da Silva (org.). VII. Título.

CDD: 614

Bibliotecária: Alanna Santos Figueiredo - CRB 11º/1003

# SUMÁRIO

<b>PREFÁCIO.....</b>	<b>11</b>
Felipe Proenço	
<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>PARTE 1. EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: CAMINHOS, ESTRATÉGIAS E POLÍTICAS.....</b>	<b>25</b>
<b>CAPÍTULO 1. CAMINHOS DA FORMAÇÃO COLABORATIVA: PERSPECTIVA DISCENTE DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE.....</b>	<b>27</b>
Lélia Cápuá Nunes, Lauisa Stefany Gonçalves Nunes, Laura Almeida Oliveira, Luísa Fernandes Bicalho, Eliana Goldfarb Cyrino	
<b>CAPÍTULO 2. PERFIL E FORMAÇÃO: O DOCENTE NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL .....</b>	<b>41</b>
Lara Maria Alves de Carvalho, Dulcian Medeiros de Azevedo, Adriana Gomes Magalhães, Maurício Wiering Pinto Telles, José Jailson de Almeida Júnior	
<b>CAPÍTULO 3. TRABALHO E EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: ANÁLISE DOCUMENTAL.....</b>	<b>53</b>
Cláudia Fell Amado, Crislaine Loqueti Santos Rainho Prado, Camila Mendes da Silva Souza, Kathleen Gyovanna Lourenço Santana, Marina Peduzzi	
<b>CAPÍTULO 4. EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM FOCO: ANÁLISE DO PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DE UM PROGRAMA INTEGRADO DE RESIDÊNCIAS.....</b>	<b>67</b>
Thaylane Coutinho dos Santos Carneiro, Bárbara Patrícia da Silva Lima, Vladimir Andrei Rodrigues Arce	

**CAPÍTULO 5. ANÁLISE DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DOS CURSOS DE SAÚDE À LUZ DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL ..... 81**

Ana Raquel Silva Souza, Renata Cardoso Rocha Madruga, Kathleen Elane Leal Vasconcelos, Franklin Delano Soares Forte, Cláudia Santos Martiniano

**CAPÍTULO 6. A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE: POR UMA FORMAÇÃO CENTRADA NAS PESSOAS E NO FORTALECIMENTO DO SUS ..... 99**

Marcelo Viana da Costa, Reneide Muniz da Silva, Gilliatt Hanois Falbo Neto

**CAPÍTULO 7. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS PARA A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: FORTALECENDO SABERES E PRÁTICAS COLABORATIVAS ..... 113**

Andressa Karine Araújo de Medeiros Pereira, Ildone Forte de Moraes, Júlia Costa Maia, Soraya Maria de Medeiros

**CAPÍTULO 8. CAMINHOS PARA EDUCAÇÃO INTEPROFISIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE UM ESTÁGIO CURRICULAR ..... 127**

Bárbara Souza Rocha, Matheus Souza e Silva, Maria Goretti Queiroz, Natália Alberto Alves Brandão Marques, Géssica Mercia de Almeida, Helena Rezende Silva Mendonça, Túlio Eduardo Nogueira, Nayara Figueiredo Vieira

**CAPÍTULO 9. RECOMENDAÇÕES E LIÇÕES APRENDIDAS A PARTIR DA ADOÇÃO DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE ..... 141**

Rafael Soares Dias, Ana Olivia Dantas Batista, Marianna Gil de Farias Moraes, Eudes Euler de Souza Lucena, Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva, Marcelo Viana da Costa

**CAPÍTULO 10. EXPERIMENTAÇÕES EM INTERPROFISSIONALIDADE EM UMA UNIVERSIDADE NO CORAÇÃO DA AMAZÔNIA ..... 155**

Rui Massato Harayama, Cristiano Gonçalves Moraes, Juliana Gagno Lima

SUMÁRIO

**PARTE 2. EXPERIÊNCIAS E PRÁTICAS INTERPROFISSIONAIS NO SUS: SABERES EM AÇÃO ..... 169**

**CAPÍTULO 11. TRABALHO INTERPROFISSIONAL E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PERSPECTIVAS A PARTIR DA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO HUMANO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ... 171**

Giuliana Gadoni Giovanni Borges, Virginia Junqueira

**CAPÍTULO 12. PROJETO DE INTERVENÇÃO: INDUTOR DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NA ATENÇÃO BÁSICA ... 181**

Queli Lisiane Castro Pereira, Eliane Aparecida Suchara, Fabiana Morandi Jordão, Patricia Fernandes Massmann, Priscilla Nicácio da Silva

**CAPÍTULO 13. PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO PÓS-COVID-19 ..... 197**

Patricia Heras Viñas, Elisete Casotti

**CAPÍTULO 14. TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA PANDEMIA DA COVID-19 ..... 209**

Delvania de Figueiredo Pereira, Rosana Aparecida Salvador Rossit

**CAPÍTULO 15. VIVÊNCIAS DE DOCENTES DO PROFSAÚDE E ESTUDANTES NA RELATORIA DA CONFERÊNCIA ESTADUAL: INTERPROFISSIONALIDADE E INTERSECCIONALIDADE ..... 223**

Katia Fernanda Alves Moreira, Alinne Oliveira da Silva Martins, Cleson Oliveira de Moura, Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes, Elen Petean Parmejani, Adriana Dias Silva

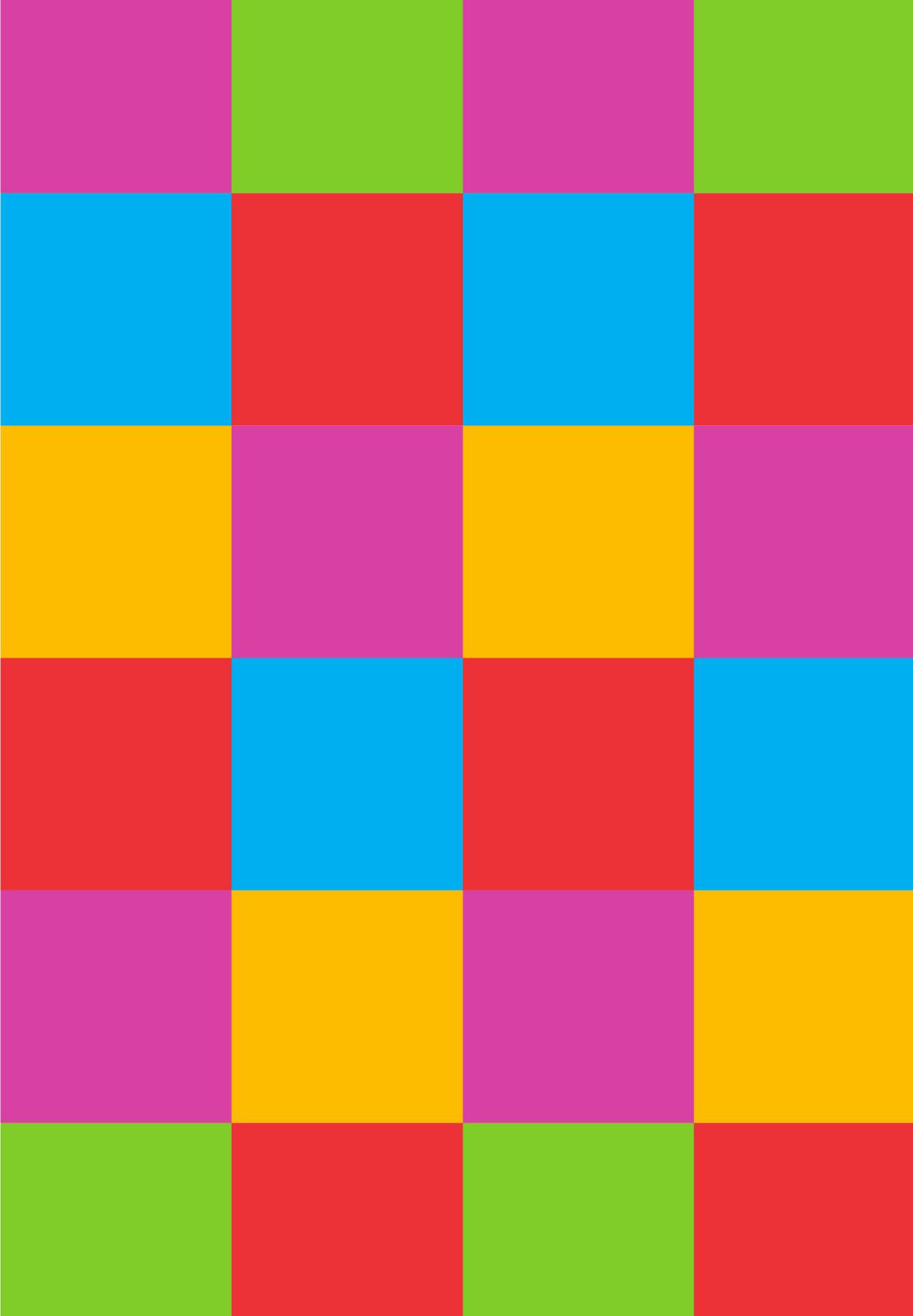
**CAPÍTULO 16. PRECEPTORIA COMO DISPOSITIVO PEDAGÓGICO PARA A FORMAÇÃO E TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..... 235**

Eunice Barreto Coelho, Jádisson Gois da Silva, Ivy Beatriz Alves Santos, Davi Leonel Araujo Nascimento, Marcus Valerius da Silva Peixoto, Patrícia Silva Tofani

SUMÁRIO

CAPÍTULO 17. ALÉM DO DISCURSO: O FARMACÊUTICO E A CONSTRUÇÃO DA INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE .....	251
Juçara Barga do Nascimento, Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo	
DADOS DOS ORGANIZADORES, COMITÊ DE REVISÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA E AUTORES .....	265
DADOS DOS ORGANIZADORES .....	266
DADOS DO COMITÊ DE REVISÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA.....	267
DADOS DOS AUTORES .....	273

SUMÁRIO







## PREFÁCIO

A formação em saúde no Brasil tem avançado no compromisso de aproximar a educação das reais necessidades da população e do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa aproximação exige não apenas o aprimoramento técnico, mas também a construção de novas formas de aprender e trabalhar em conjunto, de modo solidário, colaborativo e interprofissional (Peduzzi *et al.*, 2013).

Criada há vinte anos, no governo do presidente Lula, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) nasceu com a missão de fortalecer a força de trabalho que sustenta o SUS. Enfrentou períodos de descontinuidade, sobretudo depois de um governo que restringiu seus recursos e de uma pandemia que agravou as desigualdades e fragilidades locais. No entanto, novos aprendizados foram gerados, fortalecendo o engajamento popular, a atuação dos trabalhadores(as), e surgindo novas configurações para o fazer saúde mais efetivo, crítico e participativo.

Uma SGTES conectada com as necessidades do SUS foi retomada, inicialmente sob a liderança da Professora Isabela Cardoso, reafirmando o valor do trabalho e da educação em saúde como pilares de um sistema público vivo e fundamental. Hoje, na função de Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, sigo na missão reafirmando o compromisso: cuidar de quem cuida é o caminho para um SUS mais forte, humano e transformador, que promova equidade e diversidade na formação e provimento profissional, inspirando novas práticas e políticas públicas.

Estamos impulsionando muitas ações: provendo mais especialistas para reduzir o tempo de espera das pessoas nas filas, com novas chamadas do

Mais Médicos na Atenção Primária à Saúde (APS), ampliação do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), retomada do Projeto de Vivências e Estágios na realidade do SUS (VER-SUS) e Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), promoção do Programa Nacional de Apoio à Permanência, Diversidade e Visibilidade para Discentes na Área da Saúde (AfirmaSUS), fortalecimento das residências e reanimando a educação permanente em saúde e outras ofertas de qualificações. Em cada uma dessas iniciativas, é essencial garantir uma formação ética, humana e comprometida com o cuidado das pessoas em seus territórios.

Este livro, intitulado *Estratégias para o Fortalecimento da Educação e do Trabalho Interprofissional no SUS* é uma contribuição valiosa nesse caminho. Reúne experiências, análises e reflexões que expressam o esforço coletivo de educadores, gestores, trabalhadores e estudantes em consolidar práticas transformadoras no cotidiano dos serviços e das instituições formadoras. Trata-se de uma obra que dialoga diretamente com os princípios da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Brasil, 2018).

O Trabalho Interprofissional no SUS representa um eixo fundamental para a consolidação de um cuidado integral, equânime e centrado nas pessoas. Ao promover o diálogo entre diferentes saberes e práticas, ele potencializa o papel das equipes de saúde e fortalece a capacidade do sistema de responder, de forma integrada, às demandas complexas da vida e da saúde (Barr *et al.*, 2014; Reeves *et al.*, 2017). Essa abordagem amplia horizontes, rompe com a fragmentação e reafirma a saúde como um projeto coletivo e socialmente comprometido.

Cada capítulo desta obra revela um olhar sensível sobre a relevância do trabalho interprofissional, mostrando que o aprendizado no SUS é, antes de tudo, colaborativo e potente, objetivando qualificar o(a) trabalhador(a) para o cuidar das pessoas. Essa coletânea reafirma a relevância da educação como eixo estruturante para o fortalecimento do SUS e inspira novas práticas de integração entre ensino, serviço e comunidade.

Que esta leitura possa estimular novas parcerias, diálogos e compromissos em prol de uma formação em saúde cada vez mais humana, colaborativa e comprometida com o direito à saúde de todos os brasileiros.

Boa leitura!!!

*Felipe Proenço*

Secretário da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde  
Ministério da Saúde

## Referências

BARR, H. et al. *Interprofessional Education: Guidelines 2014*. London: Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE), 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso em: 2 fev. 2025.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.

REEVES, S. et al. *Interprofessional teamwork for health and social care*. 2. ed. Oxford: Wiley-Blackwell, 2017.





# APRESENTAÇÃO

Este livro é fruto da parceria entre o Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) e a Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS), e nasceu do desejo pulsante dos organizadores de ampliar e fortalecer a discussão sobre o trabalho e a educação interprofissional em saúde, diante da necessidade de valorizá-la e incorporá-la ao percurso formativo e ao processo de trabalho dos trabalhadores e trabalhadoras que fazem o Sistema Único de Saúde (SUS) acontecer.

O trabalho interprofissional está presente desde o início do processo de construção do SUS, nos anos 1980, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira. O SUS, implementado com base na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, adota uma concepção ampliada de saúde cujos determinantes e condicionantes incluem a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (Brasil, 1990). Esta abordagem remete à integralidade da saúde, cuja complexidade requer práticas de saúde interprofissionais. Estas, por sua vez, requerem formação dos profissionais e educação interprofissional, dada a relação recíproca entre as práticas sociais de atenção à saúde e de educação na saúde. No contexto de fortalecimento do SUS constituíram-se o PROFSAÚDE e a ReBETIS.

O PROFSAÚDE e a ReBETIS nasceram em 2016, seguindo trajetórias próprias, mas com objetivos comuns: qualificar profissionais de saúde, aprimorar a atenção à saúde, além de fortalecer e consolidar a rede do SUS. Essa convergência deu origem, posteriormente, no ano de 2024, a uma parceria significativa e frutífera.

O PROFSAÚDE é um programa de mestrado em rede nacional, criado como uma estratégia de formação que visa atender à expansão da graduação e pós-graduação no país, bem como à educação permanente de profissionais de saúde com base na consolidação de conhecimentos relacionados à Atenção Primária em Saúde (APS) e a Saúde da Família.

Os profissionais de saúde do SUS, enquanto mestrandos do PROFSAÚDE, são estimulados a refletir criticamente sobre suas experiências, seus campos/territórios de atuação, construindo saberes que articulam teoria e prática e impulsionam a melhoria do cuidado à saúde na comunidade. O programa valoriza o diálogo, escuta e respeito à pluralidade de sujeitos e territórios, formando profissionais crítico-reflexivos, capazes de atuarem de forma integrada e colaborativa na saúde.

A ReBETIS foi criada com o objetivo de fortalecer as discussões em torno dos princípios da educação e do trabalho interprofissional em saúde, como componentes que integram as premissas do processo de reorientação da formação e da atenção à saúde, alinhadas e comprometidas com as necessidades de saúde da população e com a luta para a consolidação do SUS.

Precedendo a criação da ReBETIS, em 2015, foi realizado, sob coordenação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), o I Colóquio Internacional de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde. Acompanhando o crescimento do interesse sobre a educação interprofissional em todo o mundo e percebendo a relevância desse debate para a realidade brasileira, um grupo de pesquisadores amadureceu a proposta de realização de um evento para aprofundar e sistematizar essa discussão e dar visibilidade às pesquisas e estudos que começavam a se ampliar no país.

Por se tratar do primeiro evento sobre a educação e o trabalho interprofissional como tema central, optou-se por oportunizar a relevância e interface da temática nas diversas políticas de reformas do modelo de atenção e de formação em saúde do Brasil. As apresentações abordaram iniciativas de

formação dos profissionais de saúde orientadas pela interprofissionalidade ou potentes para a adoção dos fundamentos da educação interprofissional e colaborativa; políticas de saúde brasileiras que avançavam na perspectiva do trabalho interprofissional e das práticas colaborativas; socialização de resultados de pesquisas brasileiras sobre educação e trabalho interprofissional; e discussão de uma agenda de compromissos que visavam fortalecer essa agenda no Brasil.

Com certeza, este I Colóquio Internacional de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (CIETIS)<sup>1</sup>, pode ser considerado um marco ao debate nacional das políticas de Educação e de Saúde. Muitos dos participantes deste evento colaboraram no desenvolvimento da ReBETIS e do PROFSAÚDE.

O debate sobre educação e trabalho interprofissional no PROFSAÚDE foi fortalecido nos últimos anos pela parceria com a ReBETIS, que desempenhou um papel estratégico. Dessa parceria, surgiu a ideia de contribuir com a 4<sup>a</sup> Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (4<sup>a</sup>CNGTES) por meio de uma conferência, a I Conferência Livre Nacional de Interprofissionalidade (CLNI), com o tema que deu origem ao nome deste livro: *“Estratégias para o fortalecimento da educação e do trabalho interprofissional no SUS”*, ocorrida no dia 20 de agosto de 2024, transmitida pelo canal da TV Abrasco.

A I CLNI, contou com 175 participantes e objetivou debater estratégias para o fortalecimento da educação e do trabalho interprofissional na produção da saúde e do cuidado das pessoas que fazem o SUS acontecer, e elaborar propostas para que a educação e o trabalho interprofissional fossem organicamente discutidas e integradas na 4<sup>a</sup>CNGTES, realizada pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2024.

A conferência gerou dois importantes desdobramentos. O primeiro foi a participação de dois delegados na 4<sup>a</sup> CNGTES, que levaram as diretrizes e propostas da I CLNI para apresentação e debate. O segundo se materializa neste livro, cujo objetivo é divulgar as diversas experiências de pesquisa e

---

<sup>1</sup> Cyrino, A.P.P.; Costa, M.V.; Ribeiro, A.C. R.C.; Nunes, L.C.; Santos, L.C.(org). *A Educação e o trabalho interprofissional na promoção da equidade nas redes de atenção à saúde*. São Paulo : Cultura Acadêmica, 2024. 240 p.

intervenção desenvolvidas pelas duas redes, em diferentes cenários e contextos, voltadas ao fortalecimento da educação e do trabalho interprofissional na produção da saúde e do cuidado das pessoas que fazem o SUS acontecer.

Esta obra é feita de muitas mãos, mas há presenças que se impõem pelas suas marcantes trajetórias, Marina Peduzzi e Sylvia Helena Souza da Silva Batista são duas dessas presenças, reconhecidas por serem referências no tema, cujas contribuições enriquecem profundamente esta obra.

Marina Peduzzi é uma grande referência. Destaca-se como pesquisadora e é uma das pioneiras no tema da educação e trabalho interprofissional em saúde no Brasil, com vasta produção acadêmica voltada para a gestão do trabalho e educação na saúde, trabalho em equipe, educação interprofissional, trabalho em saúde, trabalho em enfermagem e ocupações em saúde. É professora associada sênior da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e coordena o grupo de pesquisa “Gestão e Educação em Saúde e Enfermagem na Perspectiva Colaborativa Interprofissional”.

Sylvia Batista é outra grande referência brasileira no campo da educação e do trabalho interprofissional em saúde. Ela tem contribuído para a consolidação da interprofissionalidade como eixo estruturante da formação em saúde e como prática essencial para o fortalecimento do SUS. Sua trajetória tem vasta produção acadêmica sobre formação docente em saúde, ensino e aprendizagem na formação na saúde e educação interprofissional em saúde. É professora titular da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).

O livro está organizado em duas partes. A primeira parte, intitulada “Educação interprofissional na formação em saúde: caminhos, estratégias e políticas”, é formada por dez capítulos que versam sobre a formação, o ensino e os processos pedagógicos voltados à educação interprofissional, a partir da análise curricular, de políticas, metodologias e experiências formativas. A segunda parte, intitulada “Experiências e práticas interprofissionais no SUS: saberes em ação”,

é composta por sete capítulos que apresentam relatos, experiências e reflexões sobre o trabalho colaborativo em diferentes contextos e serviços de saúde.

O primeiro capítulo, da primeira parte, aborda o processo de implantação de uma disciplina de educação interprofissional nos cursos da área da saúde em uma universidade pública, sob a ótica discente. Esse movimento de romper com modelos tradicionais e fragmentados de ensino, propõe novas formas de aprender e atuar em saúde, a transição de uma formação uniprofissional para uma aprendizagem colaborativa, fortalecendo a identidade interprofissional e o trabalho em equipe que gera mudanças nos modos de trabalho e na saúde das pessoas.

O segundo capítulo explora a percepção de docentes de uma universidade pública sobre a Educação Interprofissional, tendo como pano de fundo o cenário atual da formação em saúde no Brasil, majoritariamente uniprofissional e fragmentada. Desta forma, evidencia que a mudança de paradigma transcende a dimensão pedagógica, exigindo, além da qualificação docente para a educação interprofissional, transformações institucionais e culturais que favoreçam práticas integradoras, colaborativas e comprometidas com o fortalecimento do SUS.

O terceiro capítulo consiste em uma análise documental sobre o trabalho e educação interprofissional nas políticas públicas de saúde, considerando que a incorporação do tema e a forma como ele consta nos documentos do Ministério da Saúde exerce influência na (re)organização dos processos de trabalho e formação em saúde, além de revelar as tensões e os limites frente aos desafios que permeiam o ensino e o trabalho em saúde.

O quarto capítulo explora o Projeto Político-Pedagógico de um Programa Integrado de Residências em Saúde da Família. Os autores investigaram como as diretrizes do SUS e os fundamentos teóricos, conceituais e metodológicos da Educação Interprofissional estão incorporados à proposta pedagógica, visto que é fundamental alinhar a formação às necessidades do SUS, fortalecer práticas colaborativas entre diferentes profissões de saúde e assegurar estratégias efetivas.

O quinto capítulo apresenta uma análise das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de sete cursos de formação da área da saúde de uma universidade pública, contemplados no projeto PET-Saúde Interprofissionalidade, como forma de verificar se estão alinhadas aos domínios da educação interprofissional ou se permanecem restritas à uniprofissionalidade e fragmentação. Essa análise é fundamental, pois as DCNs orientam a formação, e ainda que não sejam por si só, determinantes para a consolidação da prática interprofissional, o ideal é que estejam alinhadas, de modo a favorecer processos formativos integrados e colaborativos.

O sexto capítulo explora o processo de adoção da Educação Interprofissional em Saúde como eixo formativo em uma instituição de ensino superior, a partir de um plano institucional composto por cinco eixos: mapeamento curricular, reforma pedagógica, desenvolvimento docente, estruturação de cenários interprofissionais e produção de evidências. Esta experiência é relevante ao mostrar as potencialidades e desafios na consolidação da educação interprofissional em saúde.

O sétimo capítulo se propôs a analisar como estratégias metodológicas de ensino-aprendizagem podem favorecer pequenos grupos interprofissionais a fortalecerem o caráter e a identidade interprofissional e a trabalharem de forma colaborativa. O estudo identifica também desafios à consolidação da Educação Interprofissional, como currículos fragmentados, recursos institucionais limitados e formação insuficiente de docentes.

O oitavo capítulo apresenta a experiência de um estágio curricular obrigatório na Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia para o desenvolvimento da Educação Interprofissional. A vivência de imersão dos estudantes em territórios do SUS favorece a integração ensino-serviço-comunidade, essencial para formar profissionais mais sensíveis às realidades locais, o aprendizado colaborativo e o fortalecimento das práticas interprofissionais.

O nono capítulo explora o processo de adoção da educação interprofissional em saúde na residência multiprofissional em saúde de uma universidade pública federal, na perspectiva dos residentes. A experiência destaca

a importância do desenvolvimento docente e dos espaços coletivos de reflexão para sustentar práticas interprofissionais e reafirma o potencial das residências como cenários estratégicos para a formação crítica e colaborativa no SUS.

O décimo e último capítulo da primeira parte, consiste em um relato de experiência da implementação de ferramentas de formação e trabalho interprofissional, a partir da análise documental, relato de experiência de docentes e egressos nos cursos de graduação e de pós-graduação *lato sensu*, de uma universidade pública no interior amazônico. A experiência destaca-se pela relevância em meio às desigualdades regionais que atravessam a formação em saúde no Brasil, onde persistem desafios estruturais e de sustentabilidade, evidenciando a urgência de políticas que enfrentem as assimetrias regionais e ampliem o apoio a iniciativas interprofissionais em contextos interioranos e de baixa densidade populacional.

O décimo primeiro capítulo explora como o aleitamento humano pode atuar como eixo integrador do trabalho interprofissional na APS, a partir de um estudo qualitativo realizado em uma Unidade Básica de Saúde que analisa as interações e as práticas dos profissionais. Os resultados revelam potencialidades e desafios e reforçam o papel da Educação Permanente em Saúde como estratégia para fortalecer o trabalho colaborativo, superar os desafios e promover um cuidado integral e centrado nas famílias.

O décimo segundo capítulo se propõe a analisar o impacto dos Projetos de Intervenção (PI) na Atenção Básica, investigando sua contribuição para o fortalecimento da Prática Interprofissional Colaborativa, a partir de uma pesquisação que envolveu preceptores do PET-Saúde Interprofissionalidade de um município. Essa análise é importante porque os Projetos de Intervenção funcionam como espaços concretos de integração entre ensino, serviço e comunidade, impulsionando o desenvolvimento de competências colaborativas que impactam na organização dos serviços, processo de trabalho e atenção à saúde.

O décimo terceiro capítulo versa sobre a organização das equipes de saúde bucal de um município no período pós-pandemia de covid-19,

considerando que muitos profissionais de saúde bucal ainda não participam da rotina de planejamento e organização do trabalho das Equipes de Saúde da Família. Durante a pandemia houve uma (re)organização do trabalho das equipes, destacando a ampliação de práticas interprofissionais. O estudo revela avanços e desafios, ressaltando a importância de reavaliar as condições de trabalho e promover transformações estruturais que favoreçam a continuidade das práticas colaborativas.

O décimo quarto capítulo aborda a organização do trabalho interprofissional em centros de atendimento a pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) na pandemia de covid-19, destacando os desafios acentuados pela pandemia e o papel central do SUS no cuidado às pessoas com TEA. Desta forma, os autores reforçaram a importância da Educação Interprofissional como estratégia essencial para integrar saberes, fortalecer a rede de atenção e promover o cuidado integral, superando a fragmentação do cuidado.

O décimo quinto capítulo consiste em um relato de experiência que apresenta as vivências de docentes e mestrandos do PROFSAUDE, graduandos de enfermagem e residentes em saúde da família na Relatoria de uma Conferência Estadual de Saúde. Os participantes organizaram o evento, analisaram propostas dos municípios e discutiram propostas sobre equidade, interseccionalidade e interprofissionalidade, fortalecendo o diálogo entre princípios do SUS e práticas de defesa de políticas públicas.

O décimo sexto capítulo relata e analisa a experiência de preceptoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, evidenciando seu potencial formativo e contribuição para o fortalecimento da APS. As residências, enquanto espaços de integração ensino-serviço-comunidade, possibilitam que os residentes desenvolvam ações interprofissionais que promovem aprendizagem crítica, fortalecem a APS e formam profissionais aptos a atuar de maneira colaborativa, sensível às necessidades do território e alinhados aos princípios do SUS.

O décimo sétimo capítulo aborda como farmacêuticos da APS atuantes em Unidades de Saúde da Família percebem e vivenciam o trabalho colaborativo

nas equipes. Essa análise é importante por revelar que os farmacêuticos possuem capacidade e intenção de atuar de forma interprofissional, mas a consolidação dessa prática depende de mudanças institucionais, educação permanente e reconhecimento do seu papel no cuidado.

Esta obra representa o compromisso ético e institucional das duas redes com o fortalecimento e consolidação do SUS, buscando dar visibilidade à educação e ao trabalho interprofissional, capilarizar e aprofundar diálogos e apresentar estratégias que contribuam para a melhoria da formação em saúde e dos processos de trabalho. Valorizamos a interprofissionalidade e o trabalho colaborativo como meios de impactar a resolutividade e centralidade no cuidado às pessoas.

Contudo, cabe destacar que a colaboração interprofissional, no bojo das práticas de saúde e de educação, requer o olhar e a reflexão críticos que oferecem resistência a redução dos trabalhadores de saúde a meros colaboradores. Os profissionais de saúde enquanto trabalhadores são portadores tanto de direitos e deveres, como de saberes específicos de cada área e comuns do campo da saúde e saúde coletiva, os quais fundamentam suas ações, interações sociais e comunicação com usuários dos serviços de saúde, famílias e população dos territórios.

Nesse cenário, a Educação Interprofissional deve ser incorporada e fortalecida como princípio formativo central para preparar profissionais de saúde capazes de atuar de maneira colaborativa no SUS. O desenvolvimento de competências interprofissionais é necessário em todos os níveis de formação: técnica, graduação, pós-graduação (residência, mestrado e doutorado, profissional e acadêmico) e educação permanente.

Conclamamos ao reconhecimento da indissociabilidade entre educação e trabalho interprofissional, destacando a integração ensino-serviço-comunidade como fundamental para reorientar a formação em saúde e transformar o modelo de atenção vigente. Destacamos, ainda, que a incorporação da Educação Interprofissional nas Diretrizes Curriculares Nacionais e em documentos orientadores interministeriais é fundamental

para orientar e fortalecer sua adoção nos currículos e programas de formação, favorecendo processos educativos integrados, colaborativos e centrados na prática e nas reais necessidades das pessoas no território do SUS.

bell hooks<sup>2</sup> (2019, p. 9) nos disse: “Eu ficava admirada por livros poderem oferecer pontos de vista diferentes, por palavras em uma página poderem me transformar e me mudar, alterar minha mente”.

Desejamos que esta obra-livro, ao trazer experiências e saberes diversos e plurais, ofereça referência e motivação para aprofundar o conhecimento, a prática e a valorização da educação e do trabalho interprofissional no SUS. Que esta obra-livro possa alterar mentes, corações, fazeres cotidianos na direção da equidade, inclusão, democracia e justiça.

Boa leitura!

*Os organizadores*

---

<sup>2</sup> hooks, bell. *E eu não mulher?* Mulheres negras e feminismo. 1 ed. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 2019.

# **PARTE 1**

**EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA  
FORMAÇÃO EM SAÚDE: CAMINHOS,  
ESTRATÉGIAS E POLÍTICAS**



# CAPÍTULO 1

## CAMINHOS DA FORMAÇÃO COLABORATIVA: PERSPECTIVA DISCENTE DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE

Lélia CápuaNunes  
Lauisa Stefany Gonçalves Nunes  
Laura Almeida Oliveira  
Luísa Fernandes Bicalho  
Eliana Goldfarb Cyrino

### 1. Introdução

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação da área da saúde, em consonância com o compromisso do Sistema Único de Saúde (SUS) em ordenar a formação em saúde (Brasil, 1988), visam garantir a formação de profissionais capazes de atuar com qualidade, autonomia e comprometimento com a integralidade e a humanização da atenção a indivíduos, famílias e comunidades (Brasil, 2001). Nesse cenário, políticas públicas e programas educacionais passaram a desempenhar papel estratégico na indução de mudanças formativas nas Instituições de Ensino Superior (IES).

Entre esses programas, destaca-se o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que buscou fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade e a qualificação do cuidado em saúde (Brasil, 2008). Especialmente, o PET-Saúde/GraduaSUS propôs ações sustentadas por três eixos: mudança curricular, fortalecimento da formação docente e da preceptoria e adoção de metodologias de ensino-aprendizagem centradas nas necessidades do SUS (Brasil, 2015).

Essas diretrizes favoreceram o desenvolvimento da Educação Interprofissional (EIP), que se consolidou como um importante eixo formativo. A EIP ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem entre si, com e sobre os outros, com o objetivo de desenvolver competências colaborativas e fortalecer a atuação em equipe nos serviços de saúde (OMS, 2010; Reeves, 2016). A aprendizagem interprofissional visa, portanto, superar o modelo tradicional uniprofissional, promovendo a integração de saberes e práticas que dialogam com a complexidade do cuidado no SUS.

No Brasil, a incorporação da EIP nas políticas públicas de saúde foi acompanhada de avanços normativos, como a inserção do trabalho em equipe e da atuação colaborativa nos princípios norteadores das DCNs dos cursos da área da saúde (Brasil, 2017). Essas diretrizes apontam para uma formação pautada pela integralidade do cuidado, pelas redes de atenção à saúde e pela defesa dos princípios do SUS.

Nesse contexto, torna-se necessário, além de implementar transformações curriculares nas IES, investigar e compreender seus processos e resultados. O estudo de experiências inovadoras permite identificar fatores intervenientes em mudanças formativas efetivas, sobretudo em ambientes ainda marcados por práticas pedagógicas tradicionais e culturas institucionais pouco integradas. A análise dos impactos dessas iniciativas torna-se ainda mais relevante em *campi* de expansão de universidades federais, criados no âmbito de políticas como o Programa de Apoio à Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) e que assumem o desafio de interiorizar o ensino superior com qualidade e responsabilidade social (Brasil, 2007).

Assim, o objetivo do presente estudo<sup>1</sup> foi analisar uma experiência de implantação de uma disciplina interprofissional em um *campus* de expansão. Neste recorte, propõe-se analisar a vivência discente a partir da compreensão de que a disciplina representa, além de um impacto na estrutura curricular dos cursos da área da saúde da IES analisada, um movimento político-pedagógico

---

1 Este capítulo é produto da tese de doutorado intitulada “Implantação de uma disciplina interprofissional em um campus de expansão: contribuições para a formação discente e o desenvolvimento docente”, defendida no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista.

de ruptura com modelos tradicionais e de afirmação de uma nova forma de pensar e realizar o ensino na saúde.

## **2. Desenvolvimento**

### **2.1. Método**

Foi realizado um estudo de caso baseado na modalidade da pesquisa-ação, qualitativo.

A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social, concebida e realizada em associação com uma ação ou resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (Thiollent, 2011). No caso específico, foi realizada uma análise sobre o processo de implantação de uma disciplina interprofissional, idealizada e criada a partir da reflexão coletiva docente induzida pelo PET-Saúde/GraduaSUS, no sentido de gerar transformações de impacto na formação superior na área da saúde.

O cenário foi uma universidade federal criada por meio do REUNI em 2012, situada na região leste de Minas Gerais. A IES oferece seis cursos da área da saúde: educação física, farmácia, fisioterapia, nutrição, medicina e odontologia. Os cursos foram criados como extensão de vagas, reproduzindo em seus currículos, portanto, o modelo tradicional de ensino, centrado em disciplinas e caminhando do ciclo básico ao clínico. No recorte da pesquisa apresentado neste capítulo, os participantes foram os estudantes da área da saúde que cursaram a disciplina.

A disciplina interprofissional foi construída por meio de processo colaborativo, integrando diferentes cursos da área da saúde. Ela era semestral, de caráter eletivo/optativo, e contemplava carga horária de 45 horas, divididas entre atividades em sala centradas em metodologias ativas e no cenário da Atenção Primária à Saúde (APS), centradas no diagnóstico e na ação de educação em saúde. Além disso, envolvia a clínica e a saúde coletiva, com avaliação centrada em portfólio e autoavaliação. Ela foi desenvolvida incorporando educação

em saúde, cooperação entre saberes e construção coletiva de estratégias de cuidado, aproximando a universidade das necessidades territoriais e do SUS.

Foram realizadas a triangulação de dados e a triangulação metodológica, com base nas informações provenientes dos métodos e técnicas da observação participante, grupo focal e da análise documental (Denzin, 2009; Flick, 2009). A observação participante ocorreu entre o início e o fim da implantação da disciplina, com registros contínuos e detalhados no diário de campo (Pinto, 1981 *apud* Falkembach, 1987).

O grupo focal ocorreu ao final do primeiro semestre da disciplina, orientado por tópicos guias que versaram sobre a experiência com foco na EIP e na formação em saúde. Os tópicos foram elaborados com base em leitura crítica da literatura, reconhecimento do campo, diálogo com colegas experientes e pensamento criativo (Gaskell, 2002). A técnica foi conduzida em ambiente não direutivo, com duração inferior a uma hora e meia, moderação da pesquisadora e presença de dois observadores/relatores atentos à comunicação verbal e não verbal (Boní; Quaresma, 2005; Minayo, 2010). As sessões foram gravadas em áudio, e as falas transcritas posteriormente.

Foram também incluídos na análise materiais produzidos pelos estudantes e/ou docentes, como estudos dirigidos, portfólios e fotografias.

As informações do grupo focal foram analisadas por meio da análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2016), em três etapas: (1) pré-análise, com leitura flutuante; (2) exploração do material, com codificação por temas e categorização dos núcleos de sentido; e (3) tratamento e interpretação dos resultados. Os dados provenientes da observação participante e demais materiais foram incorporados às análises, contribuindo para a aproximação à realidade do objeto de estudo e para o diálogo com a literatura. Os resultados foram discutidos com base nos marcos teórico-conceituais sobre EIP, bem como nas sistematizações de experiências similares.

Para preservar a identidade dos sujeitos, em conformidade com os princípios éticos da pesquisa (Minayo; Guerriero, 2014), os nomes dos

participantes foram substituídos por nomes fictícios, todos caracterizados como mulheres.

O presente trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora e aprovado sob parecer nº 2.158.217 (CAAE 58701316.6.0000.5147). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## 2.2. Resultados e discussão

A experiência permitiu às estudantes a aproximação entre as formações em saúde e o desenvolvimento da competência de trabalho em equipe por meio da adoção de metodologias ativas e a conformação de grupos interprofissionais. As metodologias ativas favoreceram a interatividade, considerada característica importante para tornar a experiência mais estimulante e contribuir para maior nível de aprendizado e, portanto, para a EIP (Reeves, 2016).

Na análise, emergiram duas categorias: “A aproximação entre as formações em saúde da Universidade e a percepção sobre trabalho interprofissional” e “O desenvolvimento da competência de trabalho em equipe”.

### A aproximação entre as formações em saúde da Universidade e a percepção sobre trabalho interprofissional

As estudantes, previamente à participação na disciplina, conviviam de forma intercurso em projetos de extensão, monitoria e pesquisa, em situações pontuais de visitas técnicas ou nas competições em jogos. As graduações ocorriam isoladamente, e a interação entre os estudantes restringia-se ao conteúdo técnico sem intencionalidade de aperfeiçoar a colaboração no trabalho em equipe, o que representava ausência de EIP (Francisco; Nuin, 2019).

A minha experiência [...] de dividir sala com outro curso não é boa não, viu? Todas as vezes que a gente faz matéria com outro curso, normalmente é assim oh: é um curso aqui e outro curso ali que senta, não tem interação,

você não sabe o nome de ninguém, não sabe nem o rosto da pessoa. E tipo, a gente está em outra realidade, totalmente diferente. (Mariana)

“Na graduação, é mais difícil ter esse contato assim. Geralmente quanto tem assim é rivalidade, competição em jogos [...] é, os jogos... mas é um contra o outro.” (Josi)

A oportunidade de conhecer os diferentes papéis das profissões da saúde no cuidado em saúde e trocar conhecimentos contribuiu para mudança da perspectiva sobre a futura atuação profissional.

Se eu tiver que trabalhar com outros profissionais, vou conseguir ouvir melhor [...]. Todo mundo tem que entrar em um consenso sobre aquele mesmo assunto, igual, por exemplo, eu como farmacêutica, se eu detectar que tal medicamento não está adequado pra aquele paciente, eu não vou virar e falar assim “eu como farmacêutica acho que tá errado”, não, eu vou virar e vou perguntar: “[nome da estudante de medicina], você concorda comigo que isso, isso, isso e tal?” Ou... “[nome da estudante de farmácia], você tem a mesma opinião como farmacêutica que eu?” Isso eu acho que consegui perceber muito aqui, a minha diferença de tudo que eu tava vindo da graduação aí eu fui exposta a uma coisa totalmente diferente e eu percebi que isso mudou. (Cris)

Teve uma aula que falava [...] em que cada um tinha que dar sua contribuição sobre o seu curso, e aí eu pude ver, por exemplo, a importância da nutrição com a odontologia, algo que eu nunca tinha conseguido ver antes. Porque, se a gente for ver, uma é dependente da outra, porque não adianta nada, igual no caso eu acho que o paciente, ele era edêntulo, e aí eu propus, na minha área como odontologia, fazer uma reabilitação. Mas aí depois eu fui pensar, como eu vou propor uma reabilitação sendo que esse paciente já não tá conseguindo se alimentar? Então, a gente tem que mudar a dieta dele primeiro, pra ele mesmo sem possuir os dentes conseguir alimentar, pra depois, quando ele tiver uma prótese, conseguir adaptar também a essa alimentação. A partir daí eu pude ver uma relação muito existente entre a odontologia e a nutrição. (Gabriela)

O reconhecimento da importância do trabalho em equipe e aprendizado para a futura prática profissional também foi relatado entre estudantes de psicologia que vivenciaram a EIP (Souto; Batista; Batista, 2014). De forma complementar, estudo realizado entre estudantes noruegueses demonstrou que o trabalho em grupo em módulos de EIP contribuiu para ampliação da compreensão de outras competências profissionais e fortalecimento das identidades profissionais e interprofissionais (Haugland; Brenna; Aanes, 2019).

Esses resultados fortalecem a ideia de estabelecer estratégias educacionais que melhorem a colaboração, juntamente com o desenvolvimento das habilidades específicas das profissões, visando constituir uma força de trabalho altamente qualificada e proativa, centrada na saúde das pessoas e comunidades (McPherson; Headrick; Moss, 2001). A constatação da limitação da ação quando executada de forma uniprofissional, assim como a ampliação dos referenciais com que o profissional de saúde comprehende sua atividade profissional encontram-se relacionados ao cuidado integral em saúde (Ceccim, 2010).

Na perspectiva pedagógica, ao solucionarem problemas, as estudantes têm uma imagem da decisão que seria tomada caso estivessem no exercício da profissão, por meio do exercício dos pensamentos indutivo (a partir de conexões entre os fatos) e dedutivo (a partir de noções gerais e informações científicas) (Anastasiou, 2017). Esses processos devem ser sistematizados para questões da área de formação (Anastasiou, 2017).

## **O desenvolvimento da competência de trabalho em equipe**

Em processo de autoconhecimento, por uma autorreflexão transversal aos conteúdos ministrados, as discentes desenvolveram habilidades de escuta qualificada e de postura ativa e segura na tomada de decisões de forma compartilhada em benefício do cuidado da pessoa. Isso fortaleceu a relação dialógica na equipe.

“Eu achei importante mesmo esse trabalho em equipe, como vai ser mesmo no dia a dia do nosso trabalho. É... você ter espaço pra escutar o outro e também pra se colocar. Eu achei muito importante o diálogo que a gente desenvolveu entre a gente.” (Josi)

Eu percebi que, como profissional, o que me desenvolveu mais foi a capacidade de ouvir o colega, [...] não é só a minha opinião que conta, é a opinião da equipe, então por mais que você às vezes não concorde você tem que abrir mão, porque você quer um bem maior, que é manter a equipe, e um bem final que é a saúde do paciente. Então, às vezes a gente tem que aprender a ceder. (Cris)

“Por exemplo, se uma equipe não se dá bem, vai influenciar na saúde do paciente, porque tem que ter uma comunicação [...]. Eu vi que eu tenho que falar e eu tenho que ouvir o outro e é importante no trabalho em equipe.” (Rafaela)

Semelhante a este resultado, as possibilidades de aprender a lidar com as diferenças, de vivenciar confrontos e de trocar ideias com estudantes de outras profissões foram percebidas por estudantes de uma universidade com currículo orientado nos princípios da EIP (Souto; Batista; Batista, 2014). Ainda, foi demonstrado em um estudo realizado a partir de revisões sistemáticas de EIP que o desenvolvimento de habilidades de colaboração ou comunicação pelos estudantes esteve relacionado a mudanças positivas no conhecimento e habilidade para a colaboração interprofissional (Reeves, 2016).

Destaca-se que, além da promoção da consciência dos papéis dos membros da equipe, a EIP deve permitir que os estudantes reconheçam e valorizem as diferenças decorrentes da prática dos demais profissionais da saúde (McPherson; Headrick; Moss, 2001).

Entre os seis domínios de competências descritos por Orchard e Bainbridge (2016) considerados essenciais para a prática colaborativa, estão incluídas a comunicação interprofissional – que deve ser pautada na interação, na escuta, no respeito e no apoio a decisões compartilhadas, entre outros – e a resolução de conflitos interprofissionais – relacionada à habilidade para lidar

com divergências de opiniões de forma construtiva e estabelecer um ambiente seguro para expressar percepções divergentes, entre outros. A disciplina configurou aprendizado nesse sentido, demonstrando deslocamento discente na aquisição de competências para o trabalho interprofissional.

As discentes refletiram e modelaram suas personalidades para aperfeiçoar o relacionamento interpessoal, na compreensão de que o resultado do trabalho em equipe seria responsabilidade de todas.

No final das contas [...] não precisa ter medo do resultado. O resultado não vai ser só responsabilidade minha, vai ser de todo mundo. Então, é uma coisa que não é só eu que tenho que assumir a responsabilidade de carregar o trabalho em equipe. Por mais que eu esteja preocupada, por mais que eu queira o melhor sempre, a responsabilidade não é só minha, então eu aprendi isso, a dividir mais as responsabilidades. (Cris)

Eu aprendi também que eu preciso dar oportunidade pra algumas pessoas, que elas também são capazes de ter liderança, também são capazes de fazer um trabalho bacana, e não ter medo do resultado. [...] Foi realmente uma autoavaliação, parar e olhar e falar: “Pera aí que você não é isso tudo não. Dá uma desacelerada aí que você precisa olhar pro outro e respeitar também”. (Sara)

A valorização do outro como parceiro na construção do conhecimento, a partir de uma relação baseada no respeito pelas diferenças, diálogo, comprometimento e responsabilidade são componentes essenciais da EIP que contribuem para a negociação na tomada de decisões, o compromisso na solução de problemas e, consequentemente, o aprendizado do trabalho em equipe (Batista, 2012). A experiência da EIP concorre para a desconstrução do imaginário tradicional, a partir do reconhecimento da atuação em campo e núcleo de práticas no trabalho em equipe colaborativo, retirando limites e interseccionando conhecimentos e habilidades das categorias profissionais no atendimento às necessidades de saúde e em ações de proteção e promoção (Ceccim, 2021).

Nesse sentido, a relação horizontalizada entre as docentes e discentes e a adoção da avaliação formativa possibilitaram dialogar com os grupos sobre o rodízio de papéis em prol do aperfeiçoamento pessoal e profissional das estudantes. Essa troca contribuiu para o desenvolvimento de liderança e segurança nos posicionamentos na equipe.

E não foi tipo assim um arquivo só uma pessoa faz, foi cada um complementando, e foi muito bacana porque aí no segundo portfólio fui eu e a [nome da estudante] que ficamos responsáveis. Foi muito legal, que a gente é mais introspectiva, foi bom que a gente conseguiu desenvolver uma liderança, que a gente mostrou que a gente é capaz. (Rafaela)

Eu aprendi a me posicionar mais, algo que realmente não esperava que eu fosse ter aqui nessa disciplina. [...] Eu consegui [...] liderar aquela segunda atividade, eu me senti meio que na responsabilidade. [...] E aí foi que eu aprendi a ter esse papel de liderança [...]. A gente tem que impor nossa opinião também, a gente também tem que mostrar o nosso ponto de vista. (Gabriela)

Uma ação docente relacional, visando ampliar a consciência e o conhecimento na construção do sujeito, torna-se relevante por promover uma construção pedagógica a partir da relação imprescindível entre os saberes diferenciados dos professores e estudantes (Anastasiou, 2017). A educação reflete a estrutura de poder, portanto um educador dialógico tem dificuldade de atuar de forma coerente em uma estrutura que nega o diálogo (Freire, 1987). Porém, em uma educação na qual o educador sabe com os educandos enquanto os educandos sabem com ele, numa atuação como companheiro dos educandos, o educador encontra-se a serviço da libertação (Freire, 1987).

Com isso, acredita-se que a relação horizontalizada tenha potencial de estimular e/ou promover relações de confiança entre professores e estudantes e entre os estudantes, ação que contribui para a aprendizagem interprofissional e a construção de um satisfatório trabalho em equipe (Diggele *et al.*, 2020).

### **3. Considerações finais**

Na vivência da disciplina interprofissional, as discentes compartilharam papéis e compreenderam a atuação das diferentes profissões no cuidado em saúde. As estudantes também desenvolveram competência de trabalho em equipe a partir do aprimoramento de habilidades interpessoais, da tomada de decisões compartilhada, do diálogo na resolução de conflitos e da postura ativa.

A proposta formativa evidenciou o potencial da EIP para a formação em saúde e promoveu ampliação das possibilidades de aprendizado e transformação nas perspectivas sobre o cuidado em saúde, tanto em relação à atuação profissional quanto ao próprio processo de formação universitária. Dessa forma, a experiência reafirma a importância da EIP durante a graduação na área da saúde como prática integrada ao cotidiano formativo.

As análises evidenciaram que a inserção da EIP nos currículos da área da saúde representa um caminho para consolidar propostas formativas mais sensíveis às necessidades sociais e de saúde, alinhadas com princípios e diretrizes do SUS. Essa proposta formativa se mostra capaz de ultrapassar a lógica fragmentada, conectando-se à realidade dos territórios e à complexidade do cuidado em saúde.

### **Referências**

ANASTASIOU, L. G. C. Importância do ser professor: inclusão de novas metodologias para melhoria da qualidade do ensino. In: TANAKA, E. E. et al. (org.). *Experiências inovadoras de metodologias ativas*: PASEM/MERCOSUL. Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2017. p. 62-121.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.

BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, Rio de Janeiro, v. 2, p. 25-28, 2012.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC*, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, 2005.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. *Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001*. Estabelece as diretrizes

curriculares para os cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008*.

Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudalegis/gm/2008/pri1802\\_26\\_08\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudalegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html). Acesso em: 2 fev. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 2 fev. 2025.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. *Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007*. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI. Brasília, DF: Presidência da República, 2007. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm). Acesso em: 2 fev. 2025.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Edital nº 13, de 28 de setembro de 2015*. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde/GraduaSUS - 2016/2017. Brasília, DF, n. 186, p. 126-127, 2015. Disponível em: [https://petsaude.org.br/images/editais\\_petsaude/edital\\_2015.pdf](https://petsaude.org.br/images/editais_petsaude/edital_2015.pdf). Acesso em: 3 mar. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2017/resolucao-no-569.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2025.

CECCIM, R. B. Da fragmentação à ativação de interfaces: entrecenas no aprender e fazer saúde. In: DIAS, M. S. A.; VASCONCELOS, M. I. O (org.). *Interprofissionalidade e colaboratividade na formação e no cuidado no campo da Atenção Primária à Saúde*. Sobral: Edições UVA, 2021. p. 59-80.

CECCIM, R. B. Educação dos profissionais de saúde e compromissos públicos com a integralidade: as disposições do AprenderSUS. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. (org.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS/Uerj/Abrasco, 2010. p. 131-154.

DENZIN, N. *The research act: a theoretical introduction to sociological methods*. London: Routledge, 2009.

DIGGELE, C. et al. Interprofessional education: tips for design and implementation. *BMC Medical Education*, London, v. 20, p. 1-6, 2020. Supl. 2.

FALKEMBACH, E. M. Diário de Campo: um instrumento de reflexão. In: CONTEXTO E EDUCAÇÃO, 7., 1987, Juí. *Anais [...]*. Juí: Injuí, 1987. p. 1-6.

FLICK, U. *Desenho da pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FRANCISCO, E. I.; NUIN, J. J. B. Perfil de um programa de educação interprofissional: elementos-chave. In: NUIN, J. J. B.; FRANCISCO, E. I. *Manual de educação interprofissional em saúde*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019. p. 13-24.

- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som*. Tradução Pedrinho Guareschi. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.
- HAUGLAND, M.; BRENNAN, S. J.; AANES, M. M. Interprofessional education as a contributor to professional and interprofessional identities. *Journal of Interprofessional Care*, London, v. 39, n. 5, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31814457/>. Acesso em: 2 fev. 2025.
- McPHERSON, K.; HEADRICK, L.; MOSS, F. Working and learning together: good quality care depends on it, but how can we achieve it? *Quality in Health Care*, v. 10, p. ii46–ii53, 2001. Supl. 2. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/instance/1765751/pdf/v010p0ii46.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2025.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MINAYO, M. C. S.; GUERRERO, I. C. Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1103-1112, 2014.
- ORCHARD, C.; BAINBRIDGE, L. Competent for collaborative practice: What does a collaborative practitioner look like and how does the practice context influence interprofessional education? *Journal of Taibah University Medical Sciences*, [S. l.], v. 11, n. 6, p. 526-532, 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Redes de Profissões de Saúde. Enfermagem e Obstetrícia. Recursos Humanos para a saúde. *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: <https://untref.edu.ar/uploads/Marco%20formacion%20interprofesional%20OMS-portugues.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2025.
- REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016.
- SOUTO, T. S.; BATISTA, S. H.; BATISTA, N. A. A educação interprofissional na formação em psicologia: olhares de estudantes. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 34, n. 1, p. 32-45, 2014.
- THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.



# CAPÍTULO 2

## PERFIL E FORMAÇÃO: O DOCENTE NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Lara Maria Alves de Carvalho  
Dulcian Medeiros de Azevedo  
Adriana Gomes Magalhães  
Maurício Wiering Pinto Telles  
José Jailson de Almeida Júnior

### 1. Considerações iniciais

Não é novidade que a formação em saúde brasileira atual é uniprofissional, caracterizada pelo seu alto nível de fragmentação do conhecimento, que dificulta a compreensão sobre a integralidade do cuidado. Nas Instituições de Educação Superior, suas práticas acontecem entre estudantes da mesma profissão, existindo pouca ou nenhuma interação entre os diferentes cursos, contribuindo para um reconhecimento mínimo ou inexistente das competências específicas dos demais estudantes da saúde, além da criação e do reforço de preconceitos e estereótipos. Com isso, apesar de se reconhecer a necessidade de impor limites às profissões, a fim de se ter importantes e grandes transformações, é preciso um novo profissionalismo para que eles estejam comprometidos com o fortalecimento dos sistemas de saúde, aptos ao trabalho em equipe, bem como capazes de estabelecer novos vínculos e relações entre os usuários dos serviços de saúde (Lewgoy *et al.*, 2019; Costa; Azevedo; Vilar, 2019).

Como estratégia de formar profissionais aptos e capazes de trabalhar em equipe, a Educação Interprofissional (EIP) deve ser abordada ainda na vida

acadêmica de discentes dentro de algumas universidades a fim de tentar atingir a integralidade, preconizada pelo SUS. Segundo Reeves (2016), a EIP é caracterizada como ocasiões ou encontros nas quais sujeitos de duas ou mais profissões aprendem juntos, com o explícito objetivo de avançar na perspectiva da colaboração, tendo como prerrogativa a melhora na qualidade da atenção à saúde.

Estudos mostram que, quando os profissionais de saúde são capacitados para o trabalho interprofissional, eles tendem a ser mais bem preparados para uma atuação integrada em equipe, valorizando e respeitando as decisões do outro de forma conjunta, evitando a fragmentação da assistência, por fim, ofertando um atendimento de qualidade (Peduzzi; Agrelli, 2016). No Canadá, por exemplo, a interprofissionalidade melhorou as relações entre os trabalhadores, fortaleceu os sistemas de saúde e conseguiu reduzir sobrecarga de trabalho, melhorando a fixação e provimento dos trabalhadores, o que favoreceu a avaliação e o planejamento sob a humanização, integralidade e educação permanente em saúde (Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010).

Logo, a proposta de EIP é reconhecida pela relação de mútua influência entre atenção à saúde e educação, sendo, nesse sentido, que o SUS é interprofissional, consolidado e construído como espaço de educação profissional, atenção à saúde, gestão e controle social, tanto na dimensão ética como tecnológica, considerando as necessidades de saúde das populações (Peduzzi, 2016; Peduzzi; Agrelli, 2016).

Para tanto, é relevante lembrar da resolução Nº 569 de 8 de dezembro de 2017 (Brasil, 2017) que refere as Diretrizes Nacionais Curriculares de cursos da saúde, tendo a EIP mencionada pela centralidade nas necessidades e responsabilidades, promovendo atenção à saúde de forma contínua e integral, por meio do compartilhamento de objetivos e do seu compromisso com os resultados econômicos e sanitários. Dito isso, esse estudo refere-se a um recorte de uma dissertação de mestrado que teve como objetivo identificar a percepção dos docentes do *campus* da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) sobre EIP.

## 2. Desenvolvimento

### 2.1. Método

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa por meio de uma pesquisa de campo. A pesquisa foi realizada no *campus* da UFCG, cidade de Campina Grande, Paraíba, no período de dezembro de 2024 a março de 2025, com docentes dos cursos de enfermagem, psicologia e medicina, tendo como coleta de dados entrevistas semiestruturadas por meio dos critérios de inclusão: docentes efetivos, que faziam parte do Núcleo Docente Estruturante (NDE) ou que atuavam há pelo menos um ano. Foram excluídos docentes substitutos, afastados ou em férias.

Para análise dos dados, utilizou-se a Análise de Conteúdo conforme proposta por Bardin (2010), técnica amplamente empregada nas ciências sociais e da saúde com o propósito de sistematizar e interpretar conteúdos comunicacionais a partir de critérios objetivos e metodologicamente estruturados. Tal análise de conteúdo foi dividida em três etapas de seu processamento: 1) Pré-análise: nessa etapa, o pesquisador realiza a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação dos objetivos, das hipóteses e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final; 2) Descrição analítica: o material é submetido a um estudo aprofundado orientado pelo referencial teórico e pelas hipóteses. Procedimentos como a categorização, codificação e a classificação são indispensáveis nessa fase; 3) Interpretação referencial: a intuição e reflexão atrelada ao embasamento de materiais empíricos firmam relações de aprofundamento, unindo as conexões das ideias. Sendo nessa fase que o pesquisador, ao aprofundar suas análises, chega a resultados mais concretos em sua pesquisa (Bardin, 2010).

No que se refere aos aspectos éticos, cumpre salientar que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Ciências e Saúde do Trairi - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) por meio do parecer de nº 7.149.428, respeitando os aspectos éticos presentes na

resolução 466/12 (Brasil, 2012), que regulamenta as pesquisas realizadas com seres humanos de acordo com o Conselho Nacional de Saúde.

## 2.2. Resultados e discussão

Neste estudo, participaram dez docentes, sendo seis do curso de enfermagem, três do curso de medicina e um do curso de psicologia. As entrevistas, de caráter semiestruturado, permitiram certa flexibilidade na condução da conversa: a depender das respostas fornecidas pelos participantes, a pesquisadora direcionou a entrevista por caminhos complementares, sempre mantendo o foco no objetivo central da pesquisa. As falas foram divididas em três seções: a) Reflexões docentes: a Educação Interprofissional no contexto acadêmico; b) Da teoria à prática: como a EIP transforma a prática em saúde?; c) Perfil e formação: o docente no contexto da Educação Interprofissional, das quais a última será abordada e discutida a seguir.

A formação docente na perspectiva da EIP se constrói tanto no processo de ensino quanto nas reflexões que surgem das experiências vividas, da construção do saber e dos projetos coletivos. Ela também está ligada ao compromisso do docente com a EIP, incluindo o desenvolvimento de competências que favoreçam a flexibilidade ao trabalhar com o outro, a criatividade na criação de experiências de aprendizagem colaborativa e a intenção de atuar de forma integrada em grupos interprofissionais (Souza; Ferreira; Rossit, 2023).

Professor não é o mesmo que educador, porque enquanto professor eu estou ali repassando o que eu aprendi, mas o educador ele traz o afeto no ato de educar, ele está fazendo para muito além do que ele sabe, ele quer que o aluno dele seja maior do que ele, que o aluno avance, que possa ser um profissional que questione, que seja crítico mas que, não seja duro, e sim empático, pode trabalhar com afeto, com sentido (E3).

O perfil do docente em um contexto interprofissional vai além das competências tradicionais de ensino. Para integrar eficazmente os princípios

da EIP em sua prática pedagógica, é interessante que o docente possua características que favoreçam a colaboração, o diálogo entre diferentes saberes e a valorização da diversidade de perspectivas. O professor, ao atuar como facilitador, deve ser capaz de criar um ambiente de aprendizado seguro, onde os estudantes possam explorar e refletir sobre a interdependência entre as diversas áreas do saber. Quando indagados sobre a existência de um perfil docente para EIP, os entrevistados responderam: “Perfil profissional comprometido com o processo de formação” (E5); “Perfil que converse com os movimentos sociais, democráticos, político” (E4); “Perfil de educação pelo afeto” (E3); “Acredito que o professor não deve só gostar, como dizia Freire sobre amar os alunos, ele precisa gostar do aluno, da comunidade, porque a universidade de elite já caiu por terra há muito tempo, e hoje ela é uma universidade de massa” (E4).

O despreparo de muitos docentes para a implementação efetiva da EIP nas universidades é uma questão relevante, especialmente em campos como a saúde, em que a prática colaborativa é essencial. Essa fragilidade está frequentemente relacionada ao fato de que a formação acadêmica do docente, particularmente nos programas de mestrado e doutorado, é voltada principalmente para a pesquisa, e não necessariamente para o ensino e para a prática pedagógica. “E a pós-graduação também já está com essa discussão também, pois veja bem, a pós-graduação forma mestres, e muitas vezes mestres que não sabem fazer extensão” (E4).

Nos programas de pós-graduação, como o mestrado e o doutorado, o foco está em formar pesquisadores capazes de contribuir com novos conhecimentos em suas áreas de especialização. A ênfase recai sobre o desenvolvimento de competências científicas e metodológicas, voltadas à produção de pesquisas originais (Almeida; Pimenta, 2011). Contudo, essa formação não contempla, de maneira abrangente, os aspectos pedagógicos necessários para o ensino efetivo, especialmente em contextos que demandam práticas interprofissionais e colaborativas, como a EIP, gerando espaços doentes com profissionais fragilizados (Rodrigues *et al.*, 2018).

“No mestrado e doutorado, você é formado para ser pesquisador, e não para ser professor” (E5).

Eu sou professora e me reconheço muito nisso, mas os bastidores da docência não é tão legal, quanto ao custo da recompensa. A gente está numa instituição que produtora do saber, federal, que isso já nos confere um lugar de privilégio dentro da sociedade, mas nesse lugar de privilégio a gente também observa que tem um lugar de muita vaidade e competição (E3).

O contexto acadêmico, especialmente nas instituições de ensino superior, frequentemente molda os docentes a se tornarem figuras rígidas e competitivas, em grande parte devido à estrutura de avaliação e valorização focada na produção científica e no prestígio acadêmico. Nesse ambiente, as métricas de avaliação acadêmica, como o número de publicações, citações e financiamentos de pesquisa, acabam por se tornar os principais indicadores de sucesso. Isso cria uma atmosfera de competição entre os docentes, o que pode resultar em práticas pedagógicas individualistas e pouco colaborativas. A busca incessante por status e reconhecimento acadêmico, muitas vezes, gera um ambiente onde o sucesso é medido em termos de conquistas pessoais, e não de contribuições para o coletivo ou o desenvolvimento dos alunos (Dantas *et al.*, 2024).

E muitas vezes o professor endurecido se perde muito no papel do educador, porque não é fácil se manter num sistema que nos limita ou nos violenta de outras formas. Então, muitos colegas meus que um dia trabalharam com afeto, por questões de processos de trabalho, endureceram ou adoeceram (E3).

Essa rigidez, observada em muitos docentes, pode ser uma consequência direta do modelo tradicional de ensino, que muitas vezes se configura dentro de uma dinâmica hierárquica e de “competição intelectual”. A cultura de competição pode prejudicar a adoção de metodologias mais flexíveis e abertas, como a EIP, que exige a colaboração entre diferentes profissionais e a

capacidade de aprender uns com os outros. Quando os docentes permanecem centrados em suas próprias realizações individuais, eles podem resistir à mudança para práticas mais colaborativas, o que limita a eficácia da EIP. Nesse contexto, a flexibilidade e a abertura para o trabalho coletivo se tornam mais difíceis de alcançar, uma vez que a estrutura acadêmica está voltada para a valorização do “mérito individual”, muitas vezes às custas de uma reflexão mais profunda sobre a prática pedagógica (Santos *et al.*, 2020).

Por isso hoje eu entendo colegas que começaram motivados e hoje sucumbiram porque não é fácil se manter motivado para, em algumas instituições onde você não é reconhecido ou valorizado e sim violentado, e digo violentado sobre as micro agressões que sofremos no dia a dia. Então ser professor é um processo de se tornar vigilante de qual é seu objetivo, de estar se reinventando constantemente para que não perca o sentido (E5).

Esse cenário aponta para a necessidade de uma formação continuada e mais focada no desenvolvimento de competências pedagógicas, além da produção de conhecimento acadêmico. É necessário que as universidades ofereçam aos docentes oportunidades de capacitação em metodologias de ensino colaborativo, bem como apoio e estrutura para integrar a EIP nos currículos (Souza; Ferreira; Rossit, 2022). Para que isso seja eficaz, é crucial que os professores sejam incentivados a refletir sobre seus próprios papéis no processo de ensino-aprendizagem, sobre como suas abordagens podem ser mais integradoras, em vez de compartmentalizadas e baseadas em modelos tradicionais de ensino, a fim de superar o produtivismo acadêmico que muitas vezes o endurece.

Sobre os cursos, foi observado pela fala dos participantes que, a depender dele, a resistência docente quanto à inserção da EIP tenderá a ser menor. A área da enfermagem tem demonstrado uma maior receptividade à EIP em comparação com outras áreas da saúde, como a medicina, e corroborando com isso, diversos fatores históricos, formativos e práticos influenciam o perfil e as práticas dos profissionais dessa área.

Na área da medicina, eles ainda são muito refratários nesse sentido, eles ainda temem a EIP. Já a enfermagem é muito mais aberta, mostra com maior simplicidade a importância de outras categorias tratarem do mesmo assunto (E1).

Eu como convivo mais na área da medicina, eles nem cogitam isso, não imaginam a importância disso, e por parte da gestão, tanto no ensino como na assistência não se tem esse estímulo à prática EIP (E2).

“Sim, penso que existe essa sensibilidade para os enfermeiros. Eles sempre estão mais abertos para aprender e trabalhar esse tema em equipe” (E7).

Na formação em enfermagem, a prática pedagógica muitas vezes enfatiza o trabalho em equipe, a comunicação e a resolução de problemas de forma colaborativa, características que são essenciais para a EIP. A formação médica, por outro lado, ainda segue um modelo tradicionalmente mais centrado na autonomia do médico, com forte ênfase no desenvolvimento técnico e nas competências individuais (Santos *et al.*, 2020). Essa diferenciação na formação de enfermeiros e médicos tem impacto direto na receptividade da EIP, já que profissionais que estão mais acostumados a trabalhar em equipe tendem a adotar mais facilmente práticas interprofissionais.

Eu sou bacharel e licenciada em enfermagem, então as questões pedagógicas fazem parte da minha licenciatura de enfermagem, só que dentro da minha graduação, quando eu fui para o mestrado e doutorado em enfermagem, tinham disciplinas dentro da minha pós-graduação que facilitavam toda essa questão de desenvolvimento do docente (E3).

A formação docente é fundamental, mas ela não é suficiente por si só para garantir a efetiva implementação da Educação Interprofissional. A disposição para mudar e a abertura para repensar as práticas pedagógicas também desempenham um papel essencial nesse processo. A formação acadêmica em si,

como a graduação e pós-graduação, proporciona os conhecimentos teóricos e metodológicos necessários para os docentes abordarem a EIP, mas a mentalidade e a atitude do docente frente à prática pedagógica são igualmente determinantes. A EIP demanda dos professores uma postura de colaboração e flexibilidade nas suas abordagens, muitas vezes desafiando modelos tradicionais de ensino e a abordagem hierárquica que ainda predomina em algumas áreas da saúde, como na medicina (Santos *et al.*, 2020). “Não basta apenas a formação, mas também a sensibilidade e vontade de querer mudar sua prática” (E4).

Com isso, o perfil docente para a EIP não se resume à simples formação acadêmica ou experiência profissional em uma área específica. Ele exige um compromisso com a aprendizagem colaborativa, a promoção de um ambiente de respeito e escuta, e a disposição para transformar as práticas pedagógicas. O docente de EIP deve ser, acima de tudo, um facilitador do diálogo e da construção coletiva de conhecimento, capaz de engajar seus alunos no aprendizado ativo e interprofissional. Isso requer uma constante reflexão sobre suas próprias práticas, um olhar sensível para as necessidades dos estudantes e a coragem de inovar e transformar o ensino, colocando a colaboração e a integração entre as áreas da saúde como foco central do processo educativo.

### 3. Considerações finais

A análise das falas dos docentes revela que a formação para a EIP ultrapassa os limites da aquisição de conhecimentos técnicos e formais, exigindo uma mudança de postura, valores e práticas no exercício da docência. O professor que atua com EIP não pode ser apenas transmissor de conteúdo: precisa ser educador no sentido mais amplo e humanizado, comprometido com a formação crítica, empática e colaborativa dos futuros profissionais da saúde.

A efetivação da EIP nas instituições de ensino superior, no entanto, ainda encontra barreiras significativas, especialmente relacionadas ao despreparo pedagógico e à cultura acadêmica centrada no produtivismo, na competitividade e no mérito individual. Esse cenário impacta diretamente a

motivação dos docentes e sua abertura à mudança, muitas vezes os afastando do propósito formativo mais humano e integrador da educação interprofissional.

Ficou evidente que a formação inicial e continuada dos docentes precisa incluir, de forma intencional, o desenvolvimento de competências pedagógicas voltadas à colaboração, ao diálogo entre saberes e à construção coletiva do conhecimento. Mais do que conteúdos sobre EIP, é necessário criar experiências que transformem a prática docente e permitam a reinvenção constante diante das adversidades estruturais e institucionais que ainda marcam o ensino superior.

Além disso, o contexto e a cultura dos cursos também influenciam a receptividade dos professores à EIP, como demonstrado pelas diferenças observadas entre enfermagem e medicina. Isso aponta para a importância de considerar as especificidades de cada área na formulação de estratégias de implementação da EIP, respeitando seus tempos, resistências e potencialidades.

Portanto, promover a EIP nas universidades exige não apenas mudanças curriculares, mas também institucionais e culturais. Requer investimento em políticas de valorização e apoio ao trabalho docente, bem como a criação de espaços formativos que fortaleçam a sensibilidade, o afeto e o compromisso com práticas pedagógicas mais integradoras e colaborativas. Somente assim será possível formar profissionais preparados para atuar de forma interprofissional e transformar os cuidados em saúde com base no respeito mútuo, na escuta ativa e na construção coletiva do saber.

## Referências

- ALMEIDA, M. ; PIMENTA, S.G. A construção da pedagogia universitária no âmbito da Universidade de São Paulo. In: PIMENTA, S.G.; ALMEIDA, M. (Org.). *Pedagogia universitária: caminhos para a formação de professores*. São Paulo: Cortez, 2011. p. 19-43.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde*. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <https://www.uece.br/wp-content/uploads/sites/26/2019/03/Relato%CC%81rio-da->

oficina-de-alinhamento-conceitual-sobre-educac%CC%A7a%CC%83o-interprofissional-em-sau%CC%81de.pdf. Acesso em: 21 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, n. 243, p. 59-62, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 21 abr. 2025.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. *A National Interprofessional Competence Framework*, Canadá, 2010. Disponível em: <http://ipcontherun.ca/wp-content/uploads/2014/06/National-Framework.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2025.

COSTA, M. V.; AZEVEDO, G. D.; VILAR, M. J. P. Aspectos institucionais para a adoção da Educação Interprofissional na formação em enfermagem e medicina. *Revista Saúde Debate*, Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/X5QvSpHGyd7c7TZzPpgpHYs/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 21 abr. 2025.

DANTAS, M. A. et al. O chão(-universo) da Educação Popular em Saúde: saberes e práticas que rompem com o estabelecido. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 34, e34061, p. 1-21, 2024. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/physis/2024.v34/e34061/>. Acesso em: 21 abr. 2025.

LEWGOY, A. M. B. et al. A perspectiva interprofissional na residência integrada multiprofissional em saúde hospitalar. *Clin Biomed Res*, Porto Alegre, RS, 2019. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/87747>. Acesso em: 21 abr. 2025.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 20, n. 56, p. 199–201, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/7MgQL4JM9dRYFDLYYzQLH/?lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2025.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, SP, v. 22, p. 1525–1534, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/?lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2025.

REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, SP, v. 20, n. 56, p. 185–196, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/VrvpZyszPQ6hrVp7SFhj6XF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 abr. 2025.

RODRIGUES, H. et al. Burnout syndrome among medical residents: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, Califórnia, v. 13, n. 11, p. 1-17, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30418984/>. Acesso em: 31 maio 2025.

SOUZA, S. V.; FERREIRA, B. J.; ROSSIT, R. A. S. Interdisciplinaridade e Interprofissionalidade: perspectivas para educação e trabalho em saúde. In: CORDEIRO, A. L. A. D.; OLIVEIRA, R. M.; SILVA, G. T. R. (Orgs.). *Residência Multiprofissional em Saúde: investigações, vivências e possibilidades na formação*. Brasília, DF: Editora ABen, 2022. p. 6-11. Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2023/01/e18-residencia-cap1.pdf>. Acesso em: 31 maio 2025.

SANTOS, G. B. M. et al. Cuidado de si: trabalhadoras da saúde em tempos de pandemia pela COVID-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 1-13, 2020. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/vS8DgWb8QXTBjkGnCP4CDQ/?format=pdf&lang=pt>.  
Acesso em: 31 maio 2025.

SOUZA, S. V.; FERREIRA, B. J.; ROSSIT, R. A. S. Desafios da formação docente em cursos de Enfermagem no norte do Brasil na perspectiva da Educação Interprofissional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, SP, v. 27, e220171, p. 1-17, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/RV7WMwnJYX7mmgb9MmQRjbt/?format=html&lang=pt>.  
Acesso em: 29 out. 2025.

# CAPÍTULO 3

## TRABALHO E EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: ANÁLISE DOCUMENTAL

Cláudia Fell Amado  
Crislaine Loqueti Santos Rainho Prado  
Camila Mendes da Silva Souza  
Kathleen Gyovanna Lourenço Santana  
Marina Peduzzi

### 1. Introdução

A interprofissionalidade se refere à integração das diversas profissões em saúde tanto no âmbito do trabalho quanto da formação com foco nas necessidades de saúde de usuários, famílias e população e na concepção de integralidade da saúde (D'Amour; Oadansan, 2005). Sua adoção requer processos intencionais de aprendizagem compartilhada e de trabalho conjunto entre profissionais de diferentes profissões da saúde, com construção coletiva de objetivos, reconhecimento das especificidades de cada área, interdependência das ações e na tomada de decisão. Ademais, entende-se interprofissionalidade com base no pressuposto da relação recíproca entre trabalho e educação.

A tendência a trabalho e educação interprofissionais resulta de mudanças do perfil de necessidades de saúde da população, dos processos de trabalho, dos modelos de atenção à saúde, da gestão e das políticas públicas que, no Sistema Único de Saúde (SUS), se fundamentam nos princípios da universalidade do direito à saúde, da integralidade, da participação e da equidade.

A incorporação da interprofissionalidade em políticas públicas ajuda a estabelecer a necessidade da prática colaborativa em nível sistêmico, encorajando as instituições a dar prioridade à Educação Interprofissional (EIP) e ao trabalho em equipe nos seus programas e ações (McCabe, 2016).

No Brasil, os documentos oficiais do Ministério da Saúde (MS) são instrumentos normativos e regulamentadores que materializam planos e políticas públicas voltados à promoção, prevenção e assistência à saúde. A forma como a interprofissionalidade aparece nos documentos, seja com intencionalidade explícita de fortalecer o trabalho em equipe e a colaboração, seja por meio de conceitos sem a devida descrição, impactará sua adoção no trabalho e na educação. Além disso, o modo como os documentos tratam — ou omitem — a interprofissionalidade evidencia tensões e limites das políticas públicas diante dos desafios históricos da formação profissional, da Educação Permanente em Saúde (EPS) e do trabalho em saúde no país.

Neste contexto, objetiva-se analisar como trabalho e educação interprofissional são abordados nos documentos oficiais do MS, identificando aproximações, lacunas conceituais e implicações para o fortalecimento da prática colaborativa na saúde. A análise crítica desses documentos é essencial para problematizar os sentidos atribuídos à interprofissionalidade nas políticas públicas e para subsidiar avanços teóricos e práticos no campo da educação e trabalho na saúde.

## 2. Desenvolvimento

Este estudo qualitativo adotou a análise documental como abordagem metodológica e está vinculado ao estudo maior intitulado “Monitoramento e avaliação da interprofissionalidade no trabalho e educação na saúde do SUS”<sup>1</sup>.

Para composição do *corpus*, foram selecionados documentos oficiais de secretarias do MS selecionadas a partir da sua proximidade ao trabalho e a

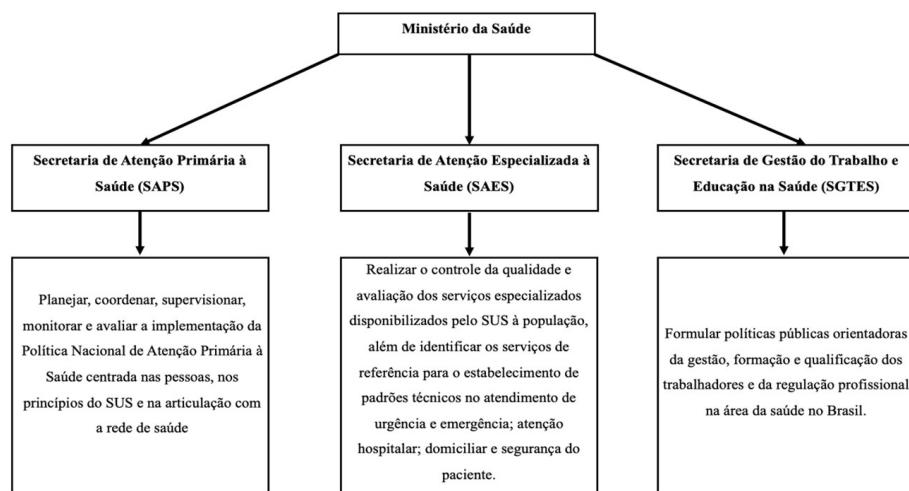
---

<sup>1</sup> Projeto desenvolvido em cooperação técnica entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) (Carta Acordo SCON2024-0067).

educação interprofissional e maior possibilidade de atuação multiprofissional, de acordo com a literatura sobre o tema.

Assim, foi realizada uma busca inicial nos sítios eletrônicos das seguintes Secretarias: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Secretaria de Atenção Especializada à Saúde (SAES) e Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES). No site da SAES foram exploradas as áreas de Saúde Mental, Atenção às Urgências e Emergências, Segurança do Paciente, Humanização em Saúde (Figura 1).

**Figura 1.** Secretarias do Ministério da Saúde selecionadas para o estudo.



Fonte: Elaborada pelos autores (2025).

Foram selecionados documentos que instituem ou reformulam as políticas, programas da área, ações ou redes. Foram excluídos aqueles que alteraram resoluções ou portarias, quando estes apresentavam alterações pontuais e cujo conteúdo não possuía relação com o objeto de análise (interprofissionalidade); e documentos que tratavam da definição de critérios de habilitação de serviços, incentivo financeiro e estabelecimento de atribuições.

Todos os documentos foram lidos na íntegra, com posterior extração de dados, consideradas as variáveis: data de publicação, título do documento e descrição da ementa, referência à interprofissionalidade e termos correlatos, como: trabalho em equipe, equipe multiprofissional, equipe interdisciplinar, equipe transdisciplinar, trabalho multiprofissional, trabalho interdisciplinar, trabalho transdisciplinar.

Para a análise dos documentos, adotou-se o método proposto por Cellard (2012), que recomenda a seleção de textos pertinentes, com credibilidade e representatividade para o objeto de pesquisa. Também adotou-se análise temática segundo Braun e Clark (2020) para exploração das definições e do contexto das referências à interprofissionalidade. A análise temática apoiou-se no referencial teórico conceitual de trabalho e educação interprofissional (Peduzzi *et al.*, 2020; Reeves; Xyrichis; Zwarenstein, 2018; Reeves *et al.*, 2016; Reeves, 2010) e da integralidade da saúde (Mattos, 2003; 2004; Schraiber, Mendes-Gonçalves, 2000).

Foram selecionados 20 documentos conforme apresentados no Quadro 1 a seguir:

**Quadro 1.** Documentos selecionados por área, título do documento e ementa.

Área	Título do documento	Ementa
SAPS	Portaria MS nº 1.886 de 18/12/1997	Aprova as Normas e Diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família.
SAPS	Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.	Diretrizes do Ministério da Saúde para a organização da atenção à saúde bucal no âmbito do SUS
SAPS	Portaria nº 648 de 28 de março de 2006	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)
SAPS	Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008	Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF
SAPS	Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011	Aprova a PNAB
SAPS	Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017	Aprova a PNAB

<b>SAPS</b>	Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019	Institui o Programa Previne Brasil
<b>SAPS</b>	Lei nº 14.572, de 8 de maio de 2023	Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do SUS e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990
<b>SAPS</b>	Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023	Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde.
<b>SGTES</b>	Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004	Institui a Política Nacional de EPS
<b>SGTES</b>	Portaria interministerial nº 421, de 3 de março de 2010	Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências.
<b>SGTES</b>	Portaria n. 3.194 GM/MS, de 27 de novembro de 2017	Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de EPS no SUS - PRO EPS-SUS.
<b>SGTES</b>	Portaria Interministerial nº 7, 16 de setembro de 2021	Institui o Programa Saúde com Agente
<b>SGTES</b>	Portaria GM/MS nº 2.168, de 5 de dezembro de 2023	Institui o Programa de Valorização da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no âmbito do SUS -ValorizaGTES-SUS.
<b>SAES</b>	HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização	HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização
<b>SAES</b>	Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011	Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.
<b>SAES</b>	Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011	Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS.
<b>SAES</b>	Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013	Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP).
<b>SAES</b>	Resolução - RDC nº 36, de 25 de julho de 2013	Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências.
<b>SAES</b>	Lei nº 14.819, de 16 de janeiro de 2024	Institui a Política Nacional de Atenção Psicossocial nas Comunidades Escolares.

Fonte: Elaborada pelos autores (2025).

Foram identificados 22 termos nos documentos, o que permitiu constatar a diversidade de termos utilizados que possuem relação com a

interprofissionalidade: abordagem multiprofissional; ações interprofissionais; ações multiprofissionais e transdisciplinares; atenção interprofissional; cuidado multiprofissional; equipe multiprofissional; equipe multiprofissional e interdisciplinar; interdisciplinar; interdisciplinaridade e multiprofissionalismo; interprofissional; multidisciplinar; multiprofissional; multiprofissional e interdisciplinar; multiprofissional e transdisciplinar; trabalho colaborativo; trabalho em equipe; trabalho em equipe e interdisciplinar; trabalho em equipe multiprofissional; trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar; trabalho interdisciplinar e em equipe; trabalho interprofissional; trabalho multiprofissional, interdisciplinar e em equipe.

Os termos mais utilizados são: multiprofissional, interprofissional, multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. Sua utilização está, muitas vezes, associada à prescrição de composição mínima de equipes, atividades e carga horária. Embora isso seja percebido nos documentos da Atenção Primária à Saúde (APS), é na Atenção Especializada que esse uso é mais recorrente. Isso denota que o foco recai na dimensão técnica, no elenco profissional e na conformação de estruturas organizacionais, sem que, necessariamente, tenha a intenção de se converter em práticas colaborativas e centradas na construção de projetos comuns de cuidado.

Dessa forma, observa-se uma aproximação com a lógica multiprofissional que ocorre quando diferentes profissões atuam paralelamente, com frágil interação e comunicação, articulação dos processos de trabalho ou intencionalidade da colaboração (Peduzzi *et al.*, 2020). Assim, não há uma definição explícita e não são mencionados os atributos essenciais relacionados ao trabalho em equipe para permitir a operacionalização da normatização, como objetivos comuns, comunicação interprofissional, interdependência das ações e reconhecimento do trabalho das áreas envolvidas (Peduzzi *et al.*, 2020).

Além disso, a confusão conceitual também pode ser percebida dentro de um mesmo documento, a exemplo do que ocorre com a PNAB de 2017 (Brasil, 2017), em que os termos interdisciplinar e transdisciplinar são utilizados para designar o processo de trabalho das equipes multiprofissionais:

Trabalho em Equipe **Multiprofissional** - Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com **processo interdisciplinar** centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho cotidiano (p. 22, grifo dos autores)

“Para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter noção sobre a ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em **equipe multiprofissional e transdisciplinar**” (p. 22, grifo dos autores)

Observa-se que, embora a descrição trazida no documento se aproxime da definição do trabalho interprofissional – contemplando elementos como o trabalho em rede, a necessidade de diferentes formações e a centralidade do usuário – não há menção direta ao termo. Essa ausência não é trivial e revela como a construção dos sentidos sobre o trabalho colaborativo em saúde ainda transita entre concepções que, embora avancem na direção da integração das práticas, permanecem ancoradas na lógica multiprofissional. Entende-se que isso está relacionado ao equívoco na compreensão do trabalho interprofissional como algo que resulta do agrupamento de profissionais de diversas áreas que atendem os mesmos usuários, bem como os tensionamentos e deslocamentos entre trabalho multiprofissional/ interprofissional e educação e pesquisa interdisciplinar. Cabe lembrar que, entre trabalho e disciplinas/ciência, encontra-se o saber operante (Mendes-Gonçalves, 1994) ou saber prático (Schraiber, 2008), visto que, na prática cotidiana de trabalho, os profissionais interpretam e ressignificam os conhecimentos, saberes e tecnologias.

Outro exemplo que reforça a imprecisão conceitual revelada nos documentos pode ser observado na Portaria nº 3.088, que institui a RAPS (Brasil, 2011): “Constituem-se diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial: IV - garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando

cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar” (p. 02, grifo dos autores). [...] A equipe que atua em enfermaria especializada em saúde mental de Hospital Geral, de que trata o inciso I deste artigo, deve ter garantida composição multidisciplinar e modo de funcionamento interdisciplinar (p. 05, grifo dos autores).

Observa-se que, mesmo diante de distinções conceituais, os termos são utilizados de forma intercambiável e, por vezes, como sinônimos. Isso reforça a imprecisão terminológica e ausência de consenso conceitual que os autores apontam na interprofissionalidade (Reeves *et al.*, 2017). Buscando contribuir para o avanço do debate, aponta-se para a diferença entre o âmbito do trabalho e o âmbito das disciplinas e áreas de conhecimento (Furtado, 2007) que se complementam tanto nas práticas de saúde como nas práticas de formação profissional e EPS (Ogata *et al.*, 2021).

De modo geral, observa-se o uso dos radicais “profissão” e “disciplina” ao final dos termos e dos prefixos “multi”, “inter” e “trans” que denotam uma crescente integração e coordenação entre as profissões e as disciplinas ou áreas de conhecimento (Japiassu, 1976). Essa distinção não é meramente semântica, pois repercute diretamente na estruturação, na intencionalidade e na efetividade das ações orientadas pela lógica interprofissional (Peduzzi *et al.*, 2020; Furtado, 2007; Barr, 2002).

Quanto à concepção de profissão, cabe destacar que se refere à intervenção em um dado objeto com base em um dado saber e conhecimento que fundamenta a ação, portanto não constitui disciplina ou ciência (Donnangelo, 1976). Profissão significa uma ocupação que regula a si mesma, ou seja, dotada de autorregulação, a partir de formação no ensino superior com base técnico-científica, conhecimento especializado e um código de ética profissional (Freidson, 2009).

A imprecisão dos termos expressa os sentidos atribuídos ao trabalho e a educação interprofissional pelos autores dos documentos analisados, que incluem legisladores, gestores públicos, representantes do controle social e da sociedade civil no setor saúde. Essa imprecisão compromete o fortalecimento

do trabalho e da educação interprofissional, fragiliza os mecanismos de monitoramento e avaliação, impactando diretamente na produção de conhecimento sobre o tema e na formulação das políticas públicas, programas e ações de saúde com inserção da interprofissionalidade.

Apesar disso, na análise dos documentos, percebe-se um movimento institucional interministerial, ainda que incipiente, de reconhecimento da interprofissionalidade, a exemplo da criação das câmaras técnicas interprofissionais na APS e na atenção especializada, no âmbito dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde. Ambos os programas de residências são relatados na literatura como cenários potentes para efetivar o desenvolvimento de competências colaborativas (Casanova; Batista; Moreno, 2018).

Ao promover processos formativos ancorados no princípio da educação pelo trabalho, as residências também contribuem para a institucionalização da interprofissionalidade como diretriz nas políticas de gestão do trabalho e educação na saúde. Politicamente, a existência de programas de residência, especialmente as multiprofissionais, sinaliza um compromisso do Estado com a formação de profissionais capazes de atuar de maneira compartilhada e orientada para a produção do cuidado centrado nas necessidades dos usuários e territórios. Além disso, esses programas operam como dispositivos institucionais que promovem a aproximação entre ensino e serviço, desestabilizando a lógica fragmentada e uniprofissional historicamente hegemônica, e fortalecendo arranjos organizativos pautados no trabalho interprofissional, na gestão do cuidado e na produção da integralidade (Casanova; Batista; Moreno, 2018).

Outro avanço que merece ser destacado nos documentos da SGTEs é a diretriz de incorporação dos pressupostos da educação e práticas interprofissionais nas estratégias e ações de EPS. A política de EPS incentiva o desenvolvimento de currículos integrados, o uso de metodologias ativas de ensino e aprendizagem, diversificação dos cenários de práticas, além do trabalho em equipe.

Embora EPS e EIP estejam fundamentadas em referenciais teóricos, conceituais e metodológicos distintos, ambas se articulam na direção de promover políticas de reorientação da educação e na necessidade de inovar nas práticas de cuidado e gestão do SUS, de modo a melhor atender às necessidades de saúde dos usuários e superar a fragmentação do cuidado. Tanto EIP como EPS possuem como elementos fundantes a relação recíproca entre a educação e trabalho, o protagonismo dos educandos, a centralidade nas necessidades de saúde e o uso de metodologias ativas e interativas de ensino-aprendizagem. Incorporar a EIP em ações de EPS pode ser desafiador, mas é um avanço político-institucional que promove mudanças das práticas de saúde e de educação que necessitam da mobilização dos sujeitos envolvidos (educadores, gestores, trabalhadores e controle social), para o debate comum de fortalecer o SUS integral, equânime e resolutivo (Ogata *et al.*, 2021).

Outra incorporação mais recente da interprofissionalidade pode ser observada no Programa Valoriza GTES-SUS, instituído em 2023. O programa destaca entre suas diretrizes o “trabalho interprofissional, colaborativo e focado nas necessidades dos usuários do sistema”. Essa incorporação pode ser atribuída a uma confluência de fatores, tanto político-institucionais, quanto históricos que refletem avanços nas políticas públicas de equidade que emergem de demandas dos sujeitos envolvidos com a saúde da população.

Essa mudança também pode estar relacionada à necessidade emergente de políticas públicas no âmbito do trabalho e da formação com o objetivo de promover um cuidado mais integrado, colaborativo e centrado nas necessidades da população, mesmo diante de medidas como a Emenda Constitucional 95/2016, que congelou os gastos públicos por 20 anos, e o impulsionamento de modelos de saúde privatistas que comprometem a integralidade do cuidado e a atuação colaborativa entre profissionais de saúde (Anéas *et al.*, 2023).

Ademais, observa-se que, nos documentos, predomina a interprofissionalidade no âmbito do trabalho em detrimento da educação, embora o tema de estudo esteja vinculado à política de gestão do trabalho

e educação na saúde, o que mostra a frágil inserção do debate e das práticas interprofissionais nas políticas públicas de saúde no país.

Enquanto a prática interprofissional está no campo do cuidado e da atenção à saúde, a educação interprofissional se caracteriza como um processo de ensino e aprendizagem para o desenvolvimento de competências relacionadas ao trabalho em equipe e colaboração, fornecendo elementos para que estudantes possam desenvolver a prática interprofissional. É importante o alinhamento das políticas de trabalho e educação para inclusão da interprofissionalidade tendo educação e prática orientadas pela estrutura legislativa (D'Amour; Oandasan, 2005).

Além disso, observou-se que os documentos da SAPS e da SAES, frequentemente, articulam o trabalho interprofissional com a integralidade do cuidado, a coordenação da rede, a superação da fragmentação do cuidado, a continuidade assistencial e com a reabilitação dos usuários. Há o reconhecimento da necessidade de integrar ações, compartilhar responsabilidades, construir projetos terapêuticos singulares e prontuários compartilhados. Nesse sentido, a interprofissionalidade constitui uma abordagem do trabalho e educação na saúde que busca enfrentar e superar a fragmentação histórica do cuidado em saúde, orientada pela integralidade da saúde e pelo cuidado centrado nas necessidades dos sujeitos e nos territórios.

Na perspectiva de Mattos (2003), a integralidade não pode ser compreendida como uma condição previamente assegurada ou um atributo estático do sistema de saúde, mas sim como um processo construído cotidianamente no interior dos processos de trabalho em saúde. Produzir integralidade, portanto, exige enfrentar as forças que estruturam a fragmentação, que operam tanto na divisão técnica do trabalho quanto na hierarquização dos saberes.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) ressalta que a interprofissionalidade constitui um elemento central a ser incorporado nas políticas públicas para contribuir com a organização, implementação e expansão das equipes interprofissionais na rede de atenção à saúde. É preciso

apoio e alinhamento entre as políticas públicas para promover a regulamentação e padronização do trabalho interprofissional, contribuindo para a equidade e integralidade do cuidado em saúde (PAHO, 2025).

A interprofissionalidade e a integralidade compartilham fundamentos ético-políticos e técnico-pedagógicos que desafiam os modelos tradicionais de formação e trabalho em saúde. Enquanto a integralidade propõe práticas que reconhecem a complexidade dos sujeitos, a interprofissionalidade oferece caminhos para sua efetivação ao valorizar o trabalho colaborativo, a negociação de saberes e a corresponsabilização no cuidado.

### **3. Considerações finais**

A análise dos documentos oficiais do MS revela tanto avanços quanto desafios no que diz respeito à incorporação da interprofissionalidade como diretriz para a organização dos processos de trabalho e da formação em saúde, em nível político institucional. Nota-se também, embora não de forma orgânica, um movimento em direção ao reconhecimento da interprofissionalidade e de suas contribuições no cuidado centrado nos sujeitos e nos territórios. Além disso, ainda persiste uma fragilidade conceitual, marcada pelo uso intercambiável de termos como multiprofissional, interprofissional e interdisciplinar, sem a distinção dos sentidos próprios que lhes cabem. Essa imprecisão compromete a intencionalidade das ações e a força transformadora que o conceito de interprofissionalidade poderia oferecer na formulação das políticas e na reorganização dos processos de trabalho e formação no SUS.

Em parte dos documentos, a interprofissionalidade ainda aparece mais como uma intenção normativa do que como um conceito efetivamente operacionalizado. Predomina sua associação com a mera composição de equipes, reduzindo o conceito a uma lógica prescritiva de alocação de diferentes profissionais, sem aprofundamento sobre os processos relacionais, comunicacionais, éticos e organizativos que sustentam o trabalho interprofissional e em rede. Nesse sentido, os documentos analisados permitem compreender a interprofissionalidade como

um processo em construção, tensionado por disputas epistemológicas, políticas e organizativas que atravessam o campo da saúde no Brasil.

Consolidar a interprofissionalidade no SUS exige deslocamentos e avanços na direção de práticas de saúde e de educação colaborativas, nas quais os profissionais das diversas áreas de atuação e escolaridade se encontrem em posições simétricas, como cidadãos e sujeitos sociais que são comprometidos com a integralidade do cuidado, com a potência dos territórios e com a centralidade das necessidades de saúde de toda a população brasileira.

## Referências

- ANÉAS, T. V. et al. Gestão do trabalho e o cuidado na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia de COVID-19 no município de São Paulo (SP), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 28, n. 12, p. 3483-3493, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 15 mar. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 15 mar. 2025.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis? *Qualitative Research in Psychology*, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 1-25, 2020.
- 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*, Botucatu, SP, v. 22, p. 1325-1337, 2018. Supl. 1.
- CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis: Editora Vozes, 2012.
- D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, v. 19, p. 8-20, 2005. Supl. 1.
- DONNANGELO, M. C.; PEREIRA, L. *Saúde e sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 11, n. 22, p. 239-255, 2007.

FREIDSON, E. *Profissão médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*. Tradução Kvieta Brezinova de Moraes e André de Faria Pereira Neto. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

JAPIASSU, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj; Cepesc; Abrasco, 2003. p. 45-59.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

MCCABE, H. A. Seminar in Public Health Law and Policy in an Interprofessional Setting: Preparing Practitioners for Collaborative Practice at the Macro Level. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, v. 44, p. 56-61, 2016. Supl. 1.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994.

REEVES, S. et al. *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford: Blackwell-Wiley, 2010.

REEVES, S. et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide no. 39. *Medical Teacher*, [S. l.], v. 38, n. 7, p. 656-668, 2016.

REEVES, S. et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [S. l.], n. 6, p. 1-40, 2017.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, [S. l.], v. 32, n. 1, p. 1-3, 2018.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (org.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 29-47.

SCHRAIBER, L. B. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

STARR, P. *The Social Transformation of American Medicine: The Rise Of A Sovereign Profession And The Making Of A Vast Industry*. [S. l.], Basic Books, 1982. 514 p.

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, e03733, 2021.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION - PAHO. *Interprofessional health teams for integrated care*. Washington, DC: PAHO, 2025.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, e0024678, 2020. Supl. 1.

# CAPÍTULO 4

## EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM FOCO: ANÁLISE DO PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DE UM PROGRAMA INTEGRADO DE RESIDÊNCIAS

Thaylane Coutinho dos Santos Carneiro

Bárbara Patrícia da Silva Lima

Vladimir Andrei Rodrigues Arce

### 1. Introdução

As residências em saúde, enquanto estratégias formativas de profissionais, desempenham papel relevante na qualificação da força de trabalho no Brasil, especialmente para o Sistema Único de Saúde (SUS). São desenvolvidas em diversas áreas – clínicas, saúde coletiva e gestão – nas modalidades uni e multiprofissional, com destaque na prestação de cuidado à população em todos os níveis de atenção.

No contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) é voltada a profissionais da saúde, exceto médicos. Já a Residência em Medicina de Família e Comunidade (RMFC) destina-se exclusivamente à formação médica. Quando integradas, configuram a Residência Integrada em Saúde (RIS) (Torres *et al.*, 2019; Barrêto *et al.*, 2019). Essas residências, como pós-graduação *lato sensu* baseadas na educação em serviço, visam formar profissionais críticos e atuantes nos processos socioeducacionais, provocando mudanças na lógica da formação, da atenção e da gestão em saúde (Andrade; Vilela; Riscado, 2023).

Os objetivos dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) demonstram alinhamento potencial com a atuação interprofissional, especialmente por características como a abordagem teórico-prática centrada no território, na comunidade e na família; a integralidade da assistência; o planejamento de atividades em equipe; a intersetorialidade; e a integração ensino-serviço (Brito, 2017). A articulação entre RMSF e RMFC fortalece práticas colaborativas na APS, constituindo um espaço relevante para a Educação Interprofissional (EIP).

A EIP é definida como uma modalidade de formação em saúde que promove o trabalho em equipe colaborativo e integrado entre diferentes áreas profissionais, focado nas necessidades dos usuários e da população, visando qualificar as respostas dos serviços e a atenção em saúde (Peduzzi *et al.*, 2013). Tem como eixo central o enfrentamento de problemas por meio do diálogo, da corresponsabilidade e do reconhecimento mútuo, exigindo a desconstrução de barreiras entre categorias profissionais (Batista, 2012).

Formar para o SUS, a partir das residências multiprofissionais, contribui para evidenciar as expressões da questão social no processo saúde-doença no território, valorizando o trabalho interprofissional e fortalecendo ações de promoção e prevenção em saúde nas comunidades (Bergamasquini; Silva; Castro, 2021).

Apesar de a EIP ganhar espaço no Brasil como estratégia potente para transformar práticas e formação em saúde, ainda carece de maior sistematização e intencionalidade na incorporação de seus pressupostos em estruturas e programas formativos (Ogata *et al.*, 2021; Freire *et al.*, 2019; Brasil, 2006). Projetos pedagógicos orientados pela EIP invertem a lógica tradicional, promovendo espaços de formação integrados e o uso de ferramentas como projetos terapêuticos singulares, apoio matricial e visitas compartilhadas (Rossit *et al.*, 2013).

Contudo, sua aplicação ainda é superficial e pouco sustentada teoricamente, restringindo-se à reunião de diferentes categorias, sem garantir

efetiva interprofissionalidade (Freire *et al.*, 2019). Por isso, torna-se essencial que os projetos político-pedagógicos expressem, desde sua concepção, diretrizes claras que orientem formações interprofissionais.

Diante disso, este capítulo objetiva analisar o Projeto Político-Pedagógico (PPP) de um Programa Integrado de Residências em Saúde da Família (PIRSF), na Bahia, com foco na inserção das diretrizes do SUS e dos fundamentos teóricos e metodológicos da EIP em sua proposta formativa.

## 2. Desenvolvimento

### 2.1. Percurso metodológico

Os dados apresentados neste capítulo são oriundos de pesquisa realizada no âmbito do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia (PPGSC/UNEB) (Carneiro, 2024). A investigação adotou abordagem qualitativa, de caráter exploratório, por meio de pesquisa documental, com o objetivo de identificar os pressupostos teórico-metodológicos da Educação Interprofissional (EIP) no contexto formativo dos Programas que integram o Programa Integrado de Residências em Saúde da Família (PIRSF): o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade (PRMFC) e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF).

Criado em 2014, com início da primeira turma em 2015, o PIRSF constitui a única experiência integrada do tipo na Bahia, apresentando proposta pedagógica inovadora, que inclui preceptoria ombro-a-ombro e unificação dos espaços formativos entre as categorias médica e multiprofissional. Os residentes são distribuídos em equipes que assumem os serviços de saúde onde atuam, formando equipes de Saúde da Família (com médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas) e equipes multiprofissionais (eMulti), vinculadas ao então Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), compostas por profissionais de educação física, psicologia, nutrição e

fisioterapia. Também participa da formação o profissional sanitário, inserido nos espaços de gestão das unidades.

O cenário de prática do programa está localizado na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do município de Salvador/BA, com atuação em quatro Unidades de Saúde da Família (USF). Os residentes permanecem por dois anos em regime de dedicação exclusiva, com carga horária de 60 horas semanais, sendo 80% voltadas para atividades práticas e 20% para atividades teóricas. A estrutura do programa conta com preceptores contratados para acompanhamento em campo, apoiadores pedagógicos de núcleo, institucionais e matriciais, além de coordenações de campo e teórico-prática.

Para a produção dos dados, utilizou-se a análise documental, técnica que, conforme Pimentel (2001) e Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009), permite, por meio da leitura de documentos, compreender fenômenos inseridos em contextos históricos e socioculturais. O documento central analisado foi a terceira versão do Projeto Político-Pedagógico (PPP) do PIRSF (FESF, 2022).

Os PPPs expressam valores e princípios políticos e educacionais dos programas, constituindo produtos de elaboração coletiva que orientam o processo formativo (Pischel, 2011). A análise ocorreu entre julho e agosto de 2023, com base em roteiro adaptado de Ramos e Meireles (2020), voltado à identificação de fundamentos conceituais, teóricos e metodológicos da EIP.

O roteiro analítico foi organizado em duas categorias: 1) Compromisso com o SUS: alinhamento aos princípios do SUS, formação voltada para a APS e atenção em rede; e 2) Compromisso com a EIP: definições de trabalho em equipe, prática colaborativa, trabalho e aprendizagem interprofissionais e identificação de mecanismos institucionais e de docentes para sua implementação. As informações extraídas foram sistematizadas em uma matriz de análise.

## **2.2. Resultados e discussões**

O modelo de formação proposto estrutura-se em cinco Unidades de Aprendizagem (UA) com desenvolvimento de competências de campo e núcleo,

ao longo de dois anos. Destaca-se como elemento estruturante a proposta de formação por competência, ressaltando o “campo” como o espaço comum de atuação dos profissionais e o núcleo de saberes e práticas como uma delimitação da identidade de uma área de conhecimento e de prática profissional, que se inter-relacionam em diferentes espaços e momentos (Campos, 2000).

De forma geral, em relação à primeira categoria analítica, observa-se importante referência ao SUS, à APS e às redes de atenção, todavia, há uma incipiente referência à Educação Interprofissional, cujos poucos elementos nitidamente presentes estão difusos no documento.

No que se refere ao alinhamento do programa aos princípios do SUS, pode-se considerar que o programa de residências em questão possui um forte alinhamento com o projeto político de fortalecimento do SUS e de seus princípios. O foco no indivíduo, família e comunidade, nas linhas de cuidado, RAS, integralidade da assistência e atendimento às demandas locorregionais são algumas das citações encontradas no PPP.

A formação pautada na atuação em RAS é um destaque presente no objetivo geral do projeto e reforçado ao longo do documento, trazendo a lógica usuário-centrada para o cenário de formação, ao mesmo tempo que insere a APS como ordenadora da Rede e coordenadora do cuidado.

Acerca da formação voltada para a APS, além dos programas serem nomeados como “Saúde da Família” e “Família e Comunidade” e terem sua área de concentração na APS, observa-se uma intencionalidade clara e reforçada ao longo do texto na incorporação das diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica e na *práxis* da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como o modelo clínico-assistencial e de gestão a ser alcançado.

O PPP fundamenta-se na adoção de um modelo de formação baseado nas necessidades de saúde da população e no compromisso com as políticas públicas, com a articulação teórica e prática com a realidade vivida e com o reconhecimento da subjetividade, sustentados no compromisso social de mudança do modelo de atenção à saúde ainda vigente.

A busca pela reorientação das práticas e da formação em saúde se apresenta como a expressão do compromisso com o SUS e com as dimensões fundamentais para o seu fortalecimento. Nessa direção, a EIP, como marco teórico-conceitual, representa uma resposta ao modelo de fragmentação das práticas, fortemente comprometido com o aperfeiçoamento do processo de trabalho, com a centralidade do usuário e com a integração das práticas, dialogando diretamente com os princípios basilares do SUS na consolidação de serviços de saúde mais integrais, resolutivos e seguros.

A longo dos últimos anos, vários países ao redor do mundo vêm apostando na EIP como base estruturante de um modelo efetivo de prestação de cuidados de saúde, contudo, a incorporação dos seus princípios teóricos-metodológicos e a sua implementação como princípio formativo ainda é um grande desafio (Brito, 2017).

Em relação à segunda categoria, ressalta-se que o modelo de APS no qual está inserido o programa é organizado segundo a ESF, que tem como uma das diretrizes operacionais o trabalho em equipe (Brasil, 2012), que é enfatizado ao longo de todo o documento, apesar de não ter sido encontrada sua definição.

O trabalho em equipe é apresentado no texto como competência a ser desenvolvida na área de concentração das competências comuns a todos os núcleos profissionais, e a sua descrição traz elementos referentes à prática colaborativa, ao próprio trabalho em equipe e à integralidade do cuidado.

O PPP do programa apresenta elementos que podem contribuir para colaboração, considerando a abordagem pedagógica e as estratégias de ensino-aprendizagem adotadas, porém não há definição de prática colaborativa e nem é apontado como é feita a formação para a prática colaborativa, apesar de ser mencionada a palavra “colaboração” e afins, dentro do contexto de construção coletiva, cuidado compartilhado, tomada de decisão e desenvolvimento da autonomia entre os usuários e a equipe.

Os elementos pedagógicos apresentados no texto que podem dialogar com a prática colaborativa para a atuação em equipe interprofissional são o desenvolvimento de práticas multiprofissionais, interdisciplinares e

intersetoriais voltadas para as ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento da saúde dos indivíduos e famílias assistidos pelos profissionais.

Em relação à definição de trabalho interprofissional, observou-se que a palavra interprofissional foi citada apenas duas vezes no texto e que nenhuma das citações é acompanhada de explicação ou descrição.

Na competência de campo referente ao trabalho em equipe, é expresso, no campo das atitudes, “estar disponível para trabalhar de forma interprofissional”, assim como, nas competências de núcleo da nutrição relacionadas à educação nutricional, aparece, no campo das habilidades, referência a “realizar atividades de educação nutricional e alimentar de forma interprofissional potencializando a clínica dos demais núcleos”.

No decorrer do texto, como alusão ao trabalho com diversas categorias profissionais/disciplinas, utiliza-se bastante as expressões “interdisciplinar/multiprofissional/transdisciplinar” como o fazer que irá apoiar a transformação das práticas na direção da consolidação da integralidade da assistência à saúde.

Ainda há confusões conceituais frequentes, utilizando muitas vezes como sinônimo os termos relacionados a multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, transdisciplinaridade e interprofissionalidade, o que tem dificultado o reconhecimento da EIP como uma abordagem capaz de promover a melhoria das práticas profissionais e dos resultados de saúde da população.

As diferentes terminologias utilizadas ao longo do texto confirmam a não incorporação da EIP enquanto lógica formativa do programa e apontam para a necessidade de distinção conceitual entre os diferentes termos, demandando uma discussão ampliada sobre as práticas ancoradas sob a perspectiva de cada uma das expressões mencionadas.

O PPP não apresenta o termo “trabalho interprofissional” nos objetivos do programa de residência, nem ao menos faz menção, de forma explícita, à interprofissionalidade na formação em saúde, além de não estar presente nas descrições das competências das categorias profissionais que fazem parte do programa, excetuando a nutrição.

Da mesma forma, o aprendizado/educação interprofissional não é mencionado e nem expressado nitidamente no texto, apesar de apresentar elementos conectados com a EIP, a saber: currículo por competências, formação crítico-reflexiva, metodologias ativas de ensino-aprendizagem, flexibilidade organizacional e avaliação formativa.

Reeves *et al.* (2013) trazem o conceito de educação interprofissional como uma intervenção em que diferentes profissionais da saúde aprendem em conjunto, buscando melhorar a colaboração interprofissional ou a saúde dos usuários, ou ambos. Esta definição direciona a discussão para a importância da intencionalidade nas iniciativas de EIP, reforçando a ideia central de que o ato de reunir estudantes de diferentes cursos da área de saúde em um mesmo local não é suficiente para tornar uma proposta baseada na EIP.

De acordo com Freire e colaboradores (2019), no cenário nacional, ainda existem poucas iniciativas de aprendizagens capazes de explorar, intencionalmente, conhecimentos, habilidades, atitudes e valores capazes de sustentar práticas ancoradas na centralidade do usuário e interação e interdependência entre os profissionais.

No que diz respeito aos mecanismos de gestão do programa para garantir a interprofissionalidade na formação em saúde, identificou-se alguns elementos que se aproximam da EIP integrados ao programa de residências.

O Programa fundamenta-se nos pressupostos da pedagogia problematizadora (Freire, 2011), metodologia ativa de ensino propícias para garantir a efetividade da EIP, ao possibilitar um aprendizado interativo entre os sujeitos. O PIRSF também adota o modelo de formação por competências, organizando o seu currículo a partir de cinco Unidades de Aprendizagem (Saúde da Família I, II, III, IV e Atenção ao Cuidado Integral) visando ao desenvolvimento de competências do campo da Atenção Primária à Saúde e do núcleo, ou seja, da sua categoria profissional.

Desta forma, o programa de residência demonstra avanço na superação do modelo disciplinar sob uma nova perspectiva de compreensão e

de atuação dos profissionais ao propor a estruturação do processo de ensino-aprendizagem baseado em competências de campo e núcleo e na adoção das metodologias ativas como estratégia de ensino-aprendizagem.

Segundo a CAIPE (2013) nos programas onde a educação profissional é baseada em competências, é mais fácil introduzir os fundamentos interprofissionais. Ogata e colaboradores (2021) também reforçam a importância do uso de metodologias que auxiliem na mobilização de conhecimentos, habilidades, valores e atitudes que fortaleçam a colaboração, a centralidade do usuário e a interdependência entre as práticas profissionais (Ogata *et al.*, 2021).

Outro pressuposto teórico adotado pelo Programa é a Educação Permanente em Saúde (EPS), uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional na educação de trabalhadores da saúde no SUS, com perspectiva emancipatória e contra-hegemônica na organização do processo de trabalho e do cuidado em saúde, com abordagens que se aproximam aos marcos teórico-conceituais da EIP.

A adoção da EPS como pressuposto metodológico do PIRSF reforça o compromisso com a aprendizagem significativa e com a transformação das práticas profissionais. A EPS, apesar de se aproximar da EIP, possui referenciais distintos. Enquanto a EPS se compromete com a formação para a transformação do processo de trabalho com vistas ao cuidado integral, a EIP se dispõe ao aprendizado interativo e compartilhado entre as diferentes profissões para o desenvolvimento de competências colaborativas para o efetivo trabalho em equipe (Ogata *et al.*, 2021).

No que cerne à qualificação docente, o documento não menciona previsão de formação específica sobre interprofissionalidade, contudo aponta para a existência de um espaço de formação para discutir o processo avaliativo do programa. A oferta de desenvolvimento docente para facilitação interprofissional é fundamental para estimular o desenvolvimento de uma cultura favorável à EIP, a partir de um corpo docente engajado e convicto da

importância da inserção da aprendizagem interprofissional como estratégia para melhorar a comunicação entre os membros de diferentes profissões, promover a desconstrução dos estereótipos, proporcionar melhora no gerenciamento de conflitos e consequentemente na capacidade para o trabalho em equipe (Costa, 2019).

O PIRSF oferta espaços pedagógicos diversificados que favorecem a integração das diferentes categorias, como: rodas pedagógicas de campo, sessões clínicas e seminários multiprofissionais. Além destes, outras atividades incluídas na agenda do residente merecem destaque: consulta compartilhada, visitas domiciliares, atendimento à demanda espontânea, atividades coletivas, reuniões de equipe, reunião de unidade e de comunidade, espaços de educação permanente, sessões clínicas e demais atividades realizadas no campo de prática.

Miranda *et al.* (2015) afirmam que a análise documental dos PPPs permite conhecer apenas o currículo planejado, pois a exploração dos demais tipos de currículo, como o currículo “oculto” e o currículo “vivo”, demandam outras estratégias de pesquisa.

Os estudos têm demonstrado que um programa educacional que pretende adotar a EIP como abordagem educacional precisa ser construído sobre fundamentos teóricos explícitos e claros, estar coerentemente planejado, consistentemente disponível para adequações, rigorosamente avaliado e efetivamente monitorado.

Não existe uma lógica única e geralmente aceita para se tornar um programa interprofissional, cabe aos proponentes adaptar os princípios da EIP às necessidades do seu campo de formação e prática. Portanto, pautar a mudança da lógica assistencial por meio da formação profissional em saúde, através da adoção da EIP no currículo, é uma estratégia política de fortalecimento do SUS e, consequentemente, melhoria das condições gerais de vida e da saúde das pessoas (Costa *et al.*, 2018).

### **3. Considerações finais**

É importante ressaltar a limitação desses dados e considerar a complementação desses achados com a outra dimensão qualitativa empírica desta pesquisa, uma vez que os elementos apreendidos nos cenários de práticas certamente enriquecerão futuras análises. Ainda assim, é possível perceber que, embora o modelo de formação analisado esteja estruturado a partir de unidades de aprendizagem com ênfase no desenvolvimento de competências transversais relacionadas à área de concentração em Saúde da Família, na análise global do PPP, não foi possível identificar referência direta à interprofissionalidade em diferentes seções estruturantes do documento.

Contudo, apreendeu-se um explícito compromisso com o SUS e com a adoção de metodologias ativas, sugerindo o desenvolvimento de estratégias pedagógicas mais colaborativas. Ademais, alguns elementos que potencializam a EIP foram observados, a exemplo da perspectiva nítida da EPS e da presença constante de referência ao trabalho em equipe. Deste modo, pode-se indicar que a formação proposta pelo PIRSF possui diversos mecanismos favoráveis a EIP, ainda que não se faça presente a incorporação dos pressupostos teóricos-metodológicos necessários para o real desenvolvimento de competências interprofissionais, configurando uma janela de oportunidade para que, ao ser revisitado, o PPP possa incorporá-los, avançando na agenda de fortalecimento da formação para o SUS.

### **Referências**

BATISTA, N. A. *et al.* Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP*, v. 22, p. 1705-1715, 2018. Supl. 2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0693>. Acesso em: 10 mar. 2025.

BARRÉTO, D.S *et al.* Programa Mais Médicos e residências de Medicina de Família e Comunidade: estratégias articuladas de ampliação e interiorização da formação médica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP*, v. 23, p. 1-14, 2019. Supl. 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180032>. Acesso em: 13 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção

Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf/consultorio-na-rua/arquivos/2012/politica-nacional-de-atencao-basica-pnab.pdf>. Acesso em: 13 mar. 2025.

BERGAMASQUINI, A. C.; SILVA, C. M.; CASTRO, M. M. C. Residência multiprofissional, atenção primária à saúde e Serviço Social: potencialidades do trabalho interprofissional. *Serviço Social e Saúde*. v. 20, e021001, p. 1-17, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/sss.v20i00.8665372>. Acesso em: 08 mar. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016*. Aprovar as diretrizes e normas que envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf>. view. Acesso em: 10 mar. 2025.

CAIPE. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. *Introdução à Educação Interprofissional*. [S. l.], 2013.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000200002>. Acesso em: 13 mar. 2025.

CARNEIRO, T. C. S. *Caminhos interprofissionais*: análise da formação de um programa integrado de residências em saúde da família. 2024. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2024.

COSTA, M. V. (2019). A educação interprofissional e o processo de formação em saúde no Brasil. In: SOUZA, R. M. P.; COSTA, P. P., (orgs.) *Nova formação em saúde pública: aprendizado coletivo e lições compartilhadas na RedEscola*. v. 2. Rio de Janeiro: Fiocruz, ENSP, RedEscola. p. 45-61.

FUNDAÇÃO ESTATAL SAÚDE DA FAMÍLIA. *Projeto Político Pedagógico*. versão 3. FESF-SUS. Salvador, 2022.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2011.

FREIRE FILHO, J. R. et al. Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S. l.], v. 26, p. 1-8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2731.3018>. Acesso em: 15 mar. 2025.

FREIRE FILHO, J. R. et al. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*. [S. l.], v. 43, n. esp 1, p. 86-96, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S107>. Acesso em: 15 mar. 2025.

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, e03733, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>. Acesso em: 15 mar. 2025.

PEDUZZI, M. Trabalho e educação na saúde: ampliação da abordagem de recursos humanos. *Ciência Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 18, n. 6, p. 1539-1541, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000600005>. Acesso em: 14 mar. 2025.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. *Cadernos de Pesquisa*, [S. l.], v. 114, p. 179-195, 2001. Disponível em: <http://publicacoes.fcc.org.br/ojs/index.php/cp/article/view/590/588>. Acesso em:13 mar. 2025.

PUSCHEL, V. A. A. *A mudança curricular do bacharelado em enfermagem da Escola de Enfermagem da USP: análise documental e vivência dos participantes*. Tese (Doutorado em Educação em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, 2011. Disponível em: [https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-03072014-093555/publico/Tese\\_Final\\_LD\\_Vilanice\\_Puschel.pdf](https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-03072014-093555/publico/Tese_Final_LD_Vilanice_Puschel.pdf). Acesso em:15 mar. 2025.

RAMOS, A. M.; MEIRELES, E. Avaliação da Educação Interprofissional (EIP) em cursos da área da saúde: Matriz conceitual e Roteiro de análise dos PPCS. Relatório Técnico. *DIVERSIFICA-UFRB*, [S. l.], 2020.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>. Acesso em: 14 mar. 2025.

REEVES, S. et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev.*, [S. l.], v. 28, n. 3, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>. Acesso em:10 mar. 2025.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista Brasileira de História e Ciências Sociais*, [S. l.], v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009. Disponível em: <https://periodicos.furg.br/rbhcs/article/view/10351/pdf>. Acesso em: 10 mar. 2025.

TORRES, R. B. S.; BARRETO, I. C. H. C. Estado da arte das Residências Integradas, Multiprofissionais e em área profissional da Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 23, p. 1-16, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170691>. Acesso em: 10 mar. 2025.



# CAPÍTULO 5

## ANÁLISE DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DOS CURSOS DE SAÚDE À LUZ DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Ana Raquel Silva Souza  
Renata Cardoso Rocha Madruga  
Kathleen Elane Leal Vasconcelos  
Franklin Delano Soares Forte  
Cláudia Santos Martiniano

### 1. Introdução

A Educação Interprofissional (EIP) é uma ferramenta essencial para que os profissionais de saúde sejam capazes de atuar em equipe, de forma participativa, na perspectiva da integralidade, contemplando as necessidades da população conforme seu estilo de vida e trabalho, sobretudo na Atenção Primária à Saúde (APS) (Peduzzi, 2017). Conceitualmente, a EIP ocorre quando duas ou mais profissões adquirem conhecimento sobre as outras e atuam conjuntamente, colaborando e melhorando os resultados na saúde (OMS, 2010).

Os primeiros relatos relacionados ao tema estão ligados a uma equipe de especialistas da Organização Mundial da Saúde (OMS) no início da década de 1980. Outros autores situam o início dos movimentos ao Reino Unido, na década de 1960, vinculados ao debate sobre métodos educacionais que superem a divisão profissional em saúde e suas consequências para a assistência ao paciente (Freire Filho *et al.*, 2019).

Em 1988, a OMS lançou o primeiro documento que discorre sobre a EIP e, na mesma década, na Inglaterra, criou-se o Centre of Advancement of Interprofessional Education (CAIPE), um centro de aperfeiçoamento da EIP associado ao National Health Service, o sistema de saúde inglês. Em 2010, um marco para a discussão da EIP em nível mundial foi estabelecido com um novo documento lançado pela OMS, por meio do Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) (Peduzzi, 2017).

A referência canadense reúne as competências colaborativas em seis domínios: comunicação interprofissional, atenção centrada no paciente, clarificação de papéis, dinâmica de funcionamento da equipe, liderança colaborativa e resolução de conflitos interprofissionais. Em consonância, outro documento norte-americano analisa quatro domínios: comunicação interprofissional e atenção centrada no paciente (idênticos ao Canadá), acrescidos de ética para prática interprofissional, papéis e responsabilidades, e trabalho em equipe (Peduzzi, 2017).

No Brasil, o modelo predominante na formação em saúde é uniprofissional, disciplinar e focado na concepção fisiopatológica da vida, e reflete o processo de trabalho a partir de práticas isoladas, subjetiviza o usuário e hierarquiza o cuidado, gerando crescente conflito com a complexidade das necessidades do mundo contemporâneo (Lima *et al.*, 2020).

Apesar de a EIP estar presente em diretrizes de políticas públicas no Brasil, como as de Humanização e Educação Permanente, o trabalho interprofissional é desafiador. Na APS e na atenção especializada, existem dificuldades para o trabalho em equipe, tais como: transcender a separação dos saberes, ampliar a abordagem biomédica e vencer a fragmentação dos sistemas de saúde (Lima *et al.*, 2018).

Nos últimos anos, muitas dessas dificuldades na formação profissional em saúde foram superadas. Houve avanços relevantes no fortalecimento da relação ensino-serviço-comunidade, na adoção de metodologias mais ativas e em modificações curriculares, que representaram consideráveis transformações na dinâmica da educação dos profissionais de saúde (Costa, 2016).

Desde 2016, o Ministério da Saúde (MS) inclui o debate da EIP em seus planos para fortalecer a política de educação na saúde, estabelecendo interações com o Ministério da Educação e Cultura (MEC), instituições de ensino e a Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS), com o suporte da OPAS/OMS Brasil, para elaboração do Plano de Ação para Implementação da EIP no país (Brasil, 2018).

Entre as ferramentas para incorporar a EIP nos cursos de graduação da área da saúde, destaca-se o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que objetivava incentivar grupos interprofissionais de aprendizagem tutorial a partir do trabalho, visando à prática colaborativa na formação em saúde, indispensável para a integralidade da assistência (Camara; Grosseman; Pinho, 2015). Além disso, o programa objetivou a utilização de ferramentas teóricos-metodológicos da EIP e das práticas colaborativas na vivência dos serviços de saúde e, assim, o incentivo às modificações curriculares nos cursos da saúde (Krugel *et al.*, 2024).

No Brasil, os cursos de graduação na área da saúde têm fortalecido a discussão sobre a formação de profissionais que atuam segundo um modelo de cuidado integral, adicionando sugestões curriculares inovadoras e interdisciplinares, instigando o debate sobre a formação em saúde que valorize o trabalho em equipe, visando ampliar e superar a individualização profissional (Ely; Toassi, 2017).

Conforme a Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação na área da saúde devem preparar profissionais para atender integralmente e incentivar a construção de projetos terapêuticos dentro de uma perspectiva colaborativa e interprofissional. Os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPCs) devem estar alinhados aos princípios da intersetorialidade, interdisciplinaridade e interprofissionalidade (Brasil, 2017).

Anexo à referida Resolução, o Parecer Técnico nº 300/2017, que trata dos princípios gerais para as DCNs dos cursos de graduação da área da saúde,

reforça para que as DCNs sejam estruturadas de maneira interdisciplinar e interprofissional, visando à formação de profissionais com perfil que compreenda o trabalho coletivo como prática social e integral (Brasil, 2018b). Por integralidade compreende-se um conjunto de atividades e serviços de saúde, de prevenção e cura, individuais ou coletivas, que vão além do conceito institucional. Trata-se de um agir social decorrente da interatividade democrática dos sujeitos na rotina das práticas de assistência em saúde, nos seus níveis de atenção (Pinheiro, 2008).

Nesse sentido, buscou-se responder à seguinte questão de pesquisa: as DCNs dos cursos da saúde preveem o desenvolvimento de competências comuns e colaborativas aos profissionais de saúde ou apenas elencam as competências específicas de cada profissão? Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo verificar o alinhamento das DCNs nos cursos de formação da área da saúde da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) à proposta da educação interprofissional.

## **2. Desenvolvimento**

### **2.1. Métodos**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada por meio de um Estudo Documental, conforme proposto por Cellard (2008). Tomou-se como base a concepção de documento adotada por Bravo (1991). Foram selecionadas as DCNs dos cursos da área da saúde contemplados no projeto PET-Saúde Interprofissionalidade UEPB/SMS, a saber: enfermagem, fisioterapia, serviço social, psicologia, farmácia, educação física e odontologia. O critério único para inclusão foi a participação no PET-Saúde Interprofissionalidade na Instituição de Ensino Superior (IES) investigada. Não houve critérios de exclusão.

A coleta de dados ocorreu por meio da análise das DCNs dos cursos da área da saúde, acessadas na internet e disponibilizadas no site do Ministério da Educação, no endereço: <http://portal.mec.gov.br/conselho-nacional-de-educacao/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991->

diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao. Os dados foram sistematizados e analisados por duas etapas: análise preliminar e análise propriamente dita.

Considerando a referência canadense, foram adotados como eixos norteadores da análise os seis domínios: comunicação interprofissional, atenção centrada no paciente, clarificação de papéis, dinâmica de funcionamento da equipe, liderança colaborativa e resolução de conflitos interprofissionais, constituindo-se, portanto, as categorias de análise. Por tratar-se de uma pesquisa com dados de acesso e domínio público, a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa foi dispensada.

## 2.2. Resultados e discussão

A Resolução nº 287/1998, do Conselho Nacional de Saúde, reconhece a relevância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde e delimita quatorze categorias distintas como profissionais de saúde de nível superior (Brasil, 1998). Apesar disso, esta pesquisa limitou-se a analisar sete DCNs de cursos distintos, contemplados no projeto PET-Saúde Interprofissionalidade UEPB/SMS. O Quadro I apresenta as DCNs analisadas no estudo, bem como suas respectivas datas de publicação.

**Quadro I.** DCNs analisadas durante o estudo. Campina Grande, 2022.

DCN	Data de Publicação
Enfermagem*	7 de novembro de 2001
Fisioterapia	19 de fevereiro de 2002
Serviço Social	13 de março de 2002
Psicologia	11 de outubro de 2023
Farmácia	19 de outubro de 2017
Educação Física	18 de dezembro de 2018
Odontologia	21 de junho de 2021

Fonte: elaborado pelos autores.

\* Enfermagem – aguarda homologação de nova resolução

Considera-se o rompimento da cultura uniprofissional como ponto indispensável para superar a fragmentação do trabalho em saúde, evidenciando a necessidade de ampliar o perfil profissional, atribuindo à EIP a função de colaborar na dinâmica e no desenvolvimento de competências para o trabalho colaborativo efetivo. Algumas competências e domínios têm sido indicados como fundamentais para que a colaboração interprofissional eficaz seja alcançada: a comunicação interprofissional, atenção centrada no paciente, clarificação de papéis, dinâmica de funcionamento da equipe, liderança colaborativa e resolução de conflitos interprofissionais (Diniz; Melo; Vilar, 2021). Diante disso, a pesquisa assume esses domínios como categorias e realiza a análise das DCNs em face da proposta da EIP.

### **2.3. Comunicação interprofissional**

A comunicação representa um ponto fundamental para o desenvolvimento da cultura de equipe, bem como para a formação de uma percepção coletiva de atuação dentro dela, permitindo, assim, a colaboração interprofissional eficaz. Da mesma forma, a comunicação interprofissional é fundamental, uma vez que constrói um caminho acessível e eficaz para comunicação entre as equipes de saúde, além de viabilizar a troca de preocupações e conquistas vivenciadas na rotina, favorecendo a melhoria dos resultados em saúde e maior satisfação dos usuários (Previato; Baldissera, 2018).

A análise das DCNs dos cursos selecionados identificou a comunicação interprofissional de forma expressiva no curso de odontologia, cujas diretrizes preveem que o profissional deverá estar capacitado para atuar interprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente, além de ser comunicativo, fornecendo ensino e conhecimento à equipe e à comunidade sobre saúde bucal (Brasil, 2021).

Enquanto, nas DCNs do curso de Psicologia, aborda-se a capacidade de trabalhar multiprofissionalmente, incentivando a comunicação entre os membros de equipe (Brasil, 2023), nas DCNs de enfermagem, esse domínio

se traduz na formação do estudante com capacidade para comunicar-se, trabalhar em equipe e integrar suas práticas específicas às multiprofissionais, contemplando experiências integrais e interdisciplinares que propiciem o agir coletivo e as relações interpessoais (Brasil, 2001).

Já nas DCNs do curso de fisioterapia, a formação deve prover a capacidade de trabalhar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente (Brasil, 2002). No curso de farmácia, por sua vez, traz em suas DCNs a defesa de que a formação deve considerar componentes curriculares interdisciplinares e transdisciplinares, norteados pelo trabalho multiprofissional e colaborativo. Aqui, destaca-se o caráter colaborativo, indicando uma possível prática interprofissional (Brasil, 2017).

Diferente das outras áreas, a graduação em educação física estabelece em suas DCNs que a formação deve considerar a mobilidade eficiente de princípios que orientam a educação inicial e continuada, como a formação teórica e interdisciplinar consistente, e a expansão da definição de docência como ação educativa e método pedagógico proposital e sistemático, que envolva conhecimentos específicos, interdisciplinares e pedagógicos (Brasil, 2018).

No que se refere às DCNs do curso de serviço social, defende-se a inclusão da interdisciplinaridade na formação (Brasil, 2002). Observa-se, na maioria dos cursos, que no campo do saber (disciplinar), há preocupação com o conhecimento do outro, visto que todos apresentam a perspectiva interdisciplinar. Em outras palavras, a formação em saúde tem possibilitado o saber interdisciplinar, mas não o fazer interprofissional, que, sem a instrumentalização dos seus domínios durante a formação, não pode ser operacionalizado nos cenários de prática.

O processo de trabalho em saúde necessita do agir comunicativo e da interatividade entre os profissionais, com os usuários e suas famílias. Além da competência técnica, deve-se dar importância à competência comunicativa (Schimith *et al.*, 2021). Desse modo, a perspectiva interdisciplinar, por si só, não é suficiente para a atuação interprofissional, embora seja uma das bases

para a mudança da lógica da formação dos profissionais e da dinâmica da produção do cuidado em saúde.

Considera-se, portanto, que a comunicação interprofissional deve acompanhar a formação em saúde desde seus primórdios. O estudo de Toassi *et al.* (2020), a partir de uma atividade de EIP com graduandos e egressos de 15 diferentes cursos da saúde, evidenciou a oportunidade de os discentes desempenharem a comunicação e a escuta entre diferentes profissionais como habilidades, em que os discentes tiveram a oportunidade de compreender a comunicação interprofissional como um dos conhecimentos mais importantes, identificando-a como competência essencial para o bom funcionamento da equipe e para promover uma assistência mais completa.

## 2.4. Atenção Centrada no Paciente

Na Atenção Centrada no Paciente (ACP), os profissionais buscam incorporar e reconhecer os usuários, suas famílias e a comunidade como integrantes do processo de cuidado, planejando a realização da atenção à saúde. Essa definição está bastante presente nos fundamentos teóricos da Atenção Primária à Saúde no Brasil, cujo objetivo é desenvolver práticas centradas nas necessidades dos usuários, famílias e comunidades (Diniz; Melo; Vilar, 2021).

Na pesquisa desenvolvida, destaca-se que as DCNs de odontologia visam a formação de cirurgiões-dentistas capacitados para a avaliação e tomada de decisão fundamentadas cientificamente e na escuta ativa centrada no paciente, grupo e comunidades (Brasil, 2021).

As DCNs dos cursos de enfermagem, odontologia, fisioterapia e psicologia asseguram que a graduação deve capacitar os estudantes para a atenção à saúde, de modo que possam realizar ações de prevenção e promoção da saúde, sejam elas individuais ou coletivas (Brasil, 2001; Brasil, 2021; Brasil, 2002; Brasil, 2023). Além disso, as DCNs de enfermagem, odontologia, farmácia e fisioterapia relatam que esses cursos devem estar associados ao processo saúde-doença do indivíduo, da família e da comunidade (Brasil, 2001; Brasil, 2021; Brasil, 2017; Brasil, 2002).

É importante enfatizar que, no artigo 5º das Diretrizes do curso de enfermagem, há competências e habilidades importantes para desenvolver a ACP, destacando-se a identificação de demandas de saúde, individuais ou coletivas, bem como a oferta de assistência de enfermagem conforme as necessidades dos usuários, família e comunidade (Brasil, 2001).

Para a graduação em farmácia, as DCNs mencionam que o curso deve considerar a tomada de decisão sustentada na avaliação criteriosa e contextualizada, baseada em informações cientificamente evidenciadas, na escuta ativa do sujeito, família e comunidade, além da capacitação profissional para realizar intervenções que visem à solução de problemas de saúde desses grupos (Brasil, 2017).

No que concerne ao curso de fisioterapia, as DCNs descrevem, em seu artigo 5º, que a formação deve proporcionar ao profissional habilidades e competências específicas, para colaborar com a saúde e qualidade de vida dos indivíduos, famílias e comunidade, sanando dúvidas e orientando o usuário e sua família sobre o processo terapêutico (Brasil, 2002).

Por fim, as DCNs de serviço social afirmam que a formação deve capacitar esses profissionais para oportunizar a participação dos usuários em processos deliberativos institucionais, conduzir os indivíduos a reconhecer instrumentos de apoio e defesa de seus direitos e identificar necessidades da população, com o propósito de elaborar soluções profissionais para os problemas sociais (Brasil, 2002). Quanto às DCNs de educação física, não foram encontrados pontos vinculados à questão da ACP na análise realizada.

Conforme Agreli, Peduzzi e Silva (2016), a ACP configura-se como um domínio fundamental para a prática colaborativa e componente crucial da Prática Interprofissional Colaborativa e do trabalho em equipe (Peduzzi *et al.*, 2016).

## 2.5. Clarificação de papéis

A clarificação de papéis refere-se à compreensão que os profissionais e formandos devem ter sobre seu processo de trabalho específico e suas funções, bem como sobre as funções dos demais profissionais. Também envolve a aplicação

adequada desse conhecimento para definir e contemplar os objetivos da atenção à saúde dos usuários e da comunidade (Peduzzi; Ciampone; Leonello, 2016).

Mais uma vez, destacam-se as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de odontologia, que pautam a formação no preparo para o trabalho interprofissional, refletido, na prática, por meio do compartilhamento de conhecimento com profissionais de outras áreas (Brasil, 2021).

Nas demais DCNs, observou-se pouco alinhamento com a competência colaborativa da clarificação de papéis. Nas DCNs de enfermagem, o foco está em identificar os vínculos de trabalho e a atuação na saúde (Brasil, 2001). Enquanto, na formação dos farmacêuticos, as DCNs restringem-se à competência de promover o progresso de pessoas e equipes, compreender as leis que regem as relações de trabalho, agir conforme suas incumbências e sua inserção nos propósitos da estrutura do serviço (Brasil, 2017).

No que se refere às DCNs de psicologia, destaca-se a atuação em equipes multiprofissionais, integrando conhecimentos específicos aos de outros profissionais, de forma a promover a integralidade da atenção (Brasil, 2023). Nos demais cursos, não foram identificados pontos associados ao domínio da clarificação de papéis. Portanto, de forma geral, pode-se afirmar que as DCNs avaliadas apresentam esclarecimentos limitados sobre esse domínio.

O fortalecimento da identidade profissional ocorre a partir do conhecimento das particularidades das outras profissões, por ações respeitosas, éticas e da busca constante por conhecimentos, assim como pela demarcação da área privativa profissional por meio da clarificação de papéis e da autonomia, sem agir com autoritarismo ou competitividade, mas compreendendo as limitações, o momento para solicitar colaboração e compartilhar atividades, identificando e fortalecendo sua identidade ao longo do tempo.

Ademais, por razões historicamente consolidadas, a formação e o exercício profissional em saúde para a compreensão dos campos limítrofes e da interdependência entre os profissionais configuram-se como um ponto complexo e desafiador na formação (Rossit *et al.*, 2018).

## 2.6. Dinâmica de funcionamento da equipe

Quando o conhecimento da dinâmica de funcionamento de equipe é desenvolvida, os profissionais passam a compreender os princípios essenciais que regem o trabalho em equipe para facilitar a colaboração interprofissional efetiva. Então, é necessário entender como as equipes são constituídas (Diniz; Melo; Vilar, 2021). Quanto a essa competência, as DCNs de enfermagem afirmam que deve ser garantido o estímulo às dinâmicas de trabalho em equipe (Brasil, 2001). Enquanto as diretrizes do curso de fisioterapia dizem que a faculdade deve capacitar o discente para encaminhar o indivíduo, sempre que necessário, a diferentes profissionais, correlacionando e instituindo a colaboração com o restante da equipe (Brasil, 2002).

Apesar de antiga, a DCN de enfermagem está sendo revista, e uma nova resolução está aguardando homologação. O documento fortalece a prática da interprofissionalidade e a interdisciplinaridade visando à promoção do trabalho em equipe que preserve a integridade da formação profissional em enfermagem (Brasil, 2024).

A DCN de psicologia diz que é essencial para o profissional adotar ações que contribuam para processos de trabalhos que envolvem profissionais de diferentes áreas, e organizar o trabalho de maneira cooperativa e solidária, compartilhando incumbências (Brasil, 2023).

Já na DCN do curso de odontologia, destaca-se um ponto importante sobre liderança, relacionado a um bom funcionamento da equipe, pois o profissional deve estar apto a construir vínculos colaborativos, estimular o desempenho da equipe e das ações, bem como promover modificações nos processos de trabalho, por meio da conversação, comunicação e participação efetivas e articuladas (Brasil, 2021). Contudo, nas demais Diretrizes, não foram identificados elementos característicos da dinâmica de funcionamento de equipe.

Então, o trabalho em equipe funciona quando os profissionais compreendem o trabalho a partir das dinâmicas relacionais, conseguindo

agregar conhecimentos diversos. Ou seja, o espaço coletivo por si só não é suficiente para promover a integração; é necessário operar como equipes que desenvolvem seus processos de trabalho na rotina, assim como a maneira pela qual atribuem significado ao seu respectivo funcionamento (Cintra; Doricci; Guanaes-Lorenzi, 2019).

## 2.7. Liderança colaborativa

A liderança colaborativa é conquistada quando os profissionais atuam de forma eficiente e sensível, desempenhando sua liderança com honestidade e compreensão, valorizando a equipe e incentivando seus membros, identificando e defendendo seus direitos, mas também exigindo o cumprimento das responsabilidades e a participação individual dos profissionais (Previato; Baldissera, 2017).

As Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de enfermagem e fisioterapia apontam a liderança como prática exercida em equipes multiprofissionais na assistência à saúde, em que os profissionais devem estar capacitados para assumir posturas de liderança, valorizando o bem-estar da comunidade. Além disso, exige que os profissionais estejam preparados para tomar iniciativas, gerenciar e administrar a força de trabalho, os recursos físicos, materiais e de informação, bem como para empreender, gerir, empregar ou liderar em equipes de saúde (Brasil, 2001; Brasil, 2002).

A DCN do curso de odontologia propõe a liderança como competência para o profissional atuante em equipes interprofissionais, desenvolvendo a colaboração e estimulando o desempenho coletivo (Brasil, 2021). A formação do farmacêutico também deve considerar a liderança, enfatizada por meio da interação, cooperação e comunicação (Brasil, 2017). Quanto à graduação em educação física deve promover a aprendizagem e o desenvolvimento de conhecimentos, competências e habilidades profissionais, incluindo participação, assessoria, coordenação, liderança e gerenciamento de equipes multiprofissionais nos campos de atuação (Brasil, 2018).

Em contrapartida, a DCN do curso de serviço social e de psicologia não apresentam a liderança como atribuição na formação desses profissionais, e Previato e Baldissera (2018) discutem que a liderança é um instrumento essencial, pois permite a junção dos processos de reflexão e teorização das vivências com as colaborações na produção do conhecimento. Os autores também apontam que esse domínio enfrenta dificuldades no processo de trabalho, representando uma fragilidade para a equipe de saúde.

## 2.8. Resolução de conflitos interprofissionais

A resolução de conflitos interprofissionais, enquanto competência colaborativa, possibilita a compreensão sobre si e aos outros, abraçando usuários, famílias e comunidades na construção e produção de conflitos e discordâncias (Peduzzi; Ciampone; Leonello, 2016). Para alcançar esse domínio, é necessário que os profissionais estejam preparados para resolver desacordos, transformando conflitos em pontos positivos, em que diferentes percepções são benéficas para a construção de relações colaborativas (Diniz; Melo; Vilar, 2021).

Por definição, conflito é um processo de luta, enfrentamento ou oposição entre duas ou mais partes com ideias ou opiniões divergentes (Ferreira, 2010). Estudos indicam que os trabalhadores da área da saúde constituem um grupo com maior potencial para gerar conflitos, pela complexidade do trabalho, desafios relacionados às doenças, imprevisibilidade das ocorrências, estrutura organizacional, hierarquia de comando e subordinação, entre outros fatores (Pereira *et al.*, 2021). Dessa forma, é imprescindível desenvolver competências para resolução de conflitos.

Corroborando com que foi dito antes, a DCN de odontologia destaca que o cirurgião-dentista deve ser capaz de se relacionar harmoniosamente com a equipe de saúde (Brasil, 2021). Já na DCN de psicologia também são consideradas competências para estruturar e conduzir processos em grupo, mediando conflitos em equipes de trabalho (Brasil, 2023). Quanto às demais

DCNs, não foram identificadas orientações específicas para a resolução de conflitos interprofissionais.

O processo de trabalho em saúde requer comunicação e interação entre trabalhadores e usuários, não apenas por processos racionais e operacionais, mas também pela comunicação e interação social, já que na rotina dos serviços de saúde, a ligação entre profissionais e a gestão nem sempre ocorre em plena compreensão (Carvalho; Peduzzi; Ayres, 2014).

De modo geral, aprender a resolver conflitos entre profissionais de saúde deve ser uma preocupação central na formação, já que conflitos não resolvidos impactam a qualidade da assistência multidisciplinar oferecida nos serviços. Diante dessa discussão, o Quadro II apresenta de forma resumida o alinhamento das DCNs dos cursos analisados quanto à proposta da Educação Interprofissional (EIP).

**Quadro II.** Alinhamento da DCNs dos discursos analisados quanto à proposta da Educação Interprofissional, Campina Grande, 2022.

DCN / Domínio	Comunicação interprofissional	Atenção centrada no paciente	Clarificação de papéis	Dinâmica de funcionamento da equipe	Liderança colaborativa	Resolução de conflitos interprofissionais
Enfermagem	X	X	X	X	X	
Fisioterapia	X	X		X	X	
Serviço Social	X	X				
Psicologia	X	X	X	X		X
Farmácia	X	X	X		X	
Educação Física	X				X	
Odontologia	X	X	X	X	X	X

Fonte: elaborado pelos autores.

### **3. Considerações finais**

A análise permitiu detectar a necessidade de atualização da maioria das DCNs dos cursos analisados, considerando o ano de sua publicação, sendo esse um dos principais fatores que justificam a ausência de uma contemplação plena da proposta da EIP. Entretanto, esse atraso na atualização das DCNs não impede que a prática interprofissional se fortaleça no conjunto das Instituições de Ensino Superior (IES).

As DCNs que melhor incorporaram a proposta da EIP e suas competências colaborativas são as do curso de odontologia, devido à recente atualização. Ainda assim, observam-se vestígios da uniprofissionalidade. Embora apresentem e assegurem aspectos importantes para a aplicabilidade da EIP, não abrangem todas as categorias discutidas.

Assim, é imprescindível fomentar novos estudos sobre a temática e incentivar investimentos no aprimoramento da EIP, na potencialização do trabalho interprofissional e colaborativo, contribuindo para a integralidade da assistência à saúde.

### **Referências**

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES nº 3, de 21 de junho de 2021*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Odontologia e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2021. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=191741-rces003-21&category\\_slug=junho-2021-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=191741-rces003-21&category_slug=junho-2021-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES nº 4, de 19 de fevereiro de 2002*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2002.

Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES nº 6, de 19 de outubro de 2017*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2017. Disponível em: [https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=74371-rces006-17-pdf&category\\_slug=outubro-2017-pdf&Itemid=30192](https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=74371-rces006-17-pdf&category_slug=outubro-2017-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução nº 6, de 18 de dezembro de 2018*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Educação Física e dá outras providências. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2018. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=104241-rces006-18&category\\_slug=dezembro-2018-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=104241-rces006-18&category_slug=dezembro-2018-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES nº 15, de 13 de março de 2002*. Estabelece as Diretrizes Curriculares para os cursos de Serviço Social. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2002. Disponível em: <https://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES152002.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES nº 1, de 11 de outubro de 2023*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2023. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=252621-rces001-23&category\\_slug=outubro-2023-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=252621-rces001-23&category_slug=outubro-2023-pdf&Itemid=30192). Acesso em: 15 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Parecer CNE/CES nº 443/2024, de 3 de julho de 2024*. Trata da revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Enfermagem, licenciatura e bacharelado. Documento não homologado. Processo nº 23001.000194/2016-12. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2024. Disponível em: [https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=264151-pces443-24&category\\_slug=julho-2024&Itemid=30192](https://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=264151-pces443-24&category_slug=julho-2024&Itemid=30192). Acesso em: 15 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Parecer Técnico nº 300/2017*. Princípios Gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área da Saúde. Anexo à Resolução CNE/CES nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0569\\_26\\_02\\_2018.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2018/res0569_26_02_2018.html). Acesso em: 04 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 287, de 08 de outubro de 1998*. Define e reconhece as áreas de atuação dos profissionais de saúde de nível superior. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/acesso-a-informacao/atos-normativos/resolucoes/1998/resolucao-no-287-pdf/@download/file>. Acesso em: 03 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 569, de 08 de dezembro de 2017*. Princípios Gerais para as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação

da Área da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2017/resolucao-no-569.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?*. 1. ed, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso em: 03 mar. 2025.

BRAVO RS. *Técnicas de investigação social: teoria e exercícios*. 7. ed. Madrid: Paraninfo, 1991.

CAMARA, A. M. C. S.; GROSSEMAN, S.; PINHO, D. L. M. Educação interprofissional no Programa PET-Saúde: a percepção de tutores. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 19, n. 1, p. 817-829, 2015.

CARVALHO, B. G.; PEDUZZI, M.; AYRES, J. R. C. M. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, 2014.

CELLARD, A. A. Análise documental. In: POUPART, J. et al. (org.). *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

CINTRA, T. S.; DORICCI, G. C.; GUANAES-LORENZI, C. Dinâmicas relacionais de equipes na estratégia de saúde da família. *Rev. SPAGESP*, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, p. 24–38, 2019.

COSTA, M. V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016.

DINIZ, A. L. T. M.; MELO, R. H. V.; VILAR, R. L. A. Análise de uma prática interprofissional colaborativa na estratégia saúde da família. *Revista Ciência Plural*, Natal, v. 7, n. 3, p. 137-157, 2021.

ELY, L. I.; TOASSI, R. F. C. Atividade de ensino integradora dos currículos na graduação em saúde: entre o multiprofissional, o interdisciplinar e o interprofissional. In: TOASSI, R. F. C., (org.). *Interprofissionalidade e formação em saúde: onde estamos?* Porto Alegre, RS: Rede UNIDA, 2017.

FERREIRA, A. B. H. *Mini Aurélio: o dicionário da língua portuguesa*. 8. ed. Curitiba, PR: Positivo, 2010.

FREIRE FILHO, J. R. et al. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 1, p. 86-96, 2019.

LIMA, A. W. S. et al. Percepção e manifestação de competências colaborativas em discentes da graduação em saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, São Paulo, v. 28, p. 1-11, 2020.

LIMA, V. V. et al. Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 22, n. 2, p. 1549-1562, 2018.

MAGNAGO, C. et al. Os efeitos do PET-Saúde Interprofissionalidade na atenção primária à saúde: um olhar dos preceptores. *Medicina (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, SP, v. 57, n. 2, p.

1-15, 2025. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2024.223390>. Acesso em: 30 jun. 2025.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub\\_oms\\_marco\\_acao\\_eip.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_oms_marco_acao_eip.pdf). Acesso em: 12 mar. 2025.

PEDUZZI, M. Educação Interprofissional para o Desenvolvimento de Competências Colaborativas em Saúde. In: TOASSI, R. F. C. (org.). *Interprofissionalidade e formação em saúde: onde estamos?* Porto Alegre, RS: Rede Unida, 2017.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T.; LEONELLO, V. M. Trabalho em Equipe e Prática Colaborativa. In: KURCGANT, P.(org.). *Gerenciamento em Enfermagem*. 3. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2016.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: MARTINS, M. A. et al. (org.). *Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria*. 2. ed. Barueri: Manole, 2016. p. 171–179.

PEREIRA, R. S. et al. Resolução de conflitos em serviços de saúde e práticas restaurativas: o desafio da gestão. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 1-8, 2021.

PINHEIRO, R. Integralidade em Saúde. In: PEREIRA, I. B., LIMA, J. C. F., (orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: EPSJV, 2008.

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*, Botucatu, SP, v. 22, n. 2, p. 1535-1547, 2018.

PREVIATO, G. F.; BALDISSERA, V. D. A. A liderança colaborativa no processo de trabalho das equipes da atenção primária à saúde. In: ENCONTRO INTERNACIONAL DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA - EPCC. 10, 2017. Maringá. *Anais[...]*. Maringá, PR: UNICESUMAR – Centro Universitário de Maringá, 2017.

SCHIMITH, M. D. et al. Comunicação em saúde e colaboração interprofissional na atenção a crianças com condições crônicas. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, SP, v. 29, p. 1-9, 2021.

TOASSI, R. F. C. et al. Ensino da graduação em cenários da atenção primária: espaço para aprendizagem interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 2-18, 2020.

# CAPÍTULO 6

## A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE: POR UMA FORMAÇÃO CENTRADA NAS PESSOAS E NO FORTALECIMENTO DO SUS

Marcelo Viana da Costa  
Reneide Muniz da Silva  
Gilliatt Hanois Falbo Neto

### 1. Introdução

A adoção da Educação Interprofissional em Saúde (EIP) pela Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) constitui um movimento institucional que responde a um compromisso ético, político e social com a formação de profissionais comprometidos com o Sistema Único de Saúde (SUS). Desde sua criação, a FPS tem se pautado pelo ideal de formação de excelência voltada para o cuidado às populações em situação de vulnerabilidade, alinhando-se aos princípios da universalidade, integralidade e equidade. A EIP, nesse contexto, surge como uma abordagem essencial para a superação da fragmentação do cuidado e para o fortalecimento do trabalho em equipe na atenção à saúde (World Health Organization, 2010).

A crescente complexidade dos sistemas de saúde e a interdependência entre diferentes áreas do conhecimento tornam indispensável a formação de profissionais com competências colaborativas. A EIP tem se consolidado internacionalmente como uma estratégia promissora para qualificar os processos

de cuidado, promover a segurança do paciente e fomentar a cultura do trabalho em equipe (Reeves *et al.*, 2016). Reconhecendo essa demanda, a FPS incorporou em seu projeto pedagógico a EIP como eixo estruturante, por compreender que as práticas interprofissionais precisam ser fomentadas desde os anos iniciais da formação profissional, em ambientes que favoreçam a aprendizagem colaborativa e interativa, centrada nas necessidades de saúde das pessoas.

A inserção da EIP nos currículos dos cursos de graduação da FPS foi acompanhada de uma reforma curricular e da adoção de metodologias ativas, com destaque para a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), que favorece a aprendizagem significativa e a atuação integrada dos estudantes. A institucionalização da EIP como componente estruturante do processo formativo responde às diretrizes nacionais e internacionais para a formação em saúde e se alinha à compreensão de que a interprofissionalidade é um caminho necessário para a transformação dos modelos de atenção e de gestão do cuidado (D'Amour; Oandasan, 2005).

Para viabilizar esse processo formativo, a FPS instituiu o Centro de Aprendizagem e Atenção Interprofissional em Saúde (CAAIS), concebido como espaço inovador de duplo objetivo: assistencial e educacional – ambos na perspectiva interprofissional. A estrutura do CAAIS, com ambientes projetados para acolhimento interprofissional, qualificação do desempenho da equipe, planejamento e consultas interprofissionais representa um investimento institucional na superação das barreiras físicas e culturais que historicamente dificultam a interação entre diferentes profissões da saúde (Barr *et al.*, 2005). Além disso, o CAAIS articula ações pedagógicas, assistenciais e científicas, fortalecendo a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão.

Essa estratégia se articula ainda com os compromissos da FPS com a pesquisa e a formação docente qualificada, por meio de iniciativas como a criação de programas de pós-graduação voltados à EIP e o estabelecimento de parcerias com instituições nacionais e internacionais. Ao investir na formação de profissionais e pesquisadores na área, a FPS busca assegurar a sustentabilidade de suas ações

interprofissionais e contribuir com a produção de evidências que qualifiquem as práticas de cuidado e os modelos de formação em saúde (Thistlthwaite, 2012).

Este capítulo tem o objetivo de relatar a experiência de adoção institucional da Educação Interprofissional em Saúde como princípio formativo, destacando as estratégias pedagógicas, os dispositivos curriculares e os fundamentos que orientam a formação centrada no usuário.

## 2. Desenvolvimento

### 2.1. Métodos

O presente capítulo apresenta um relato de caso institucional com abordagem qualitativa, descriptiva e interpretativa, articulado aos princípios da sistematização de experiências. Essa escolha metodológica se justifica pela intenção de compreender e relatar, de forma crítica e situada, o processo de adoção da EIP na FPS, destacando seus fundamentos político-pedagógicos, estratégias implementadas, avanços alcançados, continuidades e desafios enfrentados ao longo do percurso.

Inspirada na proposta de Jara Holliday (2006), a sistematização de experiências foi concebida não apenas como uma forma de registro de práticas, mas como um processo de análise crítica e reflexiva, que busca compreender o sentido das ações realizadas em seu contexto histórico, institucional e social. Tal abordagem permite valorizar os saberes construídos na prática e produzir conhecimentos relevantes para outras instituições interessadas em implementar modelos formativos centrados na interprofissionalidade.

O estudo de caso, por sua vez, segue os princípios propostos por Stake (1995) e Merriam (2009), sendo definido como um recorte analítico de uma unidade institucional única – a FPS – considerada representativa por sua proposta curricular inovadora e por seu compromisso declarado com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A abordagem adotada visa à compreensão em profundidade do fenômeno em seu contexto real, considerando a perspectiva dos

sujeitos envolvidos e os condicionantes organizacionais, pedagógicos e sociais. A perspectiva reflexiva, inerente à sistematização de experiências, contribuiu para reconhecer as tensões e limitações do processo, evitando uma visão linear ou idealizada da trajetória institucional.

## O plano de adoção da EIP na FPS

A adoção da EIP na FPS não foi concebida como um conjunto isolado de ações, mas como um movimento institucional sustentado por fundamentos teóricos, compromisso político-pedagógico e intencionalidade formativa. O plano elaborado visa responder aos desafios impostos por modelos formativos historicamente fragmentados e reforçar a construção de práticas colaborativas orientadas à integralidade do cuidado. Demonstra o compromisso com a formação de trabalhadores aptos ao trabalho em equipe, especialmente em sistemas públicos universais como o SUS (Parada-Baños, 2024).

Partindo da compreensão de que a educação interprofissional em saúde alinha-se à complexidade dos problemas enfrentados nos territórios e nas redes de atenção (Kauff *et al.*, 2023) o plano da FPS se organiza em cinco eixos estratégicos: (1) mapeamento de oportunidades curriculares; (2) reforma curricular orientada pela EIP; (3) desenvolvimento docente e preceptoria colaborativa; (4) organização e fortalecimento das práticas interprofissionais no CAAIS; e (5) produção de evidências científicas sobre os processos e efeitos da interprofissionalidade.

O primeiro eixo aborda o mapeamento de oportunidades para a EIP nos cursos de graduação, reconhecendo que a integração curricular exige uma análise crítica das estruturas já existentes. A interprofissionalidade não se efetiva espontaneamente: é necessário identificar pontos de contato entre os cursos e fomentar experiências que exponham os estudantes à diversidade de saberes desde os primeiros momentos da formação (De Medeiros Pereira *et al.*, 2024).

No segundo eixo, o foco está na reforma curricular com base em competências colaborativas. Esse processo ressalta a importância de explicitar

nos currículos os objetivos interprofissionais e de oferecer experiências práticas e progressivas — desde a exposição, passando pela imersão até a atuação colaborativa avançada (Price *et al.*, 2024). A FPS avançou na inserção dos objetivos de aprendizagem com explícita intencionalidade no desenvolvimento de competências interprofissionais compartilhadas, além da realização de oficinas para o desenvolvimento de instrumentos de avaliação da aprendizagem em contextos interprofissionais.

O desenvolvimento docente foi o terceiro eixo do plano. A implementação efetiva da EIP exigiu docentes preparados para atuar como mediadores de aprendizagens colaborativas, rompendo com práticas centradas na transmissão de conhecimentos. O sucesso da EIP depende da formação de docentes, tutores e preceptores capazes de facilitar processos reflexivos, lidar com conflitos intergrupais e promover o protagonismo discente (El-Awaisi *et al.*, 2021).

O quarto eixo refere-se ao CAAIS, espaço físico e pedagógico estruturado como ambiente integrador entre ensino e assistência. O centro incorpora práticas interprofissionais em contexto real, ampliando a articulação entre os cursos e a comunidade do entorno da FPS. A iniciativa reforça a aprendizagem interprofissional baseada na prática, uma das formas mais potentes de desenvolvimento de competências colaborativas. Ao incluir o mapeamento das necessidades da comunidade atendida, bem como processos de planejamento e participação ativa dos usuários e comunidade, a FPS também integra os princípios da responsabilidade social à sua proposta formativa (Costa *et al.*, 2022).

Por fim, o quinto eixo trata da elaboração e publicação de evidências científicas sobre os efeitos da EIP, num esforço de qualificar e mensurar o processo e os resultados das práticas no ensino e assistenciais orientadas pela interprofissionalidade no contexto da FPS. A mudança paradigmática para uma educação transformadora exige o desenvolvimento de uma base de evidências robusta, capaz de guiar políticas educacionais e práticas institucionais sustentáveis (Meitar *et al.*, 2024).

O plano expressa uma opção político-pedagógica por uma educação interprofissional que reconhece a interdependência entre os campos da formação e do trabalho em saúde e a centralidade das pessoas e comunidade. Espera-se que esse percurso possa não apenas inspirar outras instituições, mas também contribuir com o avanço do campo da interprofissionalidade no Brasil e na América Latina.

## A adoção da aprendizagem baseada em problemas interprofissional na FPS

A adoção da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) em formato interprofissional na FPS constitui uma das estratégias centrais do plano de institucionalização da EIP. Reconhecendo que a ABP favorece o debate e desenvolvimento de competências interprofissionais, a FPS buscou adaptar essa metodologia para responder às exigências formativas da colaboração interprofissional, de forma integrada aos currículos já existentes. Em consonância com essa proposta, Phelan *et al.* (2022), ao realizar uma revisão sistemática com 32 estudos sobre ABP interprofissional, identificaram ganhos substanciais em competências-chave, tais como clareza de papéis, comunicação efetiva e trabalho em equipe, aspectos fundamentais para a prática colaborativa em saúde.

Inicialmente, a proposta de incorporação da ABP interprofissional foi guiada pela lógica da complementariedade temática, com o intuito de evitar grandes mudanças nos projetos pedagógicos dos cursos e de aproveitar a convergência de temas comuns aos diversos cursos. No entanto, a proposta foi recebida com algumas ressalvas por parte dos docentes e coordenadores, especialmente devido ao risco de sobreposição de conteúdos, repetição de temas e competição entre os cursos, desafios reconhecidos por estudos que analisam os entraves à integração curricular interprofissional (O'Keefe; Ward, 2018).

Como resposta a essas tensões, optou-se pela criação de um módulo específico de ABP interprofissional em cada semestre, do primeiro ao quinto

período, compartilhado por todos os cursos. Cada módulo apresenta problemas estruturados não em torno de conteúdos disciplinares específicos, mas a partir de situações-problema das práticas em saúde, com foco no desenvolvimento de competências interprofissionais (Chu *et al.*, 2023). Essa foi uma decisão que partiu do pressuposto de que a EIP deve ser centrada em problemas reais e complexos do cotidiano dos serviços, estimulando a elaboração colaborativa de soluções entre os estudantes de diferentes cursos (Hosny *et al.*, 2025).

A elaboração dos problemas seguiu uma metodologia participativa, com oficinas de validação conduzidas junto aos docentes dos cursos, o que contribuiu para alinhar expectativas e garantir a pertinência dos casos à realidade dos serviços e à intencionalidade formativa interprofissional. Além disso, foram organizados grupos focais de avaliação com os estudantes, com o objetivo de explorar suas percepções sobre os problemas, as dinâmicas dos grupos e as principais aprendizagens.

Aspecto identificado no processo de organização da ABP interprofissional foi a tendência de alguns docentes de não estimularem a interação entre os estudantes de diferentes cursos, o que compromete o caráter interprofissional da metodologia. Essa limitação está associada, em parte, à formação dos docentes e à ausência de experiências prévias com dinâmicas de formação interprofissional. A facilitação da aprendizagem interprofissional é condição indispensável para o sucesso da EIP, e requer competências para promover a aprendizagem entre pares, gerir conflitos de identidade profissional e estimular ambientes colaborativos (Cimino *et al.*, 2022).

A experiência da FPS com a ABP interprofissional revela que a simples coexistência de estudantes de diferentes cursos em um mesmo espaço não garante a aprendizagem interprofissional. É necessário intencionalidade pedagógica, alinhamento curricular, formação e alinhamento docente e escuta ativa dos estudantes para que a metodologia contribua de forma efetiva para o desenvolvimento de competências colaborativas, em consonância com os desafios contemporâneos da formação em saúde.

## O Centro de Atenção e Aprendizagem Interprofissional em Saúde (CAAIS): Práticas colaborativas centradas no usuário

No processo de institucionalização da EIP na FPS, o CAAIS representa o principal espaço para a vivência de práticas interprofissionais centradas nas necessidades dos usuários. A estrutura do CAAIS é orientada por um duplo objetivo: educacional e assistencial. Do ponto de vista pedagógico, oferece um cenário de práticas no qual estudantes de distintos cursos compartilham a responsabilização pelo cuidado, desenvolvendo competências interprofissionais, éticas, clínicas, humanísticas e culturais. No aspecto assistencial, oferece atendimento à população do entorno, consolidando-se como espaço de integração ensino-serviço-comunidade e de fortalecimento do vínculo com a comunidade e responsabilidade social da instituição (Costa *et al.*, 2022).

Os processos de aprendizagem e de prática interprofissional no CAAIS são organizados em torno de quatro eixos interdependentes: acolhimento interprofissional, qualificação do desempenho da equipe, planejamento interprofissional e seguimento interprofissional. Esses eixos não se desenvolvem de forma linear, mas se articulam continuamente, permitindo uma abordagem formativa centrada na complexidade do cuidado e na dinâmica relacional entre profissionais, estudantes, docentes e usuários.

No acolhimento interprofissional, o usuário ou sua família são recebidos por uma equipe disposta em círculo, sem barreiras físicas, como mesas, reforçando a horizontalidade das relações. Nesse momento, os profissionais e estudantes suspendem o olhar biomédico tradicional e se abrem à narrativa do usuário, que conduz à construção da escuta e do vínculo. O cuidado centrado na pessoa exige que as necessidades, preferências e valores do usuário guiem todas as decisões clínicas (English, 2018). O acolhimento no CAAIS, portanto, encerra-se com o levantamento das expectativas do usuário, elemento fundamental que passa a nortear todo o planejamento do cuidado interprofissional.

O segundo eixo, de qualificação do desempenho da equipe, é dedicado à análise coletiva do acolhimento realizado. Estudantes que

participaram como observadores refletem sobre os pontos fortes e aspectos a serem aprimorados, sempre com foco no aperfeiçoamento da atuação interprofissional colaborativa. Não se trata de emitir julgamentos individuais, mas de promover um ambiente seguro para a prática reflexiva e inovações no cuidado. Esse tipo de dinâmica está alinhado à aprendizagem reflexiva, essencial na formação interprofissional (Khalili, 2025).

No momento de planejamento interprofissional, a equipe retoma as expectativas e necessidades identificadas no acolhimento para elaborar, de forma colaborativa e interativa, um plano de atuação interprofissional. Todos os estudantes participantes são estimulados a participar ativamente, respeitando as especificidades e escopos de práticas.

O processo culmina no seguimento interprofissional, em que o usuário retorna para conhecer e discutir o plano elaborado. Nesse momento, a equipe apresenta suas propostas e escuta as reações do usuário, que tem a possibilidade de concordar, sugerir ajustes ou recusar determinadas condutas. O seguimento é compreendido como parte essencial do cuidado colaborativo, pois reafirma a corresponsabilidade entre equipe e usuário e permite a avaliação contínua da efetividade das ações planejadas.

Em todos esses momentos, o desenvolvimento das competências interprofissionais é intencionalmente estimulado. Os usuários são informados previamente sobre os objetivos educacionais e assistenciais do CAAIS e preenchem termos de consentimento livre e esclarecido. Os docentes, por sua vez, contam com roteiros específicos de facilitação da aprendizagem para cada um dos quatro eixos, promovendo a coerência pedagógica das ações e assegurando o foco na EIP.

## A(s) intencionalidade(s) pedagógica(s) no CAAIS

No CAAIS, a aprendizagem não se dá de modo casual ou espontâneo: ela é sistematicamente planejada, mediada e avaliada, de modo a estimular o estudante a aprender em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar

a colaboração e a qualidade dos cuidados (Reeves, 2016). Essa intencionalidade se concretiza em roteiros e estratégias pedagógicas claras para cada um dos momentos do processo formativo: acolhimento, qualificação do desempenho da equipe, planejamento interprofissional e seguimento interprofissional.

O acolhimento interprofissional é o ponto de partida da experiência formativa. Nele, o usuário conduz a narrativa sobre suas necessidades, e a equipe se organiza em círculo, sem barreiras físicas ou simbólicas, para ouvir com atenção. A liberdade para que os profissionais formulem perguntas fora de seus escopos técnicos estimula a compreensão ampliada dos problemas e a valorização de múltiplos olhares. Nesse cenário, a pedagogia da escuta não é apenas um recurso de humanização, mas um exercício intencional de construção da interprofissionalidade desde os primeiros contatos com o cuidado.

A intencionalidade pedagógica do acolhimento reside na criação de um ambiente que favoreça a convivência com a imprevisibilidade, a suspensão de roteiros pré-estabelecidos e o reconhecimento do usuário como protagonista do processo de cuidado. O estudante aprende, com e sobre o outro, a reorganizar sua atuação em equipe a partir das necessidades do usuário, compreendendo que a prática clínica exige flexibilidade, sensibilidade e corresponsabilidade. O acolhimento, portanto, inaugura uma lógica formativa que desafia hierarquias disciplinares e convida à colaboração genuína (Vogler *et al.*, 2018).

Na etapa de qualificação do desempenho da equipe, a proposta pedagógica é desenvolver competências reflexivas e relacionais. Após o acolhimento, os estudantes analisam a atuação da equipe, discutem estratégias de comunicação, identificam pontos de melhoria e reconhecem as boas práticas observadas. A avaliação não se limita ao desempenho técnico, mas se ancora em uma perspectiva apreciativa e formativa, mediada por tutores, com foco no fortalecimento das relações interprofissionais e no aprimoramento da prática colaborativa.

Ao refletir coletivamente sobre sua atuação, os estudantes reconhecem a importância da comunicação, da valorização da diversidade profissional e da corresponsabilidade pelos resultados do trabalho em saúde. A mediação

pedagógica nesse processo reforça a ideia de que o aprendizado colaborativo é tão importante quanto o conhecimento técnico (Sevin *et al.*, 2018).

O planejamento interprofissional dá continuidade ao processo educativo e assistencial, articulando os saberes dos diferentes profissionais na elaboração de um plano de cuidado. Nesse momento, a intencionalidade pedagógica se expressa na exigência de que as ações sejam fundamentadas nas necessidades identificadas no acolhimento e que as decisões sejam tomadas com base em objetivos comuns da equipe. A comunicação interprofissional é novamente central, estruturando a dinâmica do grupo e garantindo que todos possam contribuir de maneira equitativa e qualificada (Okpala, 2021).

Ao vivenciar esse processo, os estudantes ampliam sua capacidade de trabalhar com diferentes perspectivas, negociando sentidos e aprendendo a mediar conflitos de forma construtiva. O planejamento, assim, torna-se também um exercício de formação ética e política, em que a centralidade do usuário, o diálogo e a corresponsabilidade são reafirmados como valores formativos.

O seguimento interprofissional representa a reafirmação do compromisso da equipe com o cuidado centrado na pessoa. A prática é retomada à luz dos objetivos definidos pela equipe, e o plano de cuidado é apresentado ao usuário para validação. Do ponto de vista pedagógico, o seguimento promove a integração das aprendizagens específicas e interprofissionais, tornando visível o desenvolvimento de competências como comunicação interpessoal, liderança colaborativa, tomada de decisão compartilhada e gerenciamento de conflitos.

A presença ativa do usuário é elemento central nesse percurso: suas percepções, escolhas e expectativas participam da construção e da reavaliação do plano de cuidado, reafirmando o compromisso com uma atenção centrada na pessoa. Assim, o seguimento exige avaliações sucessivas e integradas, que possibilitam ajustes no processo terapêutico e garantem a corresponsabilidade entre equipe e usuário ao longo do cuidado.

Os estudantes são estimulados a identificar as competências que mobilizaram ao longo da experiência e aquelas que ainda precisam desenvolver,

tanto no âmbito da própria profissão quanto na atuação em equipe. A mediação docente assume papel fundamental ao orientar a autorreflexão e ao garantir que os relatos contemplam dimensões interprofissionais da aprendizagem. A ausência desses elementos nos discursos discentes é, inclusive, indicativo da necessidade de aprimorar os processos de facilitação e de tornar ainda mais explícita a intencionalidade pedagógica da EIP (Ruiz; Ezer; Purden, 2013).

A vivência de práticas interprofissionais integradas, sustentadas por estratégias pedagógicas claras e coerentes, contribui para a construção de uma cultura formativa que valoriza a corresponsabilidade, o diálogo e a centralidade do usuário. Com isso, a FPS fortalece a formação de profissionais comprometidos com a construção de um SUS mais integral, equitativo e centrado nas pessoas.

### **3. Considerações finais**

A experiência da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) evidencia que formar para a colaboração é uma necessidade inadiável diante da complexidade crescente dos cuidados em saúde e das desigualdades que persistem no contexto atual. A EIP, na FPS, não é um adendo metodológico, mas uma diretriz formativa que reposiciona os sujeitos, os saberes e as práticas no processo educativo, reafirmando a centralidade das necessidades das pessoas e o compromisso com o SUS.

Implementar a EIP em uma instituição de ensino superior exige mais do que ajustes curriculares: requer revisão de paradigmas, reorganização de práticas docentes, escuta institucional e abertura para a experimentação. Enfrentam-se resistências, sobrecargas, tensões entre profissões e entre modelos formativos. Mas são justamente esses desafios que reforçam o valor da proposta: é preciso criar condições para que os futuros profissionais aprendam a dialogar, negociar, escutar e construir soluções de forma colaborativa e interprofissional – não como exceção, mas como parte de sua identidade profissional.

Mais do que uma estratégia didática, a EIP é um posicionamento

ético e político diante dos desafios da formação em saúde. Investir na interprofissionalidade é apostar em equipes mais preparadas, cuidados mais integrais e sistemas de saúde mais justos. E essa aposta exige coragem, persistência e compromisso com a transformação.

## Referências

- BARR, H. *et al.* *Effective interprofessional education: argument, assumption and evidence (promoting partnership for health).* [S. l.], John Wiley & Sons, 2008.
- CHU, M. *et al.* Interprofessional education in problem-based learning: A frontier form of PBL in medical education. *Journal of Education and Health Promotion*, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 1-9, 2023.
- CIMINO, F. M. *et al.* Can we realize our collaborative potential? a critical review of faculty roles and experiences in interprofessional education. *Academic Medicine*, [S. l.], v. 97, n. 11S, p. S87-S95, 2022.
- D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, [S. l.], v. 19, n. , p. 8-20, 2005. Sup. 1.
- DA COSTA, M. V. *et al.* Interprofessional education: Lessons learned from a Brazilian experience. *Medical Education*, [S. l.], v. 56, n. 8, 2022.
- DE MEDEIROS PEREIRA, A. K. A. *et al.* Mapeamento de possibilidades de iniciativas de educação interprofissional: um estudo de caso. *Medicina (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 57, n. 2, p. 1-21, 2024.
- EL-AWAISI, A. *et al.* Insights from healthcare academics on facilitating interprofessional education activities. *Journal of Interprofessional Care*, [S. l.], v. 35, n. 5, p. 760-770, 2021.
- ENGLISH, K. Guidance on providing patient-centered care. In: *Seminars in hearing*. Thieme Medical Publishers, [S. l.], 2022. p. 099-109.
- HOSNY, S. *et al.* Interprofessional learning in practice-based settings: AMEE Guide No. 169. *Medical teacher*, [S. l.], v. 47, n. 2, p. 182-194, 2025.
- KAUFF, M. *et al.* Teaching interprofessional collaboration among future healthcare professionals. *Frontiers in psychology*, [S. l.], v. 14, p. 1-6, 2023.
- KHALILI, H. Learning theories and their applications in interprofessional education (IPE) to foster dual identity development. *Journal of Interprofessional Care*, [S. l.], v. 39, n. 3, p. 338-347, 2025.
- MEITAR, D. *et al.* Transformative Leadership Training in Medical Education: A Topology. *Teaching and Learning in Medicine*, [S. l.], v. 36, n. 1, p. 99-106, 2024.
- O'KEEFE, M.; WARD, H. Implementing interprofessional learning curriculum: how problems

- might also be answers. *BMC Medical Education*, [S. l.], v. 18, p. 1-9, 2018.
- OKPALA, P. Addressing power dynamics in interprofessional health care teams. *International Journal of Healthcare Management*, [S. l.], v. 14, n. 4, p. 1326-1332, 2021.
- PARADA-BAÑOS, A. J. Interprofessional education and collaborative practice: Strategies to transform a health system. *Revista de Salud Pública*, [S. l.], v. 26, n. 3, 2024.
- DE MEDEIROS PEREIRA, A. K. A. et al. Mapeamento de possibilidades de iniciativas de educação interprofissional: um estudo de caso. *Medicina (Ribeirão Preto)*, Ribeirão Preto, v. 57, n. 2, 2024.
- PHELAN, D.; BARRETT, T.; LENNON, O. Does Interprofessional Problem-Based Learning (iPBL) Develop Health Professional Students' Interprofessional Competences? A Systematic Review of Contexts, Mechanisms and Outcomes. *Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning*, [S. l.], v. 16, n. 1, p. n1, 2022.
- PRICE, S. et al. A longitudinal study of interprofessional education experiences among health professional graduates. *Advances in Health Sciences Education*, [S. l.], v. 30, p. 735-754, 2024.
- REEVES, S. et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Medical teacher*, [S. l.], v. 38, n. 7, p. 656-668, 2016.
- RUIZ, M. G.; EZER, H.; PURDEN, M. Exploring the nature of facilitating interprofessional learning: Findings from an exploratory study. *Journal of Interprofessional Care*, [S. l.], v. 27, n. 6, p. 489-495, 2013.
- SEVIN, A. M. et al. Assessing interprofessional education collaborative competencies in service-learning course. *American Journal of Pharmaceutical Education*, [S. l.], v. 80, n. 2, p. 32, 2016.
- THISTLETHWAITE, J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Medical education*, [S. l.], v. 46, n. 1, p. 58-70, 2012.
- VOGLER, J. S. et al. The hard work of soft skills: augmenting the project-based learning experience with interdisciplinary teamwork. *Instructional Science*, [S. l.], v. 46, p. 457-488, 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: WHO, 2010.

# CAPÍTULO 7

## ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS PARA A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: FORTALECENDO SABERES E PRÁTICAS COLABORATIVAS

Andrezza Karine Araújo de Medeiros Pereira  
Ildone Forte de Moraes  
Júlia Costa Maia  
Soraya Maria de Medeiros

### 1. Introdução

A formação em saúde no Brasil vem sendo desafiada a superar modelos pedagógicos tradicionais, historicamente marcados pela fragmentação do cuidado e pela formação isolada de profissionais (Araújo, 2023). As experiências de Educação Interprofissional em Saúde (EIP) são bastantes escassas, com dificuldades de avançar na implementação de estágios e atividades práticas interprofissionais (Pereira *et al.*, 2025).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a EIP acontece quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde (OMS, 2010). O conceito demarca a centralidade dada à colaboração, ressaltando que a EIP é capaz de construir competências para a prática colaborativa eficaz.

Nesse cenário, a EIP emerge como uma proposta transformadora, especialmente por seu potencial de articular saberes e práticas distintas na

construção de uma atenção integral à saúde (Ogata *et al.*, 2021); além de ser considerada uma estratégia relevante diante de um cenário epidemiológico complexo, demandando profissionais preparados para atuar de forma integrada, crítica e centrada nas necessidades da população (Rios *et al.*, 2020; Souza, 2020).

Alinhada aos princípios do SUS, como a integralidade e a humanização, a EIP amplia a capacidade de resposta das equipes e ressignifica o ensino por meio do diálogo entre saberes e práticas colaborativas (Brasil, 2025; 1990).

No entanto, sua consolidação requer planejamento pedagógico intencional, objetivos de aprendizagem, definição de competências colaborativas, cenários de aprendizagens, estratégias metodológicas e avaliativas e a formação de docentes como facilitadores da aprendizagem interprofissional. Um estudo recente evidenciou que currículos ancorados na interprofissionalidade fortalecem o cuidado centrado na pessoa, a construção compartilhada e a efetivação dos princípios do SUS (Souza; Rossit, 2025), sendo imprescindível refletir sobre estratégias capazes de incrementar e qualificar as experiências de EIP existentes.

Nesse contexto, as metodologias ativas ganham destaque por romperem com a lógica transmissiva do ensino e promoverem ambientes de aprendizagem dialógica, crítica e situada (de Medeiros Pereira *et al.*, 2023). Refletir sobre estratégias metodológicas capazes de subsidiar a aprendizagem em pequenos grupos interprofissionais é um aspecto importante tanto para o fortalecimento da EIP no contexto brasileiro quanto para demarcar a intencionalidade de formar profissionais capazes de atuar de forma ética, solidária, integrada e colaborativa.

Nesse sentido, este estudo tem como questão norteadora: quais metodologias favorecem a aprendizagem em pequenos grupos interprofissionais na formação de profissionais da saúde? O estudo tem como objetivo analisar estratégias metodológicas que contribuem para o fortalecimento da EIP e para a qualificação do trabalho em equipe no âmbito do SUS.

## **2. Desenvolvimento**

### **2.1. Método**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa (Minayo, 2014) com abordagem compreensiva (Turato, 2005), realizada com docentes, estudantes e trabalhadores da saúde vinculados ao PET-Saúde Interprofissionalidade<sup>1</sup>. Este programa é uma iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação, que busca fortalecer a formação em saúde por meio de práticas colaborativas no SUS. No eixo da interprofissionalidade, promove grupos tutoriais com estudantes de diferentes áreas. Esses grupos, orientados por tutores e preceptores, estimulam o trabalho em equipe e a aprendizagem integrada.

A coleta de dados ocorreu em três *campi* da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN): Caicó, Santa Cruz e Natal. Foram realizadas dezoito entrevistas individuais com participantes do programa, envolvendo diferentes profissões da saúde. As entrevistas foram conduzidas de forma remota e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo temática, conforme proposta por Bardin (2016). A discussão dos achados foi fundamentada em uma revisão narrativa da literatura, com busca sistemática em bases como SciELO, LILACS e PubMed. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da UFRN, sob o nº 4.630.008, em conformidade com as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. No que diz respeito à garantia do anonimato dos participantes do estudo, foram selecionados nomes de plantas, que geralmente são cultivadas em casas ou apartamentos, a saber: *Espada de São Jorge*, *Bambu da Sorte*, *Comigo Ninguém Pode*, *Orquídea*, *Girassol*, *Bromélia*, entre outras.

### **2.2. Resultados e Discussão**

A pesquisa revelou a adoção de diversas metodologias ativas como estratégias impulsionadoras para promover a EIP. Entre as principais,

---

<sup>1</sup> Estudo foi elaborado como desdobramento da tese de doutorado intitulada PET-Saúde Interprofissionalidade: intencionalidade e contribuições dos projetos para a indução de mudanças na formação em saúde.

destacam-se a **Aprendizagem Baseada em Equipes (TBL)**, **Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL)**, os estudos e discussões de caso, simulação clínica e a aprendizagem baseada na prática, todas vivenciadas no âmbito do PET-Saúde. Essas abordagens foram relatadas diretamente pelos participantes, evidenciando práticas interprofissionais reais e colaborativas.

*Espada de São Jorge*, exemplifica a aplicação do TBL:

“[...] a gente queria fazer Team Based Learning (TBL) [...] e conseguimos usar o formato de discussão de caso ampliado [...]” (*Espada de São Jorge*).

Com a participação ativa de estudantes de distintas profissões, o TBL mostrou-se fundamental para o desenvolvimento de competências colaborativas. Conforme apontam Nakamura *et al.* (2020), essa abordagem favorece a formação de equipes mistas, estimulando a autonomia dos alunos e promovendo reflexões sobre seus próprios papéis e os das demais profissões na equipe de saúde. Tal dinâmica contribui para o fortalecimento de atitudes cooperativas e para a construção de uma postura ética e integrada no processo formativo.

Declarações como “Eu coopero com os colegas para promover o trabalho em equipe” traduzem a superação de posturas segregadoras e individualistas, com a percepção de que “o outro pode fazer por mim”, possibilitando a desconstrução de estereótipos profissionais, além do reconhecimento da interdependência e complementaridade entre as diferentes categorias. Isso reforça a importância de tomada de decisões conjuntas mediante casos clínicos complexos.

Nos grupos analisados, a aplicação do TBL promoveu práticas concretas de comunicação eficiente, divisão equitativa das responsabilidades, liderança compartilhada e atenção centrada nas problemáticas dos pacientes. Esses comportamentos contribuíram para acelerar o desenvolvimento coletivo da equipe, como também influenciaram positivamente outros estudantes a uma cultura interprofissional sólida e cooperativa no ambiente acadêmico.

O PBL também foi outra estratégia utilizada, conforme apontado por *Bambu da Sorte*:

[...] os grupos tutoriais eles acabam interagindo muito entre eles para a construção dos problemas lá do PBL, que é o **ensino baseado em problemas** [...] a gente fez problematizações, onde soltava questões disparadoras e esperava a discussão mais interativa [...] (Bambu da sorte).

O PBL estimula o desenvolvimento de habilidades cognitivas como pensamento crítico, reflexão e gerenciamento do tempo, além de favorecer a comunicação interprofissional e a aprendizagem ativa, por meio da resolução colaborativa de problemas clínicos, mediada por tutores.

Essa estratégia metodológica mostrou-se potente para promover a integração de saberes entre diferentes profissões, fortalecendo a integralidade do cuidado e atitudes colaborativas baseadas no respeito e na confiança mútua. Azzahrani (2024) e Santos (2024) enfatizam que o PBL prepara os alunos de forma mais eficaz para a prática clínica, ao integrar conhecimentos científicos e práticos de maneira contextualizada, fomentando uma cultura interprofissional e cooperativa no ambiente acadêmico.

*Comigo Ninguém Pode* relatou a experiência com discussões de casos clínicos:

[...] momento de **discussão de caso** [...] eu recebi uma ligação do colega da medicina que queria **discutir** alguma coisa que tinha a ver com saúde bucal, que era a minha especialidade, que é da minha especificidade, porque ele **tinha um caso mais complexo do paciente tal** [...] (*Comigo Ninguém Pode*).

As discussões de casos clínicos em equipes interprofissionais fortaleceram a interprofissionalidade por promoverem um raciocínio clínico colaborativo e por permitir entender e respeitar os papéis de cada profissional na equipe de saúde. Houve contribuições na comunicação horizontal e na cooperação entre os membros da equipe, favorecendo a definição de condutas diante de situações clínicas complexas. Além disso, estimularam a necessidade de conhecimento prévio e o domínio dos conteúdos abordados (Hanum, 2022).

Por sua vez, *Girassol* destacou a simulação clínica como estratégia significativa no processo de EIP:

[...] convidava alunos dos diversos cursos para fazer **simulação de atendimento no hospital simulado e clínica simulada**[...] Era dado um caso, e os alunos desses cursos **discutiam conduta ou previsão de alta**, nessa perspectiva de **atendimento interprofissional** [...] (Girassol).

A simulação clínica mostrou-se uma metodologia eficaz ao favorecer o pensamento crítico, a tomada de decisão em equipe e o desenvolvimento de uma liderança colaborativa, sem silenciar vozes, promovendo o protagonismo dos diferentes membros da equipe. Além disso, permite revisar conteúdos, praticar protocolos e dominar habilidades clínicas, ampliando a compreensão sobre as demais áreas da saúde (Pillow, 2020; Mackenzie, 2024).

Esses ambientes simulados recriam situações reais de cuidado, exigindo comunicação clara, cooperação e aplicação de boas práticas clínicas. Também facilitam o entendimento dos papéis profissionais, fortalecendo o apoio mútuo e a resolução de conflitos (Copley, 2024). Estudo de Maddock, Därziňš e Kent (2023) traz que realizar cuidados em equipe em ambientes simulados contribui para a criação de ambientes seguros de aprendizagens interprofissionais, contribuindo no aprimoramento da comunicação, do conhecimento técnico e das competências de trabalho em equipe.

Por fim, *Bromélia* trouxe à tona a experiência do:

[...] **Estágio Rural Integrado**, ERI[...] nesse estágio, iam vários profissionais da área da saúde e lá a gente procurava fazer esse atendimento em equipe, um **atendimento INTERPROFISSIONAL** [...] realizamos alguns atendimentos INTERPROFISSIONAIS e isso ajudou muito na recuperação do usuário [...] nós tentamos fazer um **estudos de casos** e uma **reunião para esses estudos de caso** (*Bromélia*).

Esse modelo de aprendizagem baseado na prática clínica promove melhorias significativas nas atitudes e comportamentos dos estudantes,

ao incentivar a socialização interprofissional e o trabalho em equipe. Os participantes passaram a compreender com mais clareza suas responsabilidades e as dos demais membros da equipe, desenvolvendo um senso de pertencimento e corresponsabilidade. Além disso, essa metodologia prepara os estudantes para enfrentar os desafios reais e complexos do ambiente de trabalho (Martin *et al.*, 2023).

Diante dessas estratégias valiosas, observam-se, na realidade pesquisada, atividades interprofissionais que tentam ser implementadas por meio da aprendizagem baseada na prática durante os estágios curriculares, permitindo que estudantes de diferentes profissões compartilhem espaços de atuação. Como requisito, propõe-se a realização de consultas compartilhadas, seja com o apoio de profissionais que já possuem vínculo com o serviço, seja pela participação ativa nos atendimentos oferecidos por programas como a residência multiprofissional.

Um exemplo prático seria em consultas de puericultura em que enfermeiro, nutricionista e fisioterapeuta se reúnem para discutir e orientar sobre uma alimentação adequada, crescimento saudável e estímulo motor. Da mesma forma, em atendimentos voltados para o pré-natal ou visitas puerperais, onde podem ser promovidas consultas conjuntas entre a enfermagem e a medicina, aproveitando os cenários já consolidados da atenção primária. A experiência de *Orquídea* ilustra bem este processo:

[...] A gente foi para a Atenção Básica, onde ficamos numa mesma sala com a enfermeira e, realmente, juntos a gente fazia os atendimentos, para mim foi um ponto muito positivo, porque o olhar da enfermeiranda, na consulta, era diferente do meu, do estudante de odontologia também [...] a gente já dialogava daquilo que poderia fazer. Então foi uma experiência que eu não tinha tido em nenhum outro momento da faculdade[...] (*Orquídea*).

O objetivo dessas ações é fortalecer, desde a graduação, a cultura do trabalho interprofissional, ressaltando sua importância para uma assistência segura, integral e centrada nas necessidades do usuário. Embora

estágios interprofissionais sejam uma estratégia eficaz para preparar futuros profissionais, no contexto das universidades brasileiras, ainda há falta de planejamento formal e intencionalidade para o desenvolvimento de atividades conjuntas e interativas, centradas na aprendizagem interprofissional (de Medeiros Pereira *et al.*, 2023).

Por isso, formar para o cuidado interprofissional exige criatividade, articulação e disposição para quebrar barreiras entre os cursos e planejar estratégias que possibilitem espaços formalizados de aprendizagens interprofissionais, necessitando de apoio institucional, envolvimento e compromisso do corpo docente, novos rearranjos curriculares, financiamento, políticas de educação e saúde, entre outros aspectos que interferem na educação e trabalho interprofissional (de Medeiros Pereira *et al.*, 2023).

Seja nos estágios, nos projetos de extensão ou nas ações junto à comunidade, torna-se possível cultivar, desde a formação, uma nova cultura de saúde. Essa cultura valoriza a abordagem integral, a escuta qualificada da realidade do outro, seja ele usuário ou profissional, e a articulação entre os membros da equipe. Nessa lógica, o cuidado deixa de ser individualizado para se constituir como construção coletiva, baseada na aprendizagem mútua e colaborativa.

As metodologias ativas têm se destacado como impulsionadoras dessa mudança, por promoverem a problematização da realidade, a construção coletiva de soluções e o desenvolvimento do pensamento crítico, contribuindo diretamente para a formação de competências voltadas ao trabalho interprofissional e colaborativo (Mattos, 2020).

Garantir que essas metodologias aconteçam em pequenos grupos formados por estudantes de, no mínimo, duas profissões distintas, com a distribuição quantitativa igualitária das diferentes profissões, focadas na discussão interativa entre os estudantes e na criação de ambientes de socialização interprofissional, são avanços necessários para a construção de identidade interprofissional (Pereira *et al.*, 2025). Para tanto, ao planejar as metodologias ativas a serem utilizadas na EIP, é fundamental

que elas tenham a explícita intencionalidade de construir competências colaborativas, indo além da garantia do protagonismo e diálogo entre os estudantes, mas permitindo também de que os mesmos aprendam de forma conjunta e interativa.

Outro aspecto importante é que, para que essas estratégias metodológicas possibilitem a aprendizagem interprofissional, é imprescindível garantir a formação de docentes e trabalhadores da saúde nas bases teórico-conceituais e metodológicas da EIP. A facilitação em aprendizagem interprofissional exige habilidades específicas que a diferenciam da facilitação em aprendizagens uniprofissionais, sendo para tanto importante o desenvolvimento docente desses facilitadores, para que os mesmos compreendam teorias, métodos, posturas e estratégias necessárias ao processo de facilitação em EIP (Steinert, 2014).

Os facilitadores envolvidos na EIP, seja em sala de aula, em laboratórios, nas comunidades e/ou nos serviços de saúde, precisam estar preparados para possibilitar um ambiente de aprendizagem seguro, onde todos os estudantes das diferentes profissões se respeitem e tenham direito a voz, sentindo-se motivados a quebrar estereótipos e barreiras que por vezes ameaçam a interação e a colaboração (Steinert *et al.*, 2016).

As experiências então debatidas evidenciam que a inclusão intencional da EIP nos processos formativos, especialmente por meio de metodologias ativas, não apenas enriquece a aprendizagem, como também prepara os estudantes para os desafios complexos do trabalho em saúde. As metodologias adotadas devem ser capazes de promover um ambiente de cooperação, respeito, diálogo e confiança mútua entre estudantes de diferentes profissões, estimulando-os a expor seus pontos de vista e refletirem sobre a aprendizagem interativa. Ao priorizar esses aspectos, a formação interprofissional fortalece a prática colaborativa e contribui para a construção de um cuidado mais humano, integral, resolutivo e ético.

### **3. Considerações Finais**

Ficou evidente que o uso das metodologias ativas dentro da EIP representa um avanço na formação interprofissional. Estratégias como TBL, PBL, estudos de caso, simulação clínica e práticas em cenários reais são imprescindíveis não só na aprendizagem de conteúdos técnicos, mas também no desenvolvimento de competências colaborativas, como a comunicação interprofissional, a atenção centrada no paciente, a resolução interprofissional de conflitos, a escuta ativa, o respeito mútuo e a clareza de papéis.

Essas vivências mostraram que, quando estudantes de diferentes áreas compartilham espaços e desafios, o cuidado em saúde se torna mais completo, humano e eficiente. O contato direto com estudantes de outras profissões, seja em atendimento reais ou simulados, rompe com a lógica do trabalho isolado e fortalece o trabalho colaborativo centrado no cuidado ao usuário.

No entanto, o mapeamento realizado revela desafios significativos, por exemplo, a necessidade de desenvolvimento docente voltado para a educação interprofissional dos professores e trabalhadores de saúde, a escassez de recursos humanos, financeiros e tecnológicos, os estágios uniprofissionais e a falta de integração das matrizes curriculares dos distintos cursos com escassos momentos formalizados de interação entre os diferentes cursos, o que limita a aplicação das metodologias ativas de ensino para a EIP.

Enquanto limitações desta pesquisa é importante destacar que os achados não podem ser generalizados para populações maiores, pois a amostra não probabilística da investigação qualitativa tem como foco a profundidade intersubjetiva dos relatos dos sujeitos para a compreensão do fenômeno pesquisado.

Além disso, para que essas metodologias cumpram plenamente seu papel, é imperativo o desenvolvimento de métodos de avaliação robustos, capazes de mensurar e garantir a geração das competências colaborativas desejadas. Sem uma avaliação eficaz, o impacto real dessas práticas na formação

dos estudantes e na sua capacidade de atuar em equipes interprofissionais em ambientes de saúde complexos permanece incerto.

Portanto, é essencial que os currículos sejam adaptados para incorporar essas metodologias de maneira mais estruturada. Além disso, novas pesquisas são necessárias para identificar e validar estratégias pedagógicas que possam ser aplicadas consistentemente, com o objetivo de melhorar os resultados de aprendizagem na EIP.

Dessa forma, percebe-se que investir na EIP, com apoio das metodologias ativas, não é apenas uma mudança de método, mas uma mudança de cultura. É ensinar, desde cedo, que ninguém cuida sozinho, e que o melhor cuidado acontece quando há diálogo, respeito e colaboração entre os saberes. Ao tornar essa prática parte do cotidiano formativo, será efetivado um passo importante para transformar não só o modo de ensinar, mas também a forma de cuidar.

## Referências

- ARAÚJO, T. M. et al. Elevada prevalência de doenças infecciosas entre trabalhadores da saúde indica a necessidade de melhorar a vigilância. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, [S. l.], v. 48, p. 1-10, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/23021pt2023v48e17>. Acesso em: 19 maio 2025.
- AZZAHRANI, M. Aprendizagem Baseada em Problemas para a Educação Interprofissional: Uma Revisão do Conceito e sua Aplicação em uma Equipe Geriátrica. *Cureus*, [S. l.], v. 16, n. 6, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.7759/cureus.63055>. Acesso em: 13 set. 2024.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Congresso Nacional, 20 set. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 19 maio 2025.
- BRASIL. *Lei nº 15.126, de 28 de abril de 2025*. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para estabelecer a atenção humanizada como princípio no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Congresso Nacional, 29 abr. 2025. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2023-2026/2025/Lei/L15126.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2025/Lei/L15126.htm). Acesso em: 19 abr. 2025.
- COPLEY, J. et al. Fostering collaborative practice through interprofessional simulation for occupational therapy, physiotherapy, dietetics, and nursing students. *Journal of*

*Interprofessional Care*, [S. l.], v. 38, n. 3, p. 534-543, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2024.2303499>. Acesso em: 28 nov. 2024.

DE MEDEIROS PEREIRA, A. K. A. et al. Which factors influenced the adoption of interprofessionality in health based on the reports of the PET-Health Interprofessionality projects in Brazil? A document analysis. *Journal of Interprofessional Care*, [S. l.], 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2023.2200796>. Acesso em: 17 maio 2025.

HANUM, C.; FINDYARTINI, A.; SOEMANTRI, D. Collaborative clinical reasoning learning using an integrated care pathway in undergraduate interprofessional education: An explorative study. *Journal of Interprofessional Care*, [S. l.], v. 37, n. 3, p. 438-447, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2022.2086221>. Acesso em: 17 maio 2025.

LEE, W. et al. Nursing and medical students' perceptions of an interprofessional simulation-based education: a qualitative descriptive study. *Korean J Med Educ*, [S. l.], v. 32, n.4, p. 317-327, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3946/kjme.2020.179>. Acesso em: 19 abr. 2025.

MACKENZIE, D. et al. Developing pre-licensure interprofessional and stroke care competencies through skills-based simulations. *Journal of Interprofessional Care*, [S. l.], p. 1-11, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2024.2371339>. Acesso em: 15 jun. 2024.

MARTIN P. et al. Comparing outcomes of an innovative interprofessional student placement model to standard placement models in rural healthcare setting. *Journal of Interprofessional Care*, [S. l.], v. 37, ed. 5, p. 767-773, 2023.

MADDOCK, B., DĀRZINŠ, P., KENT, F. Realist review of interprofessional education for health care students: What works for whom and why. *J Interprof Care*, [S. l.], v. 37, n. 2, p. 173-186, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820.2022.2039105>. Acesso em 27 abr. 2024.

MATTOS, M. P. et al. Prática interprofissional colaborativa em saúde coletiva à luz de processos educacionais inovadores. *Revista Baiana de Saúde Pública*, [S. l.], v. 43, n. 1, p. 271-287, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2019.v43.n1.a3106>. Acesso em: 13 set. 2024.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2014.

NAKAMURA, S. et al. Relationship between peer evaluation and interprofessional self-evaluation in a joint healthcare team-based learning class involving three universities. *Fujita Medical Journal*, [S. l.], v. 6, n. 4, p. 102-109, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.20407/fmj.2019-017>. Acesso em 27 abr. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. [Internet]. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub\\_oms\\_marco\\_acao\\_eip.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_oms_marco_acao_eip.pdf). Acesso em: 19 abr. 2025.

OGATA, M. N. et al. Interfaces entre a educação permanente e a educação interprofissional em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [S. l.], v. 55, p.1-9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>. Acesso em: 17 abr. 2023.

PEREIRA, A. K. A. de M. et al. Bases teórico-conceituais e metodológicas para adoção da educação interprofissional: uma análise a partir do PET-Saúde Interprofissionalidade. *Medicina (Ribeirão Preto)*, [S. l.], v. 57, n. 2, p.1-18, 2024. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rmrp/article/view/234844>. Acesso em: 17 maio 2025.

PILLOW, M. T.; et al. Using a Resuscitation-Based Simulation Activity to Create an Interprofessional Education Activity for Medical, Nursing, and Pharmacy Students. *MedEdPORTAL*, [S. l.], v. 16, p. 1-9, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.15766/mep\\_2374-8265.11054](https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11054). Acesso em: 01 nov. 2023.

RIOS, D. R. S. et al. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v.23, p.1-20, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180080>. Acesso em: 19 abr. 2025.

SANTOS, I. S.; et al. *Percepção de estudantes sobre grupo tutorial interprofissional na aprendizagem baseada em problemas em uma Instituição de Ensino Superior (IES) de Recife-PE*. 2024. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia), Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife, 2024.

SOUZA, H. P.; et al. Doenças infecciosas e parasitárias no Brasil de 2010 a 2017: aspectos para vigilância em saúde. *Revista Panamericana de Salud Pública*, [S. l.], v. 44, p. 1-7, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.10>. Acesso em: 19 maio 2025.

SOUZA, R. R.; ROSSIT, R. A. S. Educação Interprofissional em Saúde e o Cuidado Centrado na Pessoa: percepção de graduados. *Medicina (Ribeirão Preto)*, [S. l.], v. 57, n.2, p.1-18, 2024. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rmrp/article/view/223849>. Acesso em: 17 maio 2025.

STEINERT, Y. Faculty Development: Future Directions. In: STEINERT, Y. (ed) *Faculty Development in the Health Professions*. Innovation and Change in Professional Education. Dordrecht: v. 11, Springer, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/978-94-007-7612-8>. Acesso em: 17 maio 2025.

STEINERT, Y. et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness: A 10-year update: BEME Guide No. 40. *Med. Teach*, [S. l.], v.38, n.8, p.769-786, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2016.1181851>. Acesso em: 20 abr. 2023.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, [S. l.], v.39, n.3, p.507-514, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>. Acesso em 27 abr. 2024.



# CAPÍTULO 8

## CAMINHOS PARA EDUCAÇÃO INTEPROFISIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE UM ESTÁGIO CURRICULAR

Bárbara Souza Rocha  
Matheus Souza e Silva  
Maria Goretti Queiroz  
Natália Alberto Alves Brandão Marques  
Géssica Mercia de Almeida  
Helena Rezende Silva Mendonça  
Túlio Eduardo Nogueira  
Nayara Figueiredo Vieira

### 1. Introdução

A Educação Interprofissional (EIP) vai além da aprendizagem, simplesmente partilhada, comunga da interatividade e do compartilhamento entre os pares, potencializando competências e resultados, promovendo resolução de problemas complexos e, por fim, facilitando o processo de educação em saúde. (Shrader *et al.*, 2022; Almeida Filho, 2011). Sabe-se que EIP acontece de fato quando dois ou mais estudantes de profissões diferentes aprendem e apreendem sobre os outros, com os outros e entre si (WHO, 2010).

A dificuldade em estabelecer projetos pedagógicos norteados pela EIP atrelados aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) é clarividente na formação em saúde no Brasil. A inexistência de um modelo para a formação em saúde, a desarticulação entre ensino-serviço-comunidade, a fragmentação do ensino somado a dicotomias pedagógicas e a ausência de apoio institucional

são algumas barreiras importantes para o desenvolvimento da EIP (*Peduzzi et al.*, 2020; *Reeves*, 2016).

Revisões recentes evidenciam que a grande maioria dos estudos sobre EIP concentram-se nos aspectos da formação interprofissional na graduação e nas residências multiprofissionais. No Brasil não é diferente: os estudos foram mais incidentes nos estados do Sudeste e Nordeste, onde a Atenção Primária à Saúde concentrou-se como cenário de prática (Prevedello; Góes; Cyrino, 2022). Finalmente, as pesquisas destacaram aspectos facilitadores para EIP como o desenvolvimento de atividades em campos práticos em contato com as problemáticas reais dos usuários e do serviço, convívio com colegas e profissionais, o estímulo ao diálogo, protagonismo e autonomia, além das parcerias entre instituições (Prevedello; Góes; Cyrino, 2022; Herath, 2017).

Nos últimos anos, importantes movimentos nacionais puderam conduzir mudanças e reorientar processos formativos na vertente interprofissional. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET) - Interprofissionalidade (Brasil, 2018) e outros programas de incentivo, como o Faimer Brasil, programa de formação docente para área da saúde, deram ainda mais força para a construção do modelo de estágio curricular obrigatório desenvolvido pela Universidade Federal de Goiás (UFG), o chamado Estágio Comunitário Interprofissional (ECI).

O ECI promove, a partir da intencionalidade das suas estratégias e procedimentos de ensino com ênfase na EIP, a formação de estudantes aptos para a prática compartilhada e colaborativa, tendo como cenário de prática a Atenção Primária à Saúde (APS). A partir da integração entre diversas áreas da saúde (odontologia, medicina, enfermagem e nutrição), os estudantes atuam, trabalham e reconhecem a complexidade do cuidado individual e coletivo. Isto faz com que eles entendam as demandas e necessidades da comunidade local, fomentem a construção de vínculos por meio da responsabilidade de conhecer seu território, em detrimento da defesa do SUS (Queiroz *et al.*, 2021).

Formar os estudantes da área da saúde nos moldes da EIP é constituir um processo de diálogo e reciprocidade, é compreender o processo saúde-

doença e aprimorar o cuidado integral, é tornar os futuros profissionais aptos para a prática colaborativa e de equipe. E é, também, não se esquecer da importância de estreitar laços entre o ensino, serviço, gestão e comunidade para que todos os atores envolvidos possam participar no dinamismo da saúde e educação (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

A EIP rompe com o ensino tradicional e abre espaço para um processo de transformação no ensino a partir de instrumentos que aliam conhecimento, equipe e comunidade, integralizando práticas e saberes diante de um processo interdisciplinar e interprofissional (Batista, 2012). Torna-se fundamental valorizar e fomentar estratégias de formação interprofissionais que sejam adequadas e bem fundamentadas, capazes de transformar a realidade da atenção e da formação em saúde. Apresenta-se essa reflexão que descreve e analisa, a partir da vivência dos autores, o estágio curricular obrigatório na APS, as estratégias e fortalezas deste modelo para o desenvolvimento e implementação da EIP.

## 2. Desenvolvimento

Trata-se de um estudo reflexivo e analítico, construído a partir das vivências e percepções dos atores do ECI/UFG – estudantes, supervisores e coordenadores do estágio. O estudo é resultado de um processo que permitiu a construção reflexiva e sistematizada da teoria e prática a partir do cruzamento de experiências singulares e coletivas, sob um olhar crítico dos sujeitos-atores imerso no contexto cultural, histórico e social do estágio - ECI (Daltro; Faria, 2019).

### O Estágio Comunitário Interprofissional – ECI

O atual *campus* da UFG na cidade de Firminópolis, interior Oeste do Estado de Goiás, surgiu na década de 1970 em um processo de interiorização do curso de medicina. Logo na década seguinte, houve o aumento no número de cursos da área da saúde participantes e a ampliação do campo de estágio para a cidade vizinha de São Luís de Montes Belos (Goretti *et al.*, 2021). Desde então, ao longo desses 50 anos a parceria da UFG com esses municípios acontece por

meio do estágio dos cursos da área da saúde (enfermagem, medicina, nutrição e odontologia), em que os discentes atuam nos serviços municipais de saúde, educação e assistência social.

A partir de 2019, iniciou-se a estruturação do estágio com o nome de Estágio Comunitário Interprofissional instituindo novas estratégias e instrumentos intencionalmente e estruturalmente pensados sob a égide teórica da EIP (Goretti *et al.*, 2021). Entre as estratégias e instrumentos, comuns a todos os cursos, estão: Plano de ensino com foco nas competências interprofissionais; Manual do ECI; Ambiente Virtual de Aprendizagem – AVA; Portfólios Reflexivos – ao invés de relatórios; e Estudo da Situação Problema – ao invés do Estudo de Caso.

Aliado a essas estratégias e instrumentos, vale destacar ainda o alinhamento do cronograma de início e fim dos grupos de estágio entre os cursos, estratégia fundamental para o desenvolvimento do ECI; e as reuniões de compartilhamento e planejamento das ações do ECI, que acontecem a cada rodízio de grupo no estágio. Participam desse encontro os docentes e estudantes dos cursos que estão indo para o ECI (planejamento) e os estudantes que estão voltando do ECI (compartilhamento).

Além disso, o ECI se constitui a partir de fortalezas, tais como o apoio institucional, a APS enquanto cenário de prática e a imersão como força potente e motora para a EIP.

Neste capítulo, serão analisados alguns desses elementos:

## 1. A Institucionalização da EIP

Além das leis e dos regulamentos que regem os estágios na UFG, o ECI também é regulamentado pelos Projetos Pedagógicos dos cursos (PPCs) envolvidos (enfermagem, nutrição, medicina e odontologia). No entanto, somente nos PPCs dos cursos de enfermagem e odontologia, o ECI consta como uma disciplina obrigatória na matriz curricular.

Essa situação divergente entre os cursos pode dificultar o desenvolvimento da EIP, a depender de quem está na condução do processo e

sua disposição para entender a lógica da EIP. Inserir o ECI como componente curricular no PPC dos cursos, além de deixar aparente essa experiência, que é tão cara para a formação em saúde, dá visibilidade para a EIP nos currículos.

Formalizar a EIP nos PPCs é também uma forma de institucionalizar a EIP, pois força os cursos a se preparem para esse modelo numa perspectiva institucional. Estudo que resumiu dados sobre diversos programas de EIP a nível global e evidenciou a necessidade da inovação dos currículos e das práticas interdisciplinares mostra que tornar as atividades interprofissionais padronizadas nos projetos dos cursos facilitam o processo de condução e garantem a perpetuação das atividades (Herath *et al.*, 2017).

Além da institucionalização por meio dos PPCs, é importante destacar que o *campus* de Firminópolis é uma unidade da universidade ligada diretamente à reitoria, e o ECI está ligado diretamente à PROGRAD, isso faz com que os processos administrativos e pedagógicos estejam institucionalmente regidos pela universidade e não por uma unidade acadêmica específica. Isso diminui as tensões entre os cursos, centraliza a tomada de decisão na alta gestão e minimiza a sobreposição de interesses e soberanias profissionais ao estágio.

Esse modelo institucional de conduzir a EIP pode ser um direcionador para fomentar novas experiências. É preciso entender os melhores caminhos para que a ação extrapole os interesses de poucos e passe a ser considerada uma missão institucional.

## 2. A APS como cenário de prática potente para a EIP

A APS por meio da Saúde da Família (SF) potencializa a EIP por ser uma estratégia pensada para ser realizada em equipe multiprofissional em que as ações das diferentes áreas técnicas devem ser integradas por meio de atendimentos compartilhados, trabalhos em grupos, projetos terapêuticos conjuntos, entre outras (Brasil, 2017).

Ao definir como cenário de prática a APS e suas premissas, o ECI provoca nos estudantes o exercício da competência colaborativa, a

necessidade de sistematizar o cuidado integral ao usuário e a comunidade, o conhecer do território adscrito, estimula tomadas de decisões compartilhadas, o estabelecimento de vínculos, comunicação, liderança e especialmente o reconhecimento dos papéis profissionais no processo de cuidado. Respeitando a autonomia de cada profissão, durante o estágio, as atividades de ensino na APS acontecem tanto individualmente, com atendimentos clínicos, como coletivamente em atividades de educação em saúde, visitas domiciliares, educação permanente, entre outras.

A integração de saberes e práticas neste estágio, promovem uma abordagem mais holística no cuidado à saúde, fortalece a capacidade na resolução de problemas e a eficácia das intervenções, bem como a melhoria da qualidade dos atendimentos na APS. A interação entre os membros das equipes e os estudantes revela habilidades para a comunicação, gestão de conflitos, além do compartilhamento de competências técnicas e de saberes.

O compartilhamento de informações e vivências, o compartilhamento de tarefas e o aperfeiçoamento para o atendimento interprofissional proporcionado pela APS como cenário de prática mostram-se de fundamental importância para as práticas em saúde (Chaves *et al.*, 2024). Além disso, as ações são desenvolvidas na expectativa de formar profissionais aptos para o trabalho em equipe e colaborativo, que são tão importantes para a eficiência da atenção à saúde, especialmente na APS (Peduzzi *et al.*, 2013).

### **3. O poder da imersão na EIP**

Foram identificados vários modelos que estimulam e desenvolvem a EIP desde workshops, estudos de caso por meio da simulação, sessões em grupos, que muitas vezes demonstram experiências de curtas durações (Kent *et al.*, 2017). O'Leary e colaboradores (2019), recomendaram que, para se ter um impacto significativo na formação interprofissional, essas experiências devem chegar a pelo menos duas semanas.

O ECI acontece em municípios do interior do estado, distante da sede principal da UFG cerca de 120km, e tem duração de quatro a seis semanas. Os estudantes ficam alojados na unidade da UFG, onde realizam atividades diárias e cotidianas conjuntamente. Além disso, compartilham o transporte entre o *campus* e as unidades de saúde e entre as próprias unidades de saúde, onde são alocados estudantes de diferentes cursos em uma mesma equipe.

Os cenários de imersão, intencionalmente criados para fomentar as práticas colaborativas, proporcionam a ambiência que estimulam a conversação e o compartilhamento de experiências no que favorecem o aprendizado formal e informal autêntico e singular (Reeves, 2016). As rotinas do alojamento e do ECI favorecem o diálogo intenso, a contextualização de saberes e a integração das ideias, terreno fértil para melhores resultados.

Essas ações planejadas, mas com certo grau de espontaneidade, facilitam o processo de análise e assimilação de conteúdo e a contextualização da teoria na prática. Também estreitam laços, constroem vínculos e aumentam a confiança entre os estudantes, incentivam o desenvolvimento interprofissional após a graduação, desenvolvem habilidades de trabalho colaborativo, proporcionam momentos de identidade coletiva, além da quebra de estereótipos (Reeves, 2016; O’Leary *et al.*, 2019).

Para Hood e colaboradores (2022), estudantes mais fortes em autoeficácia, sustentam comportamentos interprofissionais no futuro, e que são ganhos muitas vezes obtidos após um estágio interprofissional imersivo. A autoeficácia no contexto do ECI pode estar relacionada a aprendizagem significativa resultante do processo de ensino, aprendizagem e avaliação ali disponíveis, mas certamente tem a ver com os diversos processos de imersão em que os estudantes estão sujeitos desde o primeiro dia das atividades.

#### **4. Estratégias de ensino, aprendizagem e avaliação para EIP**

Estão previstas no Plano de Ensino do ECI, comum a todos os cursos as seguintes atividades (Figura 1):

**Figura 1.** Fluxograma descritivo das atividades previstas e avaliadas do ECI e suas caracterizações.



Fonte: Próprios autores.

### a) Reuniões de planejamento/compartilhamento de experiências:

As reuniões de planejamento/compartilhamento de experiências no final de cada grupo de estágio e no início do outro, acontecem por meio de roda de conversa com a participação dos docentes e estudantes dos cursos envolvidos no estágio. Essas reuniões se configuraram em espaço para o diálogo autêntico preparando os estudantes para o estágio a partir do alinhamento de expectativas, esclarecimentos e integração.

Essas reuniões estimulam a comunicação entre os futuros profissionais em saúde, no que pode configurar um fator importante para a prestação de um cuidado integral e de qualidade, pois abala a hierarquização entre as profissões

e pode ser a garantia de melhores desempenhos em saúde (Toralles-Pereira *et al.*, 2004; Witiski *et al.*, 2019).

Assim, as reuniões de alinhamento emergem como estratégia que apoia a formação dos futuros profissionais de saúde na perspectiva da EIP, promovendo uma prática integrada e reflexiva do cotidiano, construída em equipe. Outrossim, oportunizam a análise dos desafios e limitações encontrados no campo de estágio, além de evidenciar os impactos das intervenções e da problematização dos saberes em campo.

### **b) O Estudo da Situação-Problema (ESP):**

O Estudo da Situação-Problema é uma proposta elaborada e discutida pelos docentes supervisores do ECI e teve como base de elaboração a aproximação com o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o “Estudo do Meio” (Brasil, 2007; Anastasiou *et al.*, 2009). O ESP visa orientar os estudantes a buscarem situações que prevalecem no cenário do desenvolvimento do estágio, na atenção ou na gestão em saúde, podendo envolver situações identificadas como problemáticas pelos estudantes e/ou preceptores e que necessitam de alguma intervenção (Queiroz *et al.*, 2021).

O ESP é construído a partir da percepção e da troca de vivências do grupo de estudantes de uma mesma unidade, que, com auxílio dos preceptores, docentes e gestores, avaliam diferentes cenários e identificam situações que se mostram desajustadas ou ineficientes para aquele momento. O ESP exige que os estudantes durante as quatro semanas de estágio identifiquem a situação-problema, discutam e elaborem uma apresentação que deve ser feita na unidade de saúde com a presença dos preceptores. Por fim, os estudantes precisam fazer alguma intervenção proposta para a situação problema antes do final do estágio.

A interação constante de diferentes estudantes fortalece a comunicação interprofissional, muda comportamentos, estabelece relações de trabalho mais dialógicas, proporciona olhares ampliados de contexto, impulsionando

o aprendizado coletivo e interprofissional (Coifman *et al.*, 2021). O ESP é uma estratégia que favorece a EIP no sentido de estimular a interação ao proporcionar um momento prático e dinâmico de aprendizagem aos estudantes, que, ao se depararem com a complexidade dos cuidados de saúde e/ou com situações que exigem múltiplas perspectivas, desenvolvem competências comunicativas, exercitam a resolução conjunta de problemas, são estimulados à prática colaborativa e a reconhecer a diversidade de competências entre as áreas, fortalecendo a análise crítica e de adaptação para o trabalho em equipe.

### c) O Portfólio Reflexivo:

O Portfólio Reflexivo (PR) é considerado uma ferramenta essencial no processo de aprendizagem e avaliação do estágio. Surge como uma proposta ativa, engajada e deliberada que estimula a criatividade a partir de situações reais, o que aproxima ainda mais com o contexto da vida real, tão importante na formação para o trabalho (Cotta; Mendonça; Costa, 2011).

O PR do ECI é regido por instrução comum a todos os cursos, mas é realizado individualmente e avaliado pelo professor do respectivo curso do estudante. Ainda não foi possível instituir um portfólio colaborativo, ou seja, em que, por exemplo, os estudantes de uma mesma unidade possam elaborar de forma coletiva um único PR. Talvez seja esse um novo foco de discussão e aprimoramento.

No formato atual, o PR direciona os estudantes para construção a partir do registro de aspectos relevantes, descrição do cenário de prática, experiências de aprendizagem diversas, conexão entre as atividades práticas e o referencial teórico, reflexões sobre os conhecimentos, habilidades e atitudes oportunizadas no estágio, tudo isso com organização, criatividade, reflexão e síntese conclusiva.

O PR representa uma oportunidade de registro com análise crítica e reflexiva sobre os desafios durante o aprendizado. É um processo essencial para o reconhecimento do papel de cada membro da equipe no processo vivido e no cuidado integral (Cotta *et al.*, 2012).

### **3. Considerações finais**

É possível dizer que a experiência da Universidade Federal de Goiás com o Estágio Comunitário Interprofissional se constitui em um importante modelo a ser investigado e analisado como uma experiência de sucesso em EIP. Por ser o ECI, um estágio curricular obrigatório envolvendo quatro cursos de graduação na área da saúde, ter apoio e incentivo institucional e ainda ter estratégias de ensino, aprendizagem e avaliação pensadas sobre a base teórica da interprofissionalidade, pode ser considerado um propulsor de caminhos para novas experiências como esta, e direcionador de novas políticas e programas voltados para a educação interprofissional em saúde no Brasil.

O apoio institucional, entre outros aspectos, proporciona a independência deste estágio em relação às unidades acadêmicas e departamentos, o que confere um certo grau de autonomia, garantindo a sustentabilidade da proposta. Em contrapartida, aumenta o grau de interdependência entre os cursos e suas formações, já que, para dar certo, o estágio precisa que os cursos entendam e colaborem com suas finalidades numa coadjuvação recíproca.

A Atenção Primária à Saúde como cenário de prática fortalece a experiência interprofissional já que tem como centro de atuação a equipe de saúde, permitindo aos estudantes aprofundar seus entendimentos sobre os diferentes papéis desempenhados no trabalho em saúde, sobre a divisão de trabalho, a autonomia das profissões, bem como sobre a importância das práticas compartilhadas e colaborativas.

A imersão torna-se fator preponderante no desenvolvimento da EIP durante o estágio, já que é por meio dela que a interação acontece, que a comunicação é estimulada e que a aprendizagem ultrapassa a formalidade e se envolve na informalidade dos processos vividos. É por meio da imersão com tempo de qualidade que os vínculos se estabelecem, que há o reconhecimento mútuo da importância de cada um e cada uma no processo, é onde acontece a aprendizagem sobre e com o outro.

Somado a todos esses aspectos importantes para a EIP no ECI, estão as estratégias de ensino, aprendizagem e avaliação que estimulam a interdependência dos estudantes no sentido de exigir a colaboração mútua no desenvolvimento da atividade, estimulam o protagonismo e a proatividade do estudante ao colocar ele no centro da produção de cuidados e favorecem a integração ensino-serviço-comunidade ao tratarem das situações e demandas reais e cotidianas do território. As estratégias de ensino, aprendizagem e avaliação do ECI rompem com a fragmentação pedagógica e subsidiam reflexões a respeito de uma aprendizagem significativa e crítica.

Mesmo com todos esses caminhos construídos, alguns já estabelecidos, o estágio enfrenta limitações e desafios importantes como a necessidade de melhoria das condições de alojamento e transporte dos estudantes e a fragilidade dos convênios com os municípios escancarando a necessidade de organizar essa parceria e fortalecer a integração ensino-serviço-comunidade por meio do Contrato Organizativo da Parceria Ensino Serviço (COPES). Destaca-se ainda a necessidade de investimento na preceptoria, tanto na formação em EIP quanto na discussão de uma preceptoria interprofissional.

## Referências

- ALMEIDA-FILHO, N. Higher education and health care in Brazil. *The Lancet*, [S. l.], v. 377, n. 9781, p. 1898–1900, 2011.
- ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, P. L. *Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula*. Joinville: Univille, 2009.p. 156.
- BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. *Caderno FNEPAS*, [S. l.], n. 2, p. 25-28, 2012.
- BRASIL. *Edital nº 10, de 23 de julho de 2018. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)/Interprofissionalidade - 2018/2019.*, Brasília, DF: Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2018. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MTg1NTY%2C>
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.* 2 ed. Brasília, DF, 2007. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf)

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CHAVES, K. S. et al. A relevância da inclusão da abordagem interprofissional na graduação dos cursos de saúde. *Nursing Edição Brasileira*, [S. l.], v. 27, n. 310, p. 10157–10164, 2024.

COIFMAN, A. H. M. et al. Comunicação interprofissional em unidade de emergência: estudo de caso. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 55, p. 1-8, 2021.

COTTA, R. M. M.; MENDONÇA, E. T.; COSTA, G. D. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Pública*, [S. l.], v. 30, n. 5, p. 415-421, 2011.

COTTA, R. M. M. et al. Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 17, n. 3, p. 787–796, 2012.

DALTRO, M. R.; FARIA, A. A. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223–237, 2019.

HERATH, C. et al. A comparative study of interprofessional education in global health care. *Medicine*, [S. l.], v. 96, n. 38, p. 1-7, 2017.

HOOD, K.; CROSS, W. M.; CANT, R. Evaluation of interprofessional student teams in the emergency department: opportunities and challenges. *BMC Medical Education*, [S. l.], v. 22, n. 1, p. 1-9, 2022.

KENT, F. et al. Pre-registration interprofessional clinical education in the workplace: a realist review. *Medical Education*, [S. l.], v. 51, n. 9, p. 903–917, 2017.

O'LEARY, N. et al. "Bumping along": a qualitative metasynthesis of challenges to interprofessional placements. *Medical Education*, [S. l.], v. 53, n. 9, p. 903–915, 2019.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, [S. l.], v. 18, p. 1-20, 2020. Supl. 1.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977–983, 2013.

PREVEDELLO, A. S.; GÓES, F. S. N.; CYRINO, E. G. Educação interprofissional na formação em saúde no Brasil: scoping review. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [S. l.], v. 46, n. 3, p. 1-10, 2022.

QUEIROZ, M. G. et al. Estágio Comunitário Interprofissional na formação do estudante de

Odontologia: relato de experiência da Universidade Federal de Goiás. *Revista da ABENO*, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 1-11, 2022.

REEVES, S. Por que precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 20, n. 56, p. 185-197, 2016.

SHRADER, S.; et al. Organizational structure and resources of IPE programs in the United States: A national survey. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, [S. l.], v. 26, 2022.

TORALLES-PEREIRA, M. L. et al. Comunicação em saúde: algumas reflexões a partir da percepção de pacientes acamados em uma enfermaria. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S. l.], v. 9, p. 1013-1022, 2004.

WITISKI, M. et al. Barreiras de comunicação: percepção da equipe de saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*, [S. l.], v. 18, n. 3, p. 1-10, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: WHO, 2010.

# CAPÍTULO 9

## RECOMENDAÇÕES E LIÇÕES APRENDIDAS A PARTIR DA ADOÇÃO DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Rafael Soares Dias  
Ana Olivia Dantas Batista  
Marianna Gil de Farias Morais  
Eudes Euler de Souza Lucena  
Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva  
Marcelo Viana da Costa

### 1. Introdução

O trabalho em saúde, é em sua essência, coletivo, o que torna necessário encontrar estratégias que garantam que a interação e a comunicação entre os diferentes cursos da área da saúde se tornem um exercício indispensável para a construção de competências pautadas na colaboração interprofissional (Ogata *et al.*, 2021). Os modelos de formação em saúde, por sua vez, ainda são orientados por uma perspectiva conteudista, disciplinar, centrada na doença, uniprofissional e com pouca ou nenhuma integração com a realidade de vida e saúde das pessoas. Essa realidade evidencia a necessidade de processos formativos que oportunizem, de forma intencional, o desenvolvimento de competências interprofissionais (Mazzi *et al.*, 2023).

Partindo da constatação de que os modelos tradicionais de formação ainda reproduzem lógicas uniprofissionais e fragmentadas, a educação interprofissional (EIP) tem ganhado destaque como uma abordagem

pedagógica estratégica para qualificar os futuros profissionais da saúde para o efetivo trabalho em equipe. Oportuniza situações de aprendizagem intencionais e interativas, nas quais membros de duas ou mais profissões compartilham experiências formativas com o objetivo explícito de aprimorar a colaboração entre os diferentes saberes e, consequentemente, melhorar a qualidade do cuidado em saúde (Lago *et al.*, 2022; Naumann *et al.*, 2021).

Entre as muitas iniciativas, programas, ações e políticas brasileiras de reorientação da formação e do trabalho em saúde, a Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma das mais promissoras para a adoção da educação interprofissional. Os programas de RMS trazem em sua essência a integração dos campos do trabalho e da formação em saúde, na perspectiva do trabalho com princípio educativo. O caráter multiprofissional permite que profissionais de diferentes categorias aprendam juntos, compartilhem saberes, inovem com novos arranjos de cuidados, por meio de uma prática mais integrada, frente ao desafio de adotar um modelo centrado nos usuários, famílias e comunidades (Araújo *et al.*, 2021).

Apesar das características e dos princípios a RMS serem propícios para a educação interprofissional é fundamental ter clareza que juntar estudantes ou profissionais em um mesmo espaço não é suficiente para avançar na perspectiva de uma aprendizagem interprofissional em colaborativa. Os processos formativos precisam estimular oportunidades de interação, a partir das necessidades de saúde das pessoas, com foco no desenvolvimento de competências interprofissionais. As estratégias de ensino-aprendizagem devem encorajar o compartilhamento de objetivos e tomada de decisões, construir um espaço seguro para a participação de todos os membros e reorganizar o processo de trabalho de modo a promover deslocamentos de uma perspectiva centrada no profissional para um modelo centrado na pessoa (Bernardo *et al.*, 2020).

Este capítulo é produto da dissertação desenvolvida no Programa de Pós-graduação em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina (PPG-ETIM), da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio

Grande do Norte. A pesquisa de mestrado analisou o processo de implantação de um componente curricular interprofissional comum aos programas de residência multiprofissional em saúde em uma universidade federal do nordeste do Brasil. O objetivo deste capítulo, portanto, é analisar o processo de adoção da EIP em saúde na RMS na perspectiva dos residentes.

## 2. Desenvolvimento

### 2.1. Métodos

O desenho da pesquisa se enquadra na proposta de abordagem qualitativa por adotar como objeto de investigação experiências de vida, relações estabelecidas na dinâmica social, valores, percepções, expectativas atuais e futuras. A perspectiva descritiva, por sua vez, vai além da simples identificação da existência de relações entre variáveis, pretendendo determinar a natureza dessa relação (Creswell, 2014).

A pesquisa foi realizada a partir da implantação de um componente curricular interprofissional em dois programas de residência interprofissional em saúde da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, *campus* de Caicó. O componente curricular foi oferecido, de forma integrada, para 112 residentes (R1 e R2) de 10 categorias profissionais: educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social. Embora os dois programas tenham iniciado suas atividades em 2016, não havia, na estrutura curricular, nenhum componente curricular que abordasse os pressupostos da educação interprofissional.

O estudo teve como participantes residentes de ambos os programas de residência. Para a coleta de dados, o número de participantes foi de 34 residentes selecionados por sorteio aleatório. Para coleta de dados, foram realizados grupos focais para estimular os participantes a discutirem sobre a vivência do componente curricular interprofissional.

Os dados coletados foram submetidos à análise temática proposta por Braun e Clarke (2006), em seis etapas fundamentais: (1) familiarização com os dados; (2) geração de códigos iniciais; (3) busca por temas; (4) revisão dos temas; (5) definição e nomeação dos temas; e (6) elaboração do relatório final.

O componente curricular interprofissional se orienta a partir de discussões de casos reais vivenciados pelos residentes na dinâmica dos serviços de saúde. Para a facilitação da aprendizagem no componente curricular interprofissional, os docentes tomam por base orientações de um roteiro norteador. A tabela 1 descreve o roteiro orientador para facilitação da aprendizagem.

**Tabela 1.** Roteiro norteador para facilitação da aprendizagem interprofissional.

Encontros	Objetivos	Resultados esperados	Possíveis intervenções
1º dia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formular/ Descrever o caso ou problemática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Análise e discussão do caso ou problemática;</li> <li>Levantamento de dados e informações relevantes para identificar e dimensionar as necessidades de saúde e orientar a atenção à saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O que o caso nos diz?</li> <li>Que dados ou informações importantes podem nos ajudar a dimensionar as necessidades de saúde?</li> <li>Oriente a turma para pensar o caso e não pensar em ações nesse momento;</li> <li>Registre as informações relevantes para sua aprendizagem e prática profissional;</li> <li><b>Para essa etapa, sugira um tempo máximo de 20 minutos de discussão.</b></li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborar um plano de atenção à saúde centrado nas necessidades do usuário/família/comunidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistematização de um plano de atenção à saúde, na perspectiva interprofissional e colaborativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaborem a um plano de ação e registrem no instrumento de sistematização do planejamento;</li> <li>Todas as ações planejadas devem estar centradas nas necessidades do usuário;</li> <li>Evitem propor ações que não dialoguem com as necessidades dos usuários;</li> <li>Prevejam espaços para incluir os usuários na discussão e validação do plano</li> <li><b>Para essa etapa, sugira um tempo máximo de 40 minutos de discussão.</b></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir as competências e escopo de práticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreensão dos papéis dos sujeitos envolvidos;</li> <li>• Levantamento das competências específicas;</li> <li>• Levantamento das competências comuns;</li> <li>• Levantamento das competências colaborativas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como você comprehende o papel de cada colega no enfrentamento desse caso?</li> <li>• E como cada um de vocês comprehende sua atuação nesse caso?</li> <li>• Quais as competências específicas das profissões envolvidas?</li> <li>• Quais as competências comuns?</li> <li>• Quais as competências colaborativas necessárias?</li> <li>• <b>Para esse momento, oriente um tempo máximo de 60 minutos.</b></li> </ul>
1º dia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir dos objetivos de aprendizagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificação das necessidades de aprendizagem, tomando por base as competências levantadas na 2ª etapa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenho todos os conhecimentos necessários para o enfrentamento do caso?</li> <li>• O que eu preciso aprender para atuar de forma resolutiva nesse caso?</li> <li>• Fazer essa descrição para estudos individuais e coletivos e para discussão com o tutor de núcleo ou de campo.</li> <li>• A partir das discussões anteriores, você dispõe de todos os conhecimentos para melhor enfrentamento do caso?</li> <li>• Registre em papel conhecimentos necessários para o enfrentamento do caso;</li> <li>• Lembre que você irá discutir com o seu tutor esse registro na próxima segunda-feira;</li> <li>• Essa atividade é individual;</li> <li>• <b>Sugira um tempo máximo de 20 minutos.</b></li> </ul>
2º dia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir com o tutor pontos relacionados aos objetivos de aprendizagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registro de orientações recebidas no momento da tutoria;</li> <li>• Sistematização das principais aprendizagens;</li> <li>• Compreensão das contribuições do processo para sua prática profissional e interprofissional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retomar os objetivos de aprendizagem elencados no momento anterior;</li> <li>• Estimular a reflexão sobre as competências colaborativas para o atendimento das necessidades de saúde do caso estudado;</li> <li>• Solicitar que o registre uma síntese de suas principais aprendizagens.</li> </ul>

3º dia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Socializar com os demais grupos os resultados obtidos com a efetivação do plano de atenção à saúde</li> <li>• Sistematizar propostas de qualificação do trabalho interprofissional em saúde a partir das experiências vivenciadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntese dos principais resultados obtidos a partir dos planos de atenção à saúde elaborados pelos residentes;</li> <li>• Descrição dos pontos fortes e fragilidades encontrados na execução das propostas;</li> <li>• Síntese de sugestões para qualificação do componente curricular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esse é o momento em que os residentes compartilham com o demais a execução dos planos elaborados;</li> <li>• Estimule reflexões sobre a importância do trabalho interprofissional para o atendimento das necessidades de saúde das pessoas;</li> <li>• Sempre estimule reflexões busque sobre a diferença entre as práticas interprofissionais elaboradas e o modelo uniprofissional fragmentado;</li> <li>• Estimule reflexões sobre as mudanças que eles podem incorporar na sua prática profissional e interprofissional.</li> </ul>
--------	---	---	--

Fonte: Autores (2025)

Os encontros aconteceram em forma de seminários semanais e foram divididos em encontros multiprofissionais e por categorias. Nas atividades, são trabalhadas as competências específicas, comuns e colaborativas. Para cada momento mencionado anteriormente, os residentes registravam suas observações e comentários em instrumentos próprios de sistematização.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e aprovado sob o parecer Nº 3.670.372.

## 2.2. Resultados

Foram elencados, *a posteriori*, três categorias a partir da aplicação da técnica de análise de conteúdo: pontos fortes da iniciativa de educação interprofissional; fragilidades identificadas na iniciativa de EIP e recomendações para aperfeiçoamento da proposta.

### Pontos fortes da iniciativa de educação interprofissional

Na realização dos grupos focais, foram marcantes, na fala dos participantes, comentários sobre os pontos fortes da iniciativa de educação interprofissional. Entre

eles foram destacados: a maior compreensão dos papéis dos demais profissionais da RMS; a ampliação do respeito pelo trabalho exercido pelos colegas; a maior compreensão da importância da colaboração no trabalho em saúde; a maturidade na tomada de decisões em equipe; a melhora da comunicação e diálogo; e o desenvolvimento de competências para a integralidade da atenção.

Sobre a maior compreensão dos papéis profissionais, os residentes mencionam como ponto forte, considerando o histórico de fragmentação presente na formação em saúde. Também relatam que as metodologias adotadas na iniciativa estimularam a reflexão sobre o papel dos demais profissionais – e da própria profissão – na produção dos serviços de saúde.

No início foi bastante conflituosa porque a gente não entendia as atribuições de categorias e foi muito eficiente nesse sentido, pelo menos para mim. E que hoje eu consigo... no atendimento, eu consigo identificar uma demanda para uma determinada categoria que eu não conhecia as atribuições e hoje eu consigo. Eu acho que eu devo isso a essa disciplina (R2).

Eu definiria como abertura dos horizontes porque quando você sai da graduação, a gente sai, como falei, com tecnicismo. Você se procura em um caso. Você não procura outra possibilidade de trabalhar com outros. E isso proporcionou você não só se identificar, mas identificar que existe uma possibilidade de você trabalhar de forma positiva com outro profissional e juntos pensarmos em uma melhor resolvabilidade para o caso (R1).

## Fragilidades identificadas na iniciativa de educação interprofissional

Entre as fragilidades na iniciativa de EIP apontadas pelos participantes, destacam-se: entender e respeitar os limites de atuação de cada profissão; desconhecer as competências habilidades e atribuições das profissões; desconhecer a diferença entre competências comuns e colaborativas;

identificar áreas de atuação dentro dos casos; entrar em consenso ao traçar a conduta terapêutica; falta de clareza do método por parte dos tutores e alunos; diferentes abordagens do método por diferentes tutores e ausência de feedback.

Eu tive muita dificuldade no conhecimento dos conceitos das competências porque eu acho que, nesse caso, faltava mais objetividade na explicação conceitual mesmo. Porque como era novidade para todos nós, eu senti falta do conceito e isso me atrapalhou na compreensão e na minha colocação em diversos momentos dentro dos casos (R5).

Eu coloco como uma dificuldade a questão do alinhamento entre os tutores do que é o método. O entendimento entre os tutores para passar isso para a gente e acompanhar o nosso aprendizado e a teoria para que a gente tenha acesso ao material de leitura, que a gente consiga fazer o estudo e o tempo que a gente possa retornar para a sala de aula e discutir aquilo que a gente estudou (R3).

## Recomendações para aperfeiçoamento da proposta

As recomendações para aperfeiçoamento da iniciativa de EIP indicadas pelos participantes foram: esclarecer o método antes da execução; disponibilizar os casos com antecedência para melhor avaliação das condutas; necessidade de casos reais voltados para especialidades trabalhadas; formular casos que englobam todas as profissões; capacitar tutores e alunos para utilizar o método proposto; maior sintonia entre tutores na aplicação da metodologia; instrumentos mais objetivos para descrição dos casos; termômetro para feedback; manter os grupos com as equipes do campo de prática; manter o mesmo tutor durante todo semestre; deixar mais claras as diferenças entre conhecimento específico, comum e colaborativo.

“Para mim ficou muito os conceitos das competências colaborativas. Eu acho que a objetividade pode fazer com que as próximas turmas tenham um desempenho e uma conexão melhor.” (R4)

## 2.3. Discussão

O desenvolvimento e a implementação de experiências de EIP podem apresentar desafios que incluem o não alinhamento entre os objetivos da proposta com os objetivos das diferentes instituições de ensino em saúde, o tipo de instituição e ambientes onde a instituição está localizada e a disponibilidade de colaboração entre diferentes organizações de ensino (Machin *et al.*, 2019; Lie *et al.*, 2016). Diversos são os desafios que permeiam a sua implementação, com destaque para que grande parte dos docentes não estarem preparados e nem possuem as habilidades exigidas para o ensino interprofissional (Booij *et al.*, 2024).

Partindo da concepção que a residência multiprofissional é realizada no cotidiano dos serviços os quais os residentes estão inseridos, o modo singular como cada indivíduo significa o trabalho e o cuidado em saúde guia o modo como se produz o agir em saúde (Romcy, 2018). Quando bem projetado, a EIP permitirá que os estudantes abordem e modifiquem suas percepções um do outro, construindo um relacionamento que facilite a atuação colaborativa e compartilhada, com aumento da resolutividade dos casos (Hawick; Kitto; Cleland, 2021).

A heterogeneidade de formação dos estudantes é um desafio em qualquer ambiente educacional. No contexto da educação interprofissional, esse aspecto assume um significado mais amplo, pois se refere à composição de grupos de estudantes formados em diferentes perspectivas educacionais (Hammond; Morgan, 2022). Como o objetivo da EIP consiste em que participantes com diferentes culturas de aprendizagem aprendam em conjunto, de forma interativa e centrada nas necessidades dos usuários, é necessário incluir especificamente esses aspectos no planejamento didático e organizar programas de desenvolvimento docente para desenvolver e implementar esses formatos de ensino (Hall; Zierler, 2015). O planejamento e o desenvolvimento de um curso de EIP podem ser diferentes em muitos aspectos de um curso oferecido apenas a uma profissão. Para otimizar o potencial de uma iniciativa

de EIP, os membros do corpo docente envolvidos precisam de preparação inicial e desenvolvimento contínuo nesta área (Medeiros Pereira *et al.*, 2025).

A qualificação do corpo docente deve acontecer ao longo de um *continuum* iterativo, partindo do nível afetivo para o cognitivo, desenvolvendo uma mudança comportamental e levando a resultados mensuráveis. No nível afetivo, o objetivo do corpo docente interprofissional deve acontecer no intuito de garantir a valorização e validação da abordagem da EIP entre os docentes. O corpo docente também deve ser capaz de descrever estratégias de ensino que fomentem o desenvolvimento de competências colaborativas, deixando claros os objetivos de aprendizagem e o conteúdo utilizados nos encontros (De Ruiter; Van Klaveren; Geukers, 2024; Cimino *et al.*, 2022).

Vários formatos de ensino podem ser considerados e adotados, podendo variar em intensidade e duração. Revisão sistemática de literatura recente voltada para o desenvolvimento de corpo docente revelou que iniciativas de EIP bem-sucedidas são caracterizadas por quatro recursos principais: experiência de aprendizagem, fornecimento de feedback aos participantes, intervenções bem elaboradas com base nos princípios estabelecidos de ensino e aprendizagem e na diversidade dos métodos educacionais. A escolha de um formato de ensino depende dos objetivos da intervenção de desenvolvimento do corpo docente (Steinert *et al.*, 2016; Camarata; Slieman, 2020).

Na perspectiva de qualificar as iniciativas de EIP, é importante ouvir os pares e construir um clima seguro de construção coletiva da proposta. A tarefa deve ser compatível com o conhecimento prévio do estudante e ter conexão lógica, específica e clara com os objetivos de aprendizagem a serem atingidos, sendo condizentes com o nível de aprendizado do discente. O objetivo de aprendizagem e a expectativa de performance do estudante deve ser esclarecido pelo docente, no intuito de facilitar e direcionar os esforços empreendidos, além de tornar o aluno mais seguro e responsável pelo aprendizado (Silva *et al.*, 2022; Behrend *et al.*, 2019).

As mudanças na lógica tradicional de ensino em saúde dão origem a diálogos entre docentes com diferentes histórias de formação, trazendo

concomitantemente o desejo de aprender a ensinar de um modo mais participativo, interativo, criativo. Essas possibilidades podem ser ampliadas por meio do envolvimento dos docentes na construção de um projeto pedagógico inovador, tomando-os como corresponsáveis pelos rumos e rotas da proposta de formação em saúde. Assim, também é novo para o professor sair da métrica disciplinar e colocar-se no diálogo com colegas oriundos de outros campos disciplinares, relativizando suas certezas e acreditando ser possível e necessário (re)conhecer as dinâmicas do saber, fazer e ser em saúde (Dunston *et al.*, 2018).

### 3. Conclusão

Diante das distintas realidades do ensino em saúde e cenários de prática, diversos são os aspectos que podem interferir na execução das iniciativas. A atuação docente configura uma ação em constante mutação, com mudanças organizacionais, curriculares e extracurriculares, definidas no quadro de sucessivas reformas e políticas educativas. Essas mudanças exigem a adoção de novos papéis e a busca e desenvolvimento de novas competências. É preciso um corpo docente qualificado, atividades que proporcionem a apuração teórico-conceitual e metodológica relacionada à educação interprofissional, porém, sem desvalorizar a importância do desenvolvimento de competências específicas das diferentes categorias envolvidas no processo.

Embora as lições aprendidas possam contribuir de maneira significativa na EIP aplicada às residências multiprofissionais, é fundamental que novos estudos sejam realizados, para sistematização por meio de evidências científicas capazes de progredir na formação de profissionais mais aptos e comprometidos com o efetivo trabalho em equipe.

Os resultados apresentados precisam ser atualizados em próximas publicações de forma a apresentar a percepção das diversas turmas de residentes. Por outro lado, a continuidade desse estudo exige também um olhar atento às mudanças induzidas por essa proposta na prática cotidiana e na melhoria dos resultados em saúde sentidos pelos usuários, devendo ser o atendimento de suas necessidades o principal objetivo e maior compromisso.

## Referências

- ARAÚJO, H. P. A. *et al.* Multiprofessional family health residency as a setting for education and interprofessional practices. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S.I.], . 29, p. 1-11, 2021.
- BEHREND, R. *et al.* Heterogeneous learning cultures in interprofessional education: a teacher training. *GMS journal for medical education*, [S.I.], v. 36, n. 3, p. 1-14, 2019.
- BERNARDO, M. S. *et al.* Training and work process in Multiprofessional Residency in Health as innovative strategy. *Revista brasileira de enfermagem*, [S.I.], v. 73, n. 6, p. 1-5, 2020.
- BOOIJ, E. *et al.* An interprofessional faculty development program for workplace-based learning. *Perspectives on medical education*, [S.I.], . 13, n. 1, p. 266, 2024.
- BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology. *Qualitative research in Psychology*, [S.I.], v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006.
- CAMARATA, T.; SLIEMAN, T. A. Improving student feedback quality: A simple model using peer review and feedback rubrics. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, [S.I.], v. 7, p. 1-7, 2020.
- CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; RUIZ-MORENO, L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sciences*, [S.I.], v. 40, n. 3, p. 229-233, 2015.
- CIMINO, F. M. *et al.* Can we realize our collaborative potential? a critical review of faculty roles and experiences in interprofessional education. *Academic Medicine*, [S.I.], v. 97, n. 11S, p. S87-S95, 2022.
- CRESWELL, J. W. *Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa: Escolhendo entre Cinco Abordagens*. São Paulo: Penso Editora, 2014.
- DE MAZZI, N. R. *et al.* Interprofessional education at a Brazilian public university: A document analysis. *Heliyon*, [S.I.], v. 9, n. 2, p. 1-8, 2023.
- DE MEDEIROS PEREIRA, A. K. A. *et al.* Planning of Interprofessional education initiatives for the development of interprofessional competencies: an analysis based on the PET-Health Interprofessionality/Brazil. *Journal of Interprofessional Care*, [S.I.], v. 39, n. 2, p. 248-256, 2025.
- DE RUITER, M. C.; VAN KLAVEREN, L.; GEUKERS, V. G. M. The significance of a dialectical approach to enrich health professions education. *BMC Medical Education*, [S.I.], v. 24, n. 1, p. 1-9, 2024.
- DUNSTON, R. *et al.* Repositioning interprofessional education from the margins to the centre of Australian health professional education—what is required? *Australian Health Review*, [S.I.], v. 43, n. 2, p. 224-229, 2018.
- HALL, L. W.; ZIERLER, B. K. Interprofessional education and practice guide no. 1: developing faculty to effectively facilitate interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, [S.I.], v. 29, n. 1, p. 3-7, 2015.
- HAMMOND, K. M.; MORGAN, C. J. Development of interprofessional healthcare teamwork

skills: mapping students' process of learning. *Journal of Interprofessional Care*, [S.I.], v. 36, n. 4, p. 589-598, 2022.

HAWICK, L.; KITTO, S.; CLELAND, J. Contact is not enough: a qualitative study of how space and place impact on interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, [S.I.], v. 35, n. 5, p. 710-717, 2021.

LAGO, L. P. M. et al. Resistance to interprofessional collaboration in in-service training in primary health care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [S.I.], v. 56, p. 1-8, 2022.

LIE, D. A. et al. Interprofessional education and practice guide No. 5: Interprofessional teaching for prequalification students in clinical settings. *Journal of Interprofessional Care*, [S.I.], v. 30, n. 3, p. 324-330, 2016.

MACHIN, L. L. et al. Interprofessional education and practice guide: designing ethics-orientated interprofessional education for health and social care students. *Journal of Interprofessional Care*, [S.I.], . 33, n. 6, p. 608–618, 2019.

NAUMANN, Fiona et al. Developing the next generation of healthcare professionals: The impact of an interprofessional education placement model. *Journal of Interprofessional Care*, [S.I.], v. 35, n. 6, p. 963-966, 2021.

OGATA, M. N. et al. Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [S.I.], v. 55, 1-9, 2021.

ROMCY, G. S. *Formação (in) comum e caminhos de sua produção: cenas da residência multiprofissional em saúde*. 2018. 2023. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

SILVA, G. T. R. et al. Training of teachers in the Health field from the perspective of interprofessional education. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [S.I.], v. 75, n. 04, p. 1-5, 2022.

STEINERT, Y. et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness: A 10-year update: BEME Guide No. 40. *Medical teacher*, [S.I.], v. 38, n. 8, p. 769-786, 2016.



# CAPÍTULO 10

## EXPERIMENTAÇÕES EM INTERPROFISSIONALIDADE EM UMA UNIVERSIDADE NO CORAÇÃO DA AMAZÔNIA

Rui Massato Harayama  
Cristiano Gonçalves Moraes  
Juliana Gagno Lima

### 1. Introdução

Em 2010, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa” (OMS, 2010) que visava convocar os países para integrar os sistemas de saúde e de educação com o objetivo de acolher as demandas de saúde da população de forma mais resolutiva e integral e evitando o trabalho disperso e fragmentado. Uma das estratégias adotadas foi a de promover a educação interprofissional que ocorre “quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a efetiva colaboração e melhorar os resultados na saúde.” (OMS, 2010, p.10). Essa seria uma estratégia para tornar o cuidado mais efetivo e seguro (Reeves, 2016). Entretanto, no âmbito da saúde pública brasileira, a interprofissionalidade não pode ser considerada uma inovação se tomarmos os princípios do SUS que preveem o cuidado centrado na integralidade a partir das demandas territoriais (Costa, 2016).

No contexto brasileiro, a educação interprofissional foi impulsionada por experiências diversas, como nos currículos integrados dos cursos na Universidade Estadual de Maringá (Miguel; Albiero; Alves; Bicudo, 2018),

nos Bacharelados Interdisciplinares da área da Saúde da Universidade Federal da Bahia (UFBA) (Teixeira; Coelho, 2014), nas experiências das clínicas interprofissionais e centros saúde escola, entre outras (Costa, 2017).

Em comum, essas experiências estão focadas no eixo sul e sudeste ou em faculdades consolidadas nas regiões de maior densidade populacional e com cursos da área da saúde de formato ou currículo tradicional e que foram sendo reformulados para promover a educação interprofissional. Entretanto, essa realidade não é a que se apresenta para muitas universidades criadas a partir dos programas de expansão universitária (Brasil, 2007), como a Universidade Federal do Oeste do Pará (Ufopa).

A Ufopa foi criada em 2009, a partir da lei 12.085 (Brasil, 2009), e surge da incorporação do *Campus* Santarém da Universidade Federal do Pará (Ufpa) e da Unidade Descentralizada Tapajós da Universidade Federal Rural da Amazônia (Ufra). A área de atuação da universidade se estende a todo o oeste do Pará compreendendo 20 municípios, distribuídos em três regiões administrativas e 12,8% da população, marcada pela presença de populações tradicionais, como indígenas, quilombolas, ribeirinhas, rurais e extrativistas (Ufopa, 2024). A especificidade da universidade no ‘coração da Amazônia’ como equipamento para garantir o acesso à educação superior reflete em seu processo seletivo que se divide nos processos seletivos regulares – com oito cotas diferentes de acordo com renda, PPI, PCD entre outros – e processos seletivos especiais para indígenas e quilombolas.

A localização da instituição e o modo de seleção dos estudantes resulta em uma universidade com quadro discente socioeconomicamente diverso, mas oriundos da região de abrangência da instituição.

Em sua criação, o único curso da área da saúde existente na Ufopa era o bacharelado em farmácia oferecido dentro do Instituto de Biodiversidade e Florestas conectado com um projeto institucional de desenvolvimento de fitoterápicos a partir dos bioativos amazônicos.

É somente em 2013 que é criado o Instituto de Saúde Coletiva (ISCO) que passou a abrigar o curso de farmácia, bacharelado interdisciplinar em saúde (2015), saúde coletiva (2018) e medicina (2025). Em sua fundação, um

dos desafios era possibilitar que o percurso de formação para os estudantes do Instituto de Saúde Coletiva e, concomitantemente, de seus docentes e pesquisadores, passasse por um currículo e discussões alinhados com os temas da Saúde Coletiva, da interdisciplinaridade e, por consequência, da interprofissionalidade e da interculturalidade diante da realidade do oeste do Pará. Essa demanda foi identificada a partir da análise da realidade de formação dos recursos humanos da região que priorizava os equipamentos de saúde tradicionais, como hospitais e Unidades Básicas de Saúde, assim como pelo perfil dos docentes formados em modelos hospitalocêntricos e conteudistas de ensino, antes das reformas curriculares da saúde, e que impunha o desafio para a atualização e customização do princípio da formação dos recursos humanos em saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS). E também foi reforçada pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 515 de 2016 que institui que as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde deveriam ser discutidas e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde garantindo uma “formação interprofissional, humanista, técnica e de ordem prática presencial, permeada pela integração ensino/serviço/comunidade” (CNS, 2016).

A partir desse diagnóstico, procurou-se propor currículos que priorizasse a formação interprofissional e voltada para o SUS, intencionando a interação dos estudantes com os cenários de práticas.

## **2. Desenvolvimento**

### **2.1. Método**

Apresentamos a experiência do ISCO/Ufopa no desenvolvimento de ferramentas da educação e trabalho interprofissional como princípio norteador da formação de recursos humanos para a região do Oeste do Pará, a partir da análise documental da instituição, produção e relato de experiência de docentes e egressos nos cursos de graduação e de pós-graduação *lato sensu*, durante os anos de 2018-2022.

## A experiência do componente Interação na Base Real

O componente Interação na Base Real (IBR) é oferecido em quatro módulos sequenciais e é componente obrigatório a todos os ingressantes do Instituto de Saúde Coletiva da Ufopa.

Esse componente passou a ser adotado a partir da identificação da escassez de cenários para o contato e reflexão sobre a saúde pública e saúde coletiva, a partir de uma visão ampliada do conceito da saúde, e que pudesse extrapolar a ideia do cenário de assistência e intervenção para os profissionais da saúde sendo limitado aos serviços de saúde.

Esse componente foi inspirado na experiência adotada pela Universidade Federal do Sul da Bahia, baseada em percursos formativos em ciclos, que no caso dos Projetos Políticos Pedagógicos do ISCO eram divididos em ciclo interdisciplinar, comum da saúde coletiva e de formação específica. Esse componente passou a ser oferecido em 2015, nos cursos do bacharelado de farmácia e do bacharelado interdisciplinar em saúde, e a partir de 2018, o curso de bacharelado em saúde coletiva.

O componente, dividido em quatro módulos, foi planejado a ser desenvolvido a partir do princípio da territorialidade e participação comunitária no planejamento dos cuidados da saúde como importante competência profissional e que podem ser resgatados desde, pelo menos, a Declaração de Alma Ata.

Para garantir e possibilitar que estudantes da saúde pudessem experienciar de forma significativa esse princípio, parte-se do pressuposto de um ciclo completo formativo e cocriador entre os estudantes, docentes e as comunidades atendidas.

No primeiro módulo, IBR I, os estudantes conhecem o território/comunidade de intervenção a partir da visita *in loco*, e suas lideranças e atores sociais a partir da escuta qualificada, levantando os aspectos culturais e subjetivos, com o objetivo de criar o vínculo dos futuros profissionais com o

território/comunidade, assim como no desenvolvimento da prática da escuta ativa e da escrita compartilhada.

No segundo módulo, IBR II, é realizado o diagnóstico sociodemográfico, com levantamento secundário, e coleta de dados primários, para a produção de análise dos indicadores demográficos, sociais e de saúde; assim como a produção do mapa físico e social da área do território/comunidade, que demonstra a espacialização e a territorialização e, com isso, proporcionar a identificação de espaços comunitários, como associações, igrejas, escolas, áreas de socialização e lazer como quadras, barracões comunitários, entre outros.

No terceiro módulo, IBR III, os estudantes socializam os resultados obtidos nos dois primeiros módulos a partir da análise e da apresentação dos dados e, com isso, o desenvolvimento de oficinas com os moradores do território/comunidade com o objetivo de proporcionar um planejamento participativo de uma intervenção.

No quarto módulo, IBR IV, é realizada a análise do relatório do planejamento participativo com a confrontação das demandas priorizadas com as políticas planejadas ao território e com o desenho em conjunto de uma intervenção, com mobilização da comunidade e instituições parceiras.

Como característica central, esses módulos são conduzidos a partir de metodologias ativas de aprendizagem e sendo realizados dentro da mesma comunidade que também é o cenário de intervenção e de possível atuação dos futuros profissionais de saúde.

Os encontros semanais da disciplina tornam-se em um espaço de formação dos estudantes que normalmente chegam no ensino superior tendo passado por experiências de educação bancária e conteudista voltada para a preparação para os exames nacionais, como vestibulares e o ENEM, e com poucas experiências de trabalhos coletivos e de partilhas de longo prazo.

Essa formação interprofissional em contato com os territórios/comunidades apresenta aos estudantes a complexidade da realidade social, com a predominância dos determinantes sociais da saúde na compreensão do

histórico de vida, aspectos culturais e ambientais para compreender o processo saúde-doença-reabilitação, assim como na importância da abordagem integral e do trabalho interprofissional. Questões sociais como pobreza, doenças laborais, violência doméstica, abuso de substâncias, entre outros temas, são coletados e discutidos em grupos nas salas de aula para exercícios de integralidade na atenção à saúde.

Das comunidades/territórios visitados iremos citar duas, a partir de suas características específicas da realidade amazônica.

A primeira é uma comunidade tradicional, cuja população divide-se por uma rodovia federal, formada por agricultores familiares com 106 famílias à época, mas que vem sofrendo um êxodo resultante da pressão das plantações de soja ao redor da comunidade. O contato com a comunidade foi feito a partir da associação de moradores que nos apresentou a Agente Comunitária de Saúde. Das visitas iniciais, em que se conheceu a história da comunidade e os seus equipamentos públicos, passou-se para a realização de um relato compartilhado da história de vida dos moradores, com o intuito de construir de forma coletiva um relato narrativo que descreve o comunitário de forma global e não limitando-o aos seus aspectos biológicos ou a doenças, mas que pudessem abranger a história de vida e os planos futuros. Após esse instrumento, aplicou-se um inquérito para conhecer o perfil sociodemográfico do local. De posse desses dados, foi estabelecido o diagnóstico situacional e foram discutidos em sala de aula os problemas que foram identificados. Esse diagnóstico foi apresentado para a comunidade que elencou como problema prioritário a ser combatido a organização do calendário de coleta de lixo.

A outra comunidade atendida foi um residencial construído pelo Plano de Aceleração do Crescimento, em 2015, e contava com mais de 3 mil unidades de casas térreas divididas em 31 ruas. O processo de aproximação com a comunidade ocorreu por meio do contato com o Conselho Municipal de Saúde. Na época das visitas, a área desse residencial não era coberta por nenhum programa de saúde, e sua população precisava se deslocar para os

outros bairros para ser atendido, sobrecarregando as unidades de saúde próximas. As visitas nesse bairro foram todas feitas no período noturno e aos finais de semana, adequando-se ao período da disciplina, que era voltada para os estudantes trabalhadores, e à dinâmica dos moradores locais, que eram de trabalhadores diurnos. Ao contrário da comunidade acima, esse era um bairro urbano, considerado periférico, com pouca iluminação noturna, o que implicava na construção coletiva de estratégias para a movimentação dos estudantes no período noturno, principalmente motivado pelas lideranças que apontavam a segurança pública como um dos problemas. A abordagem dos estudantes trabalhadores no período noturno era mais difícil, já que muitos moradores se recusaram a participar das atividades por motivos de tempo, o que foi transposto com várias idas ao território nos finais de semana. Após a partilha da história de vida e da produção do diagnóstico, foi realizada uma oficina colaborativa para discutir os resultados do diagnóstico e dos problemas identificados, que no caso foi a da segurança pública como sendo uma das causas de agravos da saúde mental para os idosos.

Essas duas experiências demonstram a estratégia da interprofissionalidade aplicada na formação de profissionais da saúde a partir da interação e vínculo com os territórios/comunidades e sua complexidade. Nesse sentido, a inserção dos estudantes nos territórios em que atuarão e o seu vínculo com os seus moradores vão além de uma simples experiência ou um estágio preliminar, e coloca o futuro profissional de saúde em contato dos desafios objetivos e subjetivos da atenção à saúde de base territorial que é múltipla e depende do uso de tecnologias sociais e interprofissionais para acolher as demandas e construir soluções de forma dialógica com as comunidades.

## A experiência da Residência Multiprofissional

A residência multiprofissional em Estratégia Saúde da Família para populações do Baixo Amazonas é um curso de especialização *lato sensu*, presencial, criada em 2017, com atividades previstas para o município de

Santarém (PA), tendo como público-alvo profissionais das seguintes categorias: enfermagem, farmácia e cirurgião-dentista. O objetivo do curso consiste em formar especialistas na Atenção Básica com enfoque na Estratégia da Saúde da Família para as populações do campo, floresta e das águas, capazes de promover ações interdisciplinares no atendimento visando melhorar a qualidade de vida da população (Ufopa, 2018).

A especialização tem área de concentração em saúde coletiva e possui carga horária de 5.760 horas, as atividades estão distribuídas em 80% práticas e 20% teórica. O ciclo de formação do curso consiste em duas etapas que correspondem, no primeiro ano, a conhecer o território e realizar o diagnóstico de situação em saúde, além de serem realizadas ações de trabalho da equipe multiprofissional. A grade curricular do primeiro ano abrange conteúdos gerais: Atenção Primária à Saúde (APS), SUS, ética e bioética, metodologia científica, além de outros assuntos voltados para os eixos de gestão, epidemiologia e educação. O cenário de prática desse período envolve as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do centro urbano de Santarém, indicadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município como cenário de prática dos residentes, e discutido na Comissão da Residência Multiprofissional (COREMU).

Em contraponto, no segundo ano, ocorre o processo de inserção dos residentes em outros serviços da rede de atenção à saúde, e há um maior direcionamento para as práticas de prevenção, promoção e educação em saúde em uma unidade comum. As disciplinas desse período envolvem conteúdos mais específicos das áreas de atuação de cada profissional. Nesse ciclo, outros cenários de práticas fazem parte dos locais de inserção dos residentes, sendo esses estabelecimentos de saúde da rede de atenção à saúde como: Centro de Abastecimento Farmacêutico (CAF), Centro Especializado Odontológico (CEO), Hospitais, ambulatórios de especialidades, entre outros.

Duas conjunturas utilizadas para inserção dos residentes, importantes de serem destacadas, foram a Unidade Básica de Saúde Fluvial-Abaré I e nas comunidades localizadas no interior do município de Santarém e em outros

municípios da região oeste do Pará. Ambos foram meios de oportunizar a vivência das populações do campo, floresta e das águas. Entre 2017 e 2025, houve a formação de nove turmas na residência. Até 2020, o ingresso anual era feito para três vagas, uma para cada categoria profissional. Após isso, a oferta duplicou passando a ser seis vagas. O perfil dos profissionais inseridos na residência consistia, principalmente, de recém-formados, com pouca experiência profissional, de instituições de ensino superior do estado do Pará e em alguns casos do estado do Amazonas.

Em linhas gerais, evidencia-se que a experiência mais integrada do primeiro ano possibilitou o maior aprofundamento do diálogo dos profissionais de diferentes categorias com uma perspectiva de conhecer e problematizar a realidade observada no território e na atuação da APS na conjuntura da população do campo, floresta e das águas. Foi feito o forte estímulo dos residentes saírem das “caixinhas” ampliado olhares e discussões para outras perspectivas e atuação com base nas categorias profissionais que compõem a residência. Os efeitos observados foram a maior coesão e integração nas atividades realizadas no cenário de inserção.

Em paralelo a isso, dois instrumentos avaliativos utilizados pelo curso também contribuíram para maior integração interprofissional, o Diário Reflexivo (DR) e o Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) foram ferramentas que promoveram e intensificaram esse processo. Os DRs consistiam nas anotações dos residentes sobre a sua vivência prática com observações, impressões e inferências que eram entregues mensalmente e discutidas junto a um professor responsável. Um ponto importante desse processo no primeiro ano é que permitia o aprofundamento da discussão sobre um mesmo objeto, seja um caso clínico, uma visita domiciliar, o acolhimento realizado a um usuário. A escrita e discussão do DR propiciava explanar sob essas diferentes perspectivas, o que contribuía para a formação e atuação dos profissionais. No segundo ano, com a inserção dos profissionais em outros estabelecimentos de saúde ocorrendo de forma mais individualizada (CAF, CEO, ambulatório

de especialidades) as discussões dos DRs passavam a integrar os residentes, assim como traziam perspectivas desses cenários, ajudando a compreender os problemas que refletiam na APS: a falta de medicamentos, dificuldades de referência e contrarreferência, entre outros. As reflexões passaram a ser mais profundas e comuns a todos os residentes justamente por haver a escrita e discussão dos casos e situações vivenciados.

Os TCRs, por sua vez, tinham o direcionamento voltado para a pesquisa na APS. Com finalidade de integrar a atuação profissional, os projetos passaram a ter um objeto de trabalho em comum para os residentes, sendo conduzido sob a perspectiva de cada profissional e, quando viável, com uma produção de escrita conjunta. A seleção de cada tema ia de acordo com o diagnóstico situacional realizado no primeiro ano. Em meio a isso, emergiram temáticas transversais com um eixo em comum. Um exemplo foi o grupo do Hiperdia: frente ao quantitativo de hipertensos e diabéticos acompanhados e às problemáticas de saúde evidenciadas, surgiu a proposta de qualificar o cuidado em saúde ofertado pela equipe da APS.

Para tanto, foi realizada a análise de estratificação de risco, assistência farmacêutica e atenção à saúde bucal de usuários hipertensos e diabéticos. Com o foco em comum do TCR, houve trocas entre os residentes sobre os melhores meios de abordagem e o desenvolvimento dos TCRs foram se complementando. Um outro exemplo consistiu na produção de análise da concepção de planejamento familiar de trabalhadoras e trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde que impactava diretamente na forma como ocorria o acolhimento e os indicadores do pré-natal. A produção de estratégias como grupos focais, oficinas, entrevistas e discussão de caso promoveu ferramentas reflexivas da intersetorialidade e que pudessem impactar nas práticas profissionais da equipe e, consequentemente, na qualidade do atendimento.

Esses processos beneficiaram o diálogo e a participação dos residentes em atividades compartilhadas comuns a cada projeto, e possibilitaram que fosse aprofundado o caráter interprofissional na qualificação da atenção à saúde.

### **3. Considerações Finais: Após a experiência**

Como descrito, nossa experiência de induzir a interprofissionalidade por meio de disciplinas e da produção científica compartilhada demonstrou ser uma importante estratégia para a formação de profissionais que pudessem atuar de maneira coordenada para acolher as demandas dos territórios em que atuam.

Entretanto, essas experiências têm fragilidades estruturais que precisam ser constantemente analisadas e superadas. No âmbito da graduação, a baixa formação e experiência cidadã dos estudantes se tornam obstáculos para que compreendam a importância das atividades interprofissionais e em diálogo com a comunidade, sobretudo na percebida morosidade do processo até o delineamento de alguma resolutividade, baseado no imaginário intervencionista como competência dos profissionais de saúde. A dificuldade de coordenação de agendas entre os diferentes atores, como a dos docentes e dos comunitários, com a disponibilidade de transporte para as atividades extramuros, se torna em um desafio, sobretudo nos contextos do interior da Amazônia, cujas condições viárias são precárias e sujeitas às intempéries sazonais. O próprio diálogo com a comunidade é um tópico sensível, já que são constantemente abordadas por diferentes projetos para a região amazônica e nem sempre acolhem as demandas dos estudantes em campo, ou percebem a construção do planejamento como sendo algo resolutivo.

Na experiência da residência multiprofissional em Estratégia Saúde da Família, os desafios são de outra ordem, já que os gestores dos serviços parceiros onde os residentes atuam têm a expectativa de que a sua inserção seja como mão-de-obra para incrementar os atendimentos, tornando os momentos de reunião e interação escassos e dificultando a prática da interconsulta. Os ciclos de planejamento e intervenção, que é experienciada durante a residência, nem sempre é cumprida, já que atravessa planejamentos políticos que não respeitam os microprocessos locais.

Esse desafios tornam a manutenção desses projetos a longo prazo inviáveis sem um investimento significativo em recursos humanos e de

instalações. Entretanto, apontamos alguns caminhos para a manutenção e replicação dessas experiências.

A Política Nacional de Extensão Universitária, de 2012, que fortalece a noção de interação dialógica, associada ao Plano Nacional de Educação, 2014, que vincula pelo menos 10% da carga horária total para atividades de extensão de forma curricularizada, coloca no centro do debate a possibilidade de promover essa extensão, no caso dos cursos da saúde, a partir de princípios dialógicos e interprofissionais. A inserção da comunidade universitária em contato direto e constante com representantes do território/comunidade também dá dinamicidade para os processos de ensino-aprendizagem, já que não se limitam ao detalhamento do perfil de condições de adoecimento disponíveis em estruturas tradicionais da assistência à saúde, como UBS e Hospitais, e possibilita que se atue no sentido de conhecer e propor intervenções no âmbito da promoção da saúde e nos determinantes sociais da saúde.

Nesse sentido, a discussão e o planejamento de Planos Políticos Pedagógicos que prevejam componentes interprofissionais, com correta destinação de recursos humanos e financeiros, devem ser construídos para garantir a institucionalidade desses princípios, incluindo a previsão das atividades de extensão e de experiências interprofissionais como estágio obrigatório, como prevê a Lei 11788 de 2008, possibilitando que, na própria formação, seja possível atuar de forma reflexiva acerca da interprofissionalidade.

## Referências

BRASIL. *Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007*. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – REUNI. Brasília, DF: Casa civil, 2007. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm)

BRASIL. *Lei nº 12.085, de 5 de novembro de 2009*. Dispõe sobre a criação da Universidade Federal do Oeste do Pará – UFOPA, por desmembramento da Universidade Federal do Pará – UFPA e da Universidade Federal Rural da Amazônia – UFRA, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/l12085.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/l12085.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução nº 515, de 07 de outubro de 2016*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-515.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2024.

COSTA, M. V. da. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 20, n. 56, p. 197–198, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>. Acesso em: 12 dez. 2024.

MIGUEL, E. A. et al. Trajetória e implementação de disciplina interprofissional para cursos da área de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 22, p. 1763–1776, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0576>. Acesso em: 10 mar. 2025

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub\\_oms\\_marco\\_acao\\_eip.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_oms_marco_acao_eip.pdf). Acesso em: 12 mar. 2025.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 20, n. 56, p. 185–196, 2016.

TEIXEIRA, C. F.; COELHO, M. T. A. D. (orgs.). *Uma experiência inovadora no ensino superior: Bacharelado Interdisciplinar em Saúde*. Prefácio: Naomar de Almeida Filho. Salvador: EDUFBA, 2014.

UFOPA, Universidade Federal do Oeste do Pará. *Plano de Desenvolvimento Institucional da UFOPA 2024–2031*. Santarém: Ufopa, 2024.

UFOPA, Universidade Federal do Oeste do Pará. *Projeto pedagógico do curso: residência multiprofissional em estratégia saúde da família para populações do Baixo Amazonas*. Santarém: UFOPA, 2018.

VIANA DA COSTA, M. Brazil: Interprofessional Education Initiatives. In: *Interprofessional Education in Health Care: Improving Human Resource Capacity to Achieve Universal Health. Report of the Meeting*, Bogotá, Colombia, 2016.



## **PARTE 2**

### **EXPERIÊNCIAS E PRÁTICAS INTERPROFISSIONAIS NO SUS:SABERES EM AÇÃO**



# CAPÍTULO 11

## TRABALHO INTERPROFISSIONAL E A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: PERSPECTIVAS A PARTIR DA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO HUMANO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Giuliana Gadoni Giovanni Borges  
Virginia Junqueira

### 1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, em sua concepção, preconiza a integralidade da atenção à saúde, a universalidade do acesso e a equidade no cuidado (Brasil, 2017). Para que esses princípios se concretizem, a organização do trabalho em equipe e a colaboração entre diferentes profissionais de saúde são elementos cruciais (Furtado, 2007). Nesse contexto, o conceito de interprofissionalidade ganha relevância, sendo compreendido como o processo de colaboração e interação entre profissionais de diferentes áreas, que compartilham responsabilidades e tomam decisões conjuntas de maneira integrada e interdependente, com foco em atender às necessidades de saúde de uma população (Peduzzi *et al.*, 2020).

A Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser considerada um cenário propício para o desenvolvimento do trabalho interprofissional. É nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas equipes de Saúde da Família (eSF), compostas por profissionais de diferentes áreas, que a diversidade de saberes e práticas se

encontra para abordar os desafios de saúde da população de forma holística e contínua (Peduzzi; Agrelli, 2018).

Contudo, a efetivação do trabalho interprofissional na APS ainda enfrenta desafios estruturais, culturais e educacionais, que podem comprometer a qualidade da atenção e a resolutividade dos serviços. A centralidade e hegemonia da profissão médica, a segmentação da formação de profissionais de saúde e a lógica do mercado privado, que têm se feito presentes na prática da APS, promovem uma assistência que se concentra em áreas de conhecimento isoladas, em vez de oferecer uma visão mais completa e integrada de cuidado (Santos; Pinto, 2017).

A promoção do aleitamento humano é um exemplo da necessidade e dos benefícios do trabalho interprofissional. A amamentação é um ato complexo, influenciado por fatores biológicos, sociais, culturais e emocionais, que demandam uma abordagem de múltiplas perspectivas (Victora *et al.*, 2016). A atuação integrada de diferentes profissionais é essencial para oferecer um suporte abrangente e eficaz às famílias, desde o pré-natal até o período de amamentação e introdução alimentar (Battaus; Liberali, 2014). As orientações e ações realizadas pelos profissionais da eSF pode influenciar o tempo de aleitamento exclusivo, levando, consequentemente, menores taxas de abandono da amamentação (Vítolo *et al.*, 2014).

Este artigo, baseado na dissertação “O Aleitamento Humano como Viabilizador do Trabalho em Equipe na Atenção Primária à Saúde”, produto egresso do programa PROFSAÚDE, polo UNIFESP, buscou investigar como se dão as interações entre os profissionais das eSF nas práticas de aleitamento humano (AH) e de que forma os processos de trabalho podem favorecer uma abordagem interprofissional.

## 2. Método

O presente estudo teve como objetivo investigar como o aleitamento humano viabiliza o trabalho em equipe na APS. Trata-se de uma pesquisa

qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, viabilizada por meio das técnicas de entrevistas semiestruturadas e observação participante.

A pesquisa foi realizada em uma UBS do município de São Bernardo do Campo, no estado de São Paulo. A UBS, que atende a uma população de aproximadamente 40.000 pessoas, possui seis equipes de eSF, quatro equipes de Saúde Bucal (eSB) e uma equipe Multiprofissional (eMulti). A equipe de eSF selecionada para o estudo, denominada “Equipe Vênus” (nome fictício), é responsável pelo território com a população de maior vulnerabilidade socioeconômica entre os cadastrados na UBS.

O estudo envolveu profissionais de saúde que compõem a Equipe Vênus, sendo eles médica, enfermeira, técnica e auxiliar de enfermagem, agente comunitária de saúde (ACS), dentista, técnica e auxiliar de saúde bucal, assistente social e psicóloga. A seleção dos participantes considerou critérios como menor rotatividade de profissionais na equipe e especialização em Saúde Pública/Saúde da Família, sendo que três deles eram especialistas (médica, enfermeira e dentista).

A produção dos dados ocorreu por meio de um roteiro com perguntas abertas que exploravam a percepção dos profissionais sobre o trabalho em equipe na UBS, a promoção do aleitamento humano e os desafios encontrados. Além disso, a pesquisadora manteve um diário de campo registrando informações relevantes e refletindo sobre as interações, práticas e dinâmicas relacionadas ao aleitamento humano, ao acompanhar o cotidiano da equipe. Os dados produzidos foram submetidos à técnica de análise de conteúdo temática, proposta por Bardin (2016). Essa técnica envolveu as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, buscando identificar os temas recorrentes nas falas dos participantes e nas observações realizadas.

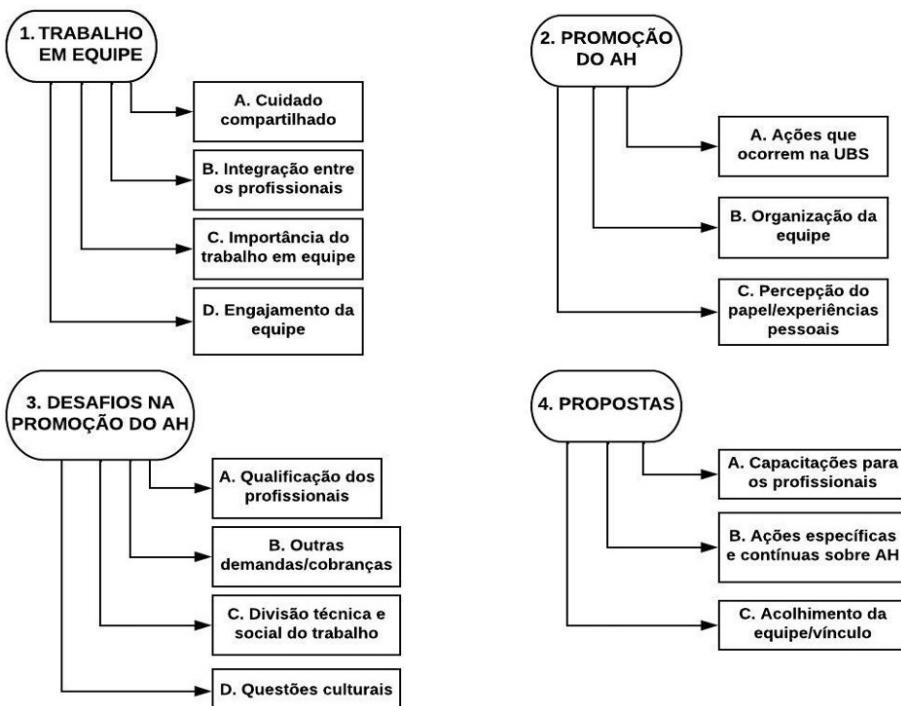
Foi obtida a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, identificável por meio do registro Projeto CEP/UNIFESP nº 0779/2023 e demonstrada por meio do parecer nº 6.508.479. Foram cumpridas todas as diretrizes estabelecidas para a condução ética

da pesquisa, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido, sendo informados sobre os objetivos da pesquisa, sendo garantidos o anonimato e a confidencialidade de seus dados.

### 3. Resultados

A análise de conteúdo das entrevistas realizadas com os profissionais da Equipe Vênus revelou quatro temas centrais, conforme ilustrado na Figura 1.

**Figura 1.** Análise de conteúdo temática das entrevistas.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

### **3.1.1 Trabalho em Equipe**

O tema “Trabalho em Equipe” revelou subtemas como o cuidado compartilhado, a integração entre profissionais, a importância do trabalho em equipe e o engajamento do grupo. A maioria dos entrevistados reconheceu o valor essencial da atuação em equipe para a assistência integral aos pacientes, enfatizando a necessidade de uma comunicação eficaz e cooperação mútua entre os diversos membros. No entanto, houve divergências sobre o nível de integração da equipe. Enquanto alguns relataram um bom entrosamento e comunicação fluida, outros mencionaram dificuldades na interação e na troca de informações, especialmente por parte dos profissionais que compõem a eSB.

### **3.1.2 Promoção do Aleitamento Humano (AH)**

Neste tema, os relatos trazidos nas entrevistas abordaram as ações realizadas na UBS, a organização da equipe e a percepção do papel individual e as experiências pessoais dos profissionais com o AH.

Os profissionais descreveram diversas ações de promoção do AH na UBS, como consultas de puericultura, grupos de gestantes e de cuidado materno-infantil, orientações individuais e visitas domiciliares. Alguns, porém, ressaltaram que existe a necessidade de maior clareza sobre os papéis de cada um e de uma melhor definição dos fluxos de trabalho.

### **3.1.3 Desafios na Promoção do AH**

O tema “Desafios na Promoção do AH” trouxe à tona subtemas relacionados à qualificação profissional, a outras demandas e pressões do serviço, à divisão técnica e social do trabalho e a questões culturais ligadas ao AH. A insegurança devido à falta de qualificação adequada para o manejo do AH foi apontada como um dos principais obstáculos. Muitos relataram não se sentir aptos em certos aspectos do tema e expressaram o desejo de mais

capacitação. Além disso, a sobrecarga de trabalho e a demanda por outras ações de saúde foram citadas como dificuldades. A divisão do trabalho, que valoriza algumas categorias profissionais em detrimento de outras, também foi vista como um empecilho à integração da equipe e à promoção do AH. Por fim, questões culturais, como crenças e tabus sobre o aleitamento humano, foram mencionadas como desafios a serem superados.

### **3.1.4 Propostas**

O último tema abordou as propostas e sugestões dos profissionais para maior integração da equipe e promoção do AH na UBS. A realização de capacitações e a entrega de materiais de apoio sobre AH foram as principais sugestões. Os profissionais expressaram um desejo enfático por informações atualizadas e aprimoramento de suas habilidades no manejo do AH. Além disso, a importância do acolhimento da equipe e do estabelecimento de um vínculo de confiança com as famílias foi ressaltada como fundamental para o sucesso das ações de promoção do AH.

## **3.2 Observação Participante**

A observação participante permitiu uma imersão na rotina da UBS e uma compreensão aprofundada sobre como se dá o trabalho em equipe e a promoção do AH na Estratégia Saúde da Família (ESF). A experiência prévia da pesquisadora como residente na unidade facilitou sua inserção nos diversos momentos do cotidiano, como reuniões de equipe, atividades educativas e atendimentos clínicos.

### **3.2.1 Reuniões da Equipe**

Durante a participação em nove reuniões da Equipe Vênus, observou-se que esses encontros funcionavam como espaços de planejamento e discussão sobre o cuidado em saúde. O aleitamento humano, no entanto, foi pauta em apenas uma ocasião, relacionada ao caso de uma bebê com baixo peso. Nesse momento,

a equipe demonstrou comprometimento e promoveu uma troca rica de saberes, envolvendo e movimentando diversos profissionais de maneira coordenada e integrada para responder à demanda daquela paciente. Ainda assim, de modo geral, o AH não se mostrou tema recorrente nessas reuniões, sendo discutido apenas em contextos específicos. A atuação da eSB, por sua vez, foi limitada, com pouca participação nas discussões e envolvimento direto nos casos.

### **3.2.2 Grupo PROOMI**

O Grupo do Programa de Orientação Odontológica Materno-Infantil (PROOMI), voltado ao atendimento de recém-nascidos e crianças de até 6 anos, configurou-se como o principal espaço para abordar o AH na UBS. A cada encontro, participaram em média cinco mães com seus bebês, acompanhadas por familiares. A dinâmica do grupo acontecia em formato de roda de conversa, com a presença de uma enfermeira, uma pediatra e uma dentista, cada qual contribuindo a partir de sua área de conhecimento. A enfermeira tratava do manejo do aleitamento, a pediatra, dos benefícios para a criança, e a dentista, das implicações para a saúde bucal. Apesar do esforço das profissionais, a participação das mães era limitada, com predomínio de um formato mais expositivo, dificultando o intercâmbio de experiências entre elas.

### **3.2.3 Reflexões**

A observação participante demonstrou que, embora o AH seja reconhecido como um tema importante, sua presença nas práticas cotidianas da UBS ainda é esporádica. As reuniões de equipe, que poderiam ser espaços potentes para articular estratégias, raramente abordavam o tema. Já o Grupo PROOMI, apesar de ser uma ação relevante, mostrava fragilidades em termos de interação e do trabalho interprofissional. A integração da equipe de saúde bucal nas ações voltadas ao aleitamento humano se mostrou incipiente, refletindo uma lógica de cuidado fragmentado.

Os dados coletados por meio das entrevistas e da observação indicam a complexidade envolvida na promoção do AH na APS. Apontam, ainda, a urgência de investimentos na qualificação profissional, no fortalecimento da comunicação e da integração entre os membros da equipe, na promoção de práticas interdisciplinares e, sobretudo, na implementação de ações sistemáticas de Educação Permanente em Saúde.

#### **4. Discussão**

Os resultados desta pesquisa são corroborados pela literatura que aponta o trabalho interprofissional como um elemento chave para a qualidade e resolutividade da APS (Carvalho *et al.*, 2015), mas também evidenciam as barreiras que ainda persistem em sua plena implementação no SUS. A dissonância entre o reconhecimento da importância do trabalho em equipe e a fragmentação das práticas reflete a necessidade de um investimento contínuo em estratégias que transponham essa lacuna (Peduzzi *et al.*, 2013).

O trabalho interprofissional vai além da simples justaposição de diferentes saberes e práticas. Ela implica uma interação dinâmica, onde os profissionais aprendem com, sobre e uns dos outros para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados (Peduzzi *et al.*, 2020). No contexto da promoção do AH, isso significa que a enfermeira não apenas orienta sobre a técnica da amamentação, mas compreende o papel do médico no diagnóstico de intercorrências, o do agente comunitário na identificação de redes de apoio e o do nutricionista na orientação alimentar da lactante.

Os desafios de comunicação e articulação encontrados na pesquisa são recorrentes em estudos sobre trabalho em equipe no SUS (Peduzzi *et al.*, 2013). A sobrecarga de trabalho, a falta de espaços formais para discussões interprofissionais e a formação profissional disciplinar predominantemente segmentada contribuem para a perpetuação de práticas isoladas (Santos; Pinto, 2017).

Nesse cenário, a Educação Permanente em Saúde (EPS) emerge como uma estratégia potente para o fortalecimento do trabalho interprofissional. A EPS, segundo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), é um processo contínuo de aprendizagem e transformação das práticas de

saúde, que parte dos problemas e desafios do cotidiano dos serviços (Brasil, 2018). Ao invés de treinamentos pontuais e descontextualizados, a EPS propõe a reflexão-ação-reflexão sobre o próprio fazer cotidiano, valorizando a troca de experiências e saberes entre os profissionais (Ceccim, 2004).

As ações de EPS que podem fomentar e incentivar o trabalho interprofissional devem promover encontros e espaços para que a equipe tenha trocas, compartilhando desafios e buscando soluções conjuntas. Isso permite que cada profissional compreenda a perspectiva do outro e como suas ações colaboram para o plano de cuidado integral.

Além disso, a EPS pode facilitar a construção coletiva de diretrizes que estabeleçam as responsabilidades de cada profissional e os fluxos de encaminhamento e comunicação, buscando assegurar a continuidade e integralidade do cuidado (Ceccim, 2004). A implementação de estratégias de EPS pode transformar a dinâmica das equipes de APS, incentivando práticas interprofissionais, para que o trabalho em equipe ocorra de maneira efetiva, resolutiva e integral.

## 5. Considerações Finais

O trabalho interprofissional é inerente para a efetividade do SUS, e a promoção do AH na APS representa um campo para o seu desenvolvimento e aprimoramento. A pesquisa demonstrou que, embora o reconhecimento da importância da colaboração seja presente entre os profissionais, a prática ainda se depara com desafios de comunicação, articulação e fragmentação do cuidado.

A EPS surge como uma ferramenta estratégica e fundamental para fortalecer ao trabalho interprofissional. Ao promover espaços de aprendizagens, trocas, construção coletiva e valorização da troca de saberes entre os profissionais, a EPS pode catalisar a transformação das práticas de saúde. É preciso ir além da capacitação individual e investir em processos educativos que valorizem a dimensão coletiva do trabalho e a construção de identidades profissionais colaborativas.

O fortalecimento do trabalho interprofissional não beneficia apenas os profissionais, que encontram um ambiente de trabalho mais integrado e com

maior suporte, mas principalmente os usuários do SUS, que recebem um cuidado mais abrangente, qualificado e resolutivo. Investir na educação e no trabalho interprofissional é investir na integralidade e na qualidade da atenção à saúde.

## Referências

- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Almedina, 2016.
- BATTAUS, M. R. B.; LIBERALI, R. A promoção do aleitamento materno na estratégia de saúde da família: revisão sistemática. *Rev. APS*, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 93–100, 2014.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 20 mar. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?* 1. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso em: 20 mar. 2025.
- CARVALHO B. G. et al. *Trabalho em equipe na atenção primária à saúde*. Porto Alegre: Artmed, p. 9–40, 2015.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 161–168, 2005.
- FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 11, n. 22, p. 239–255, 2007.
- PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [S.l.], v. 47, n. 4, p. 977–983, 2013.
- PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe: uma revisão ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, 2020. Supl. 1.
- PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 22, p. 1525–1534, 2018. Supl. 2.
- SANTOS, L.; DE MATOS PINTO, I. C. Práticas de saúde e formação de profissionais: os desafios contemporâneos e as contribuições da obra de Ricardo Bruno. In: *Saúde, Sociedade e História*. Porto Alegre: Rede Unida, 2017. p. 427–439.
- VICTORA, C. G. et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*, v. 387, n. 10017, p. 475–490, 2016.
- VÍTOLO, M. R. et al. Impacto da atualização de profissionais de saúde sobre as práticas de amamentação e alimentação complementar. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1695–1707, 2014.

# CAPÍTULO 12

## PROJETO DE INTERVENÇÃO: INDUTOR DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NA ATENÇÃO BÁSICA

Queli Lisiane Castro Pereira

Eliane Aparecida Suchara

Fabiana Morandi Jordão

Patricia Fernandes Massmann

Priscilla Nicácio da Silva

### 1. Introdução

A resolutividade dos serviços de saúde depende da proficiência técnica dos profissionais, do trabalho efetivo em equipe, do vínculo e da responsabilização dos profissionais às necessidades complexas e dinâmicas de saúde dos usuários. Para reconfigurar o modelo de atenção que corresponda às necessidades de saúde, é preciso que ocorra a transformação das práticas de saúde. Esta será possível a partir da reorientação da formação dos profissionais da saúde, da translação da formação uni para interprofissional (Pereira, 2018).

A Educação Interprofissional (EIP) configura-se como uma ferramenta essencial para a qualificação da formação em saúde, ao contribuir para o desenvolvimento das práticas interprofissionais colaborativas (PIC) e na melhoria da qualidade da atenção à saúde (Reeves, 2016). A PIC fortalece os sistemas de saúde e melhora os resultados em saúde (OMS, 2010).

No contexto da integração ensino, serviço e comunidade, a Atenção Básica (AB) é cenário estratégico para abordagens interprofissionais, intra e

intersetoriais para a práxis de ações promotoras da saúde e potencializadoras da integralidade e resolutividade (Heidmann *et al.*, 2024; Pereira; Lunardi, 2024).

Para tanto, Projetos de Intervenção (PI) são potencializadores da PIC, pois são capazes de promover a integração entre diferentes saberes com o objetivo de identificar problemas, planejar ações e implementar soluções que atendam às necessidades de saúde (Xavier *et al.*, 2019). Dessa forma, PI construído colaborativamente, fortalece a interprofissionalidade como estratégia capaz de possibilitar mudanças das práticas e reorganização dos serviços de Saúde, promovendo, assim, avanços significativos na atenção e gestão do SUS (Xavier *et al.*, 2019; Thiolent, 2005).

Na intencionalidade de promover a formação interprofissional, no transcorrer das ações indutoras do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – Interprofissionalidade (PET-Saúde IP), 14 projetos de intervenção foram implementados na AB de Pontal do Araguaia (MT) pela equipe executora, constituída por 53 membros, sendo esses tutores (professores da área da saúde), preceptores (profissionais da Atenção Básica) e acadêmicos da área da saúde, pois tinha-se como premissa que PI tem potencial para fortalecer a PIC e impactar na qualidade da assistência.

A avaliação é essencial para entender seu impacto e garantir sua melhoria contínua. Assim, tem-se como questão de avaliação: o desenvolvimento colaborativo de PI desenvolveu competências colaborativas entre profissionais da AB e gerou mudanças no serviço, na qualidade do atendimento?

Para tal, objetiva-se analisar o impacto dos PIs na prestação de serviços, na qualidade do atendimento, a fim de verificar se o PI contribui para a promoção PIC na AB.

## 2. Desenvolvimento

### 2.1. Metodologia

Esta pesquisa-ação de abordagem quanti-qualitativa foi estruturada para permitir uma análise contínua e participativa dos impactos dos PIs na

PIC na AB. Trata-se de um estudo longitudinal, fundamentado na abordagem dos 12 passos para avaliar a EIP, gerar evidências válidas e confiáveis sobre o impacto dos PIs que possam aprimorar desenvolvimento e entregas da EIP, proposto por Reeves e Barr (2016). Esses passos abrangem desde a formulação das questões de avaliação até a disseminação dos resultados (Figura 1).

Este estudo está vinculado à pesquisa Impactos do PET- Saúde IP nos serviços de saúde e na formação profissional em Pontal do Araguaia-MT, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso, conforme parecer número 23375419.4.0000.5587, o qual seguiu todas as diretrizes éticas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os 15 sujeitos do estudo, eram preceptores do PET-Saúde IP nos anos de 2019 a 2021 e exerciam as funções de enfermeiro (01), nutricionista (02), assistente social (03), odontólogo (02), educador físico (01), fisioterapeuta (01), biólogo (01), psicólogo (01), gerente de serviço de saúde (01), coordenador de atenção básica (01) e coordenadora do complexo regulador (01), vinculados à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Pontal do Araguaia-MT.

Para garantir uma avaliação precisa e aprofundada do impacto dos PIs na PIC, esta pesquisa adotou a avaliação formativa por meio de registros em diário de campo e relatos dos preceptores. A avaliação de impacto, por sua vez, baseou-se na análise de dados quantitativos, identificando melhorias concretas na organização dos serviços.

A coleta de dados envolveu observação participante das interações interprofissionais, registro em diário de campo, aplicação de questionários estruturados, via *forms*, e análise documental dos planos de intervenção no *Padlet*, plataforma digital de criação de murais interativos, permitindo a organização e o compartilhamento de informações de maneira visual e dinâmica. Essa abordagem permitiu acompanhar a evolução da PIC e seu impacto na integração das equipes e na melhoria dos serviços de saúde.

A observação participante possibilitou uma compreensão detalhada do fenômeno investigado, garantindo registros dos comportamentos (Marconi;

Lakatos, 2017). As tutoras interagiram com os participantes e vivenciaram suas experiências, possibilitando uma percepção mais rica das relações interprofissionais e da construção coletiva do conhecimento. A experiência das tutoras com avaliação contribuiu para uma análise das competências colaborativas ao longo da implementação dos PI.

O diário de campo, por sua vez, foi utilizado para registrar sistematicamente percepções e experiências vivenciadas ao longo da pesquisação. Além de servir como fonte de dados primários, foi utilizado para contextualizar eventos, comportamentos e registrar impressões subjetivas que emergiram durante o estudo.

Os questionários, desenvolvidos utilizando a ferramenta Microsoft Forms, disponível no Microsoft 365, foram aplicados digitalmente, continham perguntas abertas e fechadas, além de escalas do tipo Likert.

Os PIs continham situação problema, causa, ações possíveis, profissionais envolvidos, produtos esperados, período e responsável pela execução. Foram elaborados à luz da Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS) a qual visa reduzir a normatização autoritária ainda predominante com que os serviços de saúde se relacionam com a comunidade (Brasil, 2013). A partir deles, foi feita a análise documental.

A análise temática, proposta por Minayo (1992), foi utilizada nos dados qualitativos emergentes do diário de campo, observação participativa, questões abertas dos questionários e análise documental. Já os dados quantitativos, provenientes dos questionários, foram tratados por estatística descritiva.

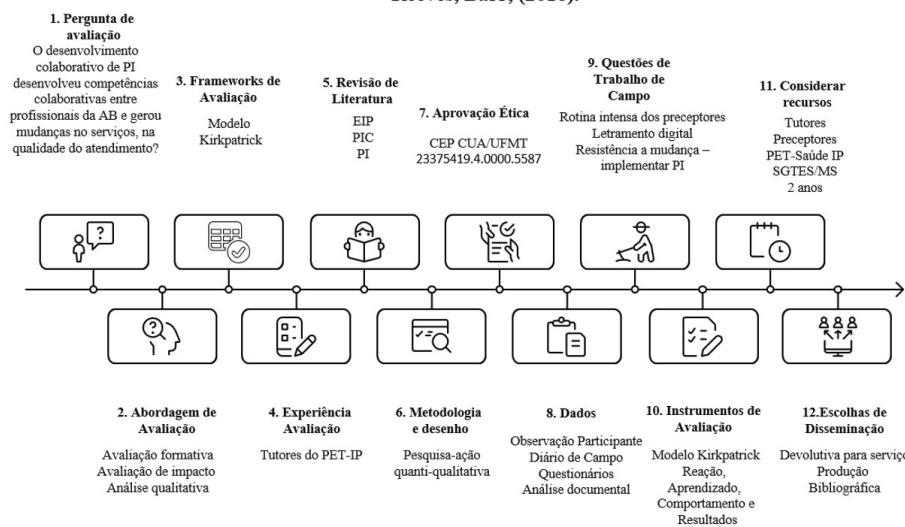
Para avaliar de forma sistemática o impacto dos PIs na PIC na AB, adotou-se o modelo de avaliação de Kirkpatrick (1976), para avaliar uma experiência de aprendizagem em quatro níveis: reação, aprendizagem, comportamento e resultados.

Durante a coleta de dados, foram enfrentados desafios que exigiram ajustes estratégicos para o desenvolvimento da atividade de campo. A intensa rotina dos preceptores limitou participação em alguns momentos. Além

disso, o uso de ferramentas digitais, como o *Padlet* para compartilhamento dos PIs, exigiu um período de adaptação e suporte técnico para viabilizar a interação entre os participantes. A implementação dos PIs também encontrou certa resistência inicial por parte dos profissionais, demandando um esforço contínuo de sensibilização e diálogo. Apesar dessas dificuldades, a abordagem metodológica manteve sua consistência, permitindo uma avaliação detalhada dos PIs.

**Figura 1.** Fluxo dos doze passos para avaliação da educação interprofissional.

**Fluxo 12 passos para avaliar a educação interprofissional  
Reeves, Barr, (2016).**



Fonte: Elaborado pelas autoras, inspirado em Reeves e Barr (2016).

## 2.2. Resultados

A partir do modelo de avaliação em quatro níveis de Kirkpatrick (1976) analisou-se o impacto dos PI na PIC na AB. No primeiro nível, reação, avaliou-se a percepção dos participantes sobre PI e a PIC. No segundo, aprendizado, verificou-se o desenvolvimento de competências colaborativas, especialmente comunicação interprofissional, clareza de papéis, funcionamento da equipe

e resolução de conflito. No terceiro nível, comportamento, analisou-se a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos e as mudanças na rotina dos profissionais. Por fim, no nível de resultados, examinou-se o impacto concreto na prestação dos serviços, evidenciado pela maior acessibilidade ao serviço especializado, implementação do serviço de inserção de DIU e melhoria do fluxo do pré-natal odontológico.

O perfil sociodemográfico das preceptoras identificado foi sexo feminino (60%), a distribuição etária revelou uma maior concentração na faixa de 25 a 29 anos (33,3%), seguida por 45 a 49 anos (20%). Todas possuem ensino superior, sendo que 40% também possuem pós-graduação, reforçando a qualificação do grupo envolvido na pesquisa.

## Reação

A receptividade dos preceptores à implementação dos PIs na PIC foi um aspecto essencial da avaliação inicial. Demonstraram interesse na construção do PI reconhecendo seu potencial para aprimorar as PICs. No entanto, a adesão variou conforme o nível de sensibilização prévia em relação ao trabalho colaborativo.

As expectativas sobre os efeitos dos PI também foram investigadas. No início da implementação, alguns preceptores demonstraram dúvidas quanto à efetividade da abordagem colaborativa na transformação da prática interprofissional. No entanto, à medida que avançavam no PI, passaram a perceber o impacto positivo da PIC ressaltando sua relevância para a melhoria da assistência prestada na AB.

Os preceptores compartilharam percepções sobre o PI e a experiência interprofissional, e sua influência na rotina profissional. Um deles apontou que “essa prática [PI] facilitou a interação dos profissionais com os usuários, principalmente na prevenção e promoção da saúde”. Outro destacou a necessidade de estabelecer relações dentro do ambiente de trabalho para otimizar o atendimento, afirmando que “como psicólogo, preciso interagir

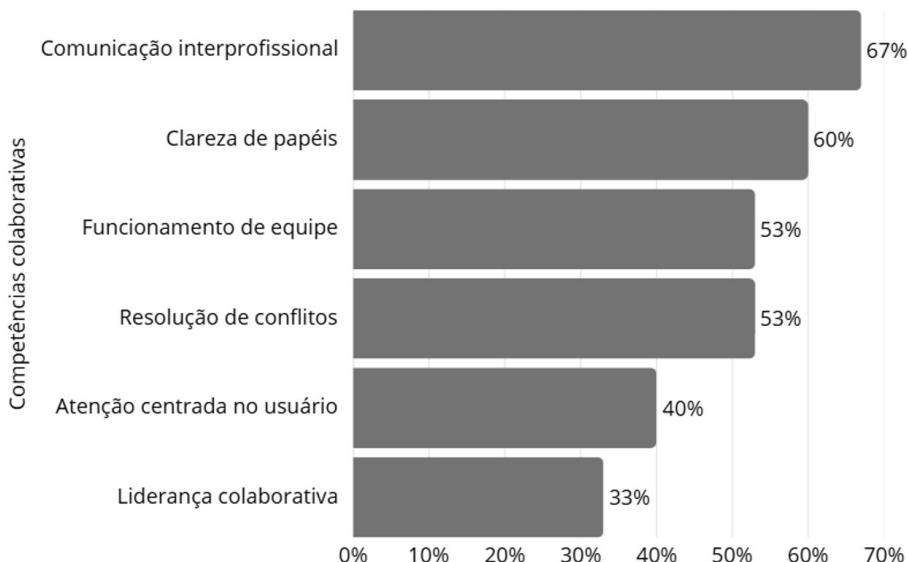
no meio social e no íntimo de todos que trabalham comigo, para que, assim, melhor possamos atender as pessoas!”. Além disso, um preceptor ressaltou a importância do trabalho colaborativo, reforçando que “[...] não conseguimos qualidade na resolução das demandas se atuarmos isoladamente. O serviço social sempre trabalha em colaboração”. Essas reflexões evidenciam como o PI e a interprofissionalidade contribuem para a melhoria da assistência, promovendo um cuidado mais integrado e eficiente.

## Aprendizagem

A comunicação interprofissional foi competência mais desenvolvida pelos preceptores (67%), evidenciando a importância do diálogo claro e eficiente entre os profissionais da saúde. A clareza de papéis (60%) foi reconhecida, demonstrando uma maior compreensão sobre as responsabilidades de cada membro da equipe, favorecendo um fluxo de trabalho mais estruturado e dinâmico. O funcionamento da equipe e a resolução de conflitos (53%), indicando que a colaboração entre os profissionais se tornou mais integrada. A atenção centrada no usuário (40%), reforça a valorização do usuário como foco do cuidado, promovendo uma atenção mais humanizada e resolutiva. Embora a liderança colaborativa tenha sido identificada como a competência menos desenvolvida (33%), sua presença aponta para o desenvolvimento de um perfil profissional mais proativo e comprometido na construção de soluções coletivas.

Para garantir uma avaliação precisa e aprofundada do impacto dos PIs na PIC, esta pesquisa adotou a avaliação formativa por meio de registros em diário de campo e relatos dos preceptores. A avaliação de impacto, por sua vez, baseou-se na análise de dados quantitativos, identificando melhorias concretas na organização dos serviços.

**Figura 2.** Competências colaborativas desenvolvidas pelos preceptores a partir do desenvolvimento dos projetos de intervenção.



Fonte: Elaborado pelas autoras (2025).

Na escala likert, 53,3% declararam concordar e 46,7% concordaram totalmente com a afirmativa: a atuação interprofissional dentro das equipes, executoras dos PIs, revelou-se como um aspecto significativamente eficaz para a otimização do atendimento prestado aos usuários.

A importância do contato e da aprendizagem com profissionais de outras áreas foi destacada por 50% dos preceptores, reforçando em seus discursos que a troca de experiências entre diferentes profissionais é essencial para aprimorar a qualidade da assistência.

### Comportamento: mudança na prática profissional

Enquanto o nível aprendizagem verifica o que aprenderam, o nível comportamento analisa como esse aprendizado foi colocado em prática. Os preceptores relataram transformações concretas na forma de atender os usuários,

interagir com profissionais de outras áreas e valorizar o trabalho em equipe. Tanto o questionário quanto a análise documental e as atitudes observadas na implementação dos PIs refletiram a aplicação das competências adquiridas.

Entre os resultados, 30% dos preceptores identificaram maior atenção à singularidade dos usuários e à multidimensionalidade do cuidado. Outros 20% destacaram a importância do trabalho em equipe, reconhecendo que o processo de trabalho se torna mais resolutivo quando há colaboração entre os profissionais. Além disso, foram citados como avanços: o conhecimento prévio das famílias atendidas (40%), a atuação da equipe (20%), o fortalecimento do diálogo entre profissionais (20%) e a implementação de ações voltadas à prevenção (20%).

Essas evidências demonstram que a PIC foi efetivamente incorporada, promovendo uma *práxis* mais integrada, humanizada. O aprendizado adquirido durante o desenvolvimento dos PIs foi colocado em prática e resultou em mudanças reais no processo de trabalho.

A premissa do PI ter potencial para fortalecer a PIC, promover aprendizado crítico e qualificar a assistência foi confirmada visto que foram viabilizadas ações concretas que impactam a rotina dos profissionais, melhoraram a comunicação interprofissional, a clareza de papéis e o funcionamento das equipes.

## **Resultados concretos: Efeitos práticos no serviço de saúde**

Os 14 PIs foram implementados. A maioria dos planos atingiu os objetivos, conseguiu implantar as ações propostas e contribuir para a melhoria dos serviços. Entre eles, destacaram-se, pela continuidade e impacto sustentado, três PI que enfrentaram questões como a dificuldade de acesso de pessoas com hipertensão, diabetes e gestantes a consultas cardiológicas; a ocorrência de gestações não planejadas devido à não oferta do DIU de cobre; e a necessidade de ofertar o atendimento odontológico no pré-natal.

O plano de intervenção para o problema da baixa acessibilidade dos portadores de HAS, DM e gestantes ao serviço especializado (cardiologia) trouxe mudanças na forma como portadores de HAS, DM e gestantes

acessam atendimento especializado. Antes, a falta de um fluxo estruturado dificultava o encaminhamento para cardiologia e atrasava exames essenciais. Com a implementação de uma agenda específica, os usuários passaram a ter atendimento mais organizado e oportuno. Houve ampliação da liberação de exames especializados, como Holter cardíaco, MAPA, ECOTT e teste ergométrico, permitindo diagnósticos mais precisos e um cuidado preventivo mais eficiente.

O PI referente à não oferta do DIU de cobre impactou na qualidade do atendimento ao promover a saúde reprodutiva no município e reduzir as iniquidades. Antes, a falta de acesso ao DIU dificultava o planejamento reprodutivo.

Por fim, o PI sobre a oferta de pré-natal odontológico agregou mais cuidado às gestantes, garantindo atendimento capaz de prevenir complicações como parto prematuro e baixo peso ao nascer. A ordenação do fluxo de atendimento somada à divulgação de informações por meio de folders e vídeos educativos fortaleceu o cuidado às gestantes. Além disso, quando foi adotado o pagamento por desempenho, o município não teve problemas com o indicador referente ao pré-natal odontológico.

## 2.2. Discussão

A metodologia aplicada nesta pesquisa evidenciou que os PIs contribuíram para fortalecer a PIC nas AB. Com base no modelo de avaliação de Kirkpatrick, foi possível compreender, de forma integrada, como os preceptores vivenciaram, incorporaram e transformaram suas práticas a partir da experiência com os PI. Corrobora-se que referido modelo expõe a resposta quanto à experiência vivenciada, os resultados de aprendizagem, a mudança de comportamento e o impacto das atividades no processo de trabalho (Heydari *et al.*, 2019; Cahapay, 2021; Miranda *et al.*, 2025). Todo esse transcurso na implementação dos PI viabilizou inovações e transformações que impactaram diretamente o processo de trabalho e, consequentemente, o cuidado prestado no serviço.

Perfil semelhante dos preceptores na área da saúde foi observado em estudo no município de Maceió (Souza; Teixeira; Filho, 2025) e em Belém

(Teixeira *et al.*, 2020) com o predomínio feminino e a boa qualificação que mostra base consolidada de conhecimento e um compromisso com a atualização contínua (Souza; Teixeira; Filho, 2025). Observa-se também que, além da capacidade técnica, o preceptor deve ter habilidades relacionais e competências didático-pedagógicas que sejam facilitadoras do aprendizado (Paula; Toassi, 2021), assim a sua formação e a experiência no serviço são fundamentais para que o preceptor possa exercer o seu papel no ensino da saúde.

Os preceptores receberam bem a proposta dos PIs, ainda que, no início, alguns demonstrassem dúvidas sobre o real impacto da prática colaborativa no dia a dia do serviço. À medida que participaram do desenvolvimento dos PIs, começaram a perceber mudanças positivas: houve mais abertura para o diálogo entre profissionais de diferentes áreas, maior envolvimento com o planejamento das ações e uma valorização crescente do trabalho em equipe. As falas dos participantes ilustram esse processo de sensibilização, mostrando que a experiência contribuiu para uma nova forma de pensar e organizar o cuidado. Essa percepção está em acordo com estudos de Reeves (2016) e Peduzzi e Agreli (2018), que reforçam a importância das vivências práticas para consolidar a interprofissionalidade. A percepção do trabalho colaborativo para alcançar a resolutividade demonstra que a competência atenção centrada no usuário foi desenvolvida. Agreli, Peduzzi e Silva (2016), ao examinar a atenção centrada no paciente e sua conexão com a prática colaborativa interprofissional na atenção primária à saúde, descrevem que, ao focar nas necessidades, os profissionais expandem sua perspectiva para além de suas próprias especialidades, o que pode melhorar a qualidade do atendimento.

Quanto ao aprendizado, as competências desenvolvidas potencializaram as respostas às necessidades de saúde dos usuários/família e foram essenciais para a PIC. A colaboração envolve profissionais que querem trabalhar juntos para prover melhor atenção à saúde e pode se dar como colaboração na equipe e colaboração em rede inter e intrasetorial e com a comunidade (Peduzzi; Agreli, 2018). A otimização do serviço e a

troca de experiências entre os preceptores de áreas diferentes estão alinhadas com reflexões sobre o preparo de profissionais para o cuidado em saúde na perspectiva da integralidade, do efetivo trabalho em equipe e da prática colaborativa, na qual insere-se a EIP, que se caracteriza por situações de aprendizagem nas quais “duas ou mais profissões aprendem com, a partir e sobre o outro para possibilitar a efetiva colaboração e melhorar a qualidade do cuidado na saúde” (Barr; Low, 2013, p. 6).

No nível comportamental, houve construção de conhecimento e mudanças cognitivas. Dessa forma, verificou-se que o desenvolvimento dos PIs possibilitou um aprendizado crítico e reflexivo. Identificou-se aplicação das competências desenvolvidas. Pode-se afirmar que a PIC é um elemento estratégico na qualificação dos profissionais da saúde e na melhoria da assistência oferecida à população. Assim, corrobora-se com Mattos *et al.*, (2019), ao destacarem a PIC como uma estratégia essencial para se alcançar a integralidade do cuidado ao abordarem a EIP à luz de processos educacionais inovadores, aliados na consolidação da formação pautada na colaboração e na melhoria no cuidado pautado nos princípios de equidade, estabelecido pelo sistema de saúde.

Embora existam barreiras estruturais e resistências a formação interprofissional, a EIP, quando ancorada em metodologias ativas e inovadoras, oferece um caminho robusto para aprimorar a colaboração, a comunicação e a integralidade do cuidado em saúde, transformando a *práxis* pedagógica e assistencial (Mattos *et al.*, 2019).

Os PIs que geraram efeitos práticos nos serviços demonstram que uma gestão estratégica e colaborativa aprimora, otimiza a organização dos serviços de saúde, impacta diretamente de forma positiva na vida dos usuários, proporciona acesso mais rápido e qualificado ao atendimento especializado, reduz iniquidades e transformam realidades.

Os PIs demonstraram ser ferramentas poderosas para impulsionar a PIC, contribuíram para a melhoria da qualidade do atendimento em saúde.

Com o resultado concreto, pode-se evidenciar como o desenvolvimento colaborativo dos PIs influenciou a integração das equipes, a qualidade do atendimento e a reorganização dos serviços na Atenção Básica. A partir da perspectiva de Souza *et al.* (2023), é possível agregar que aplicabilidade da EIP, nos PIs, promoveram a PIC, rota potencial para melhorar a saúde da população, reduzir os custos da assistência e garantir satisfação. A PIC fortalece os sistemas de saúde e melhora os resultados em saúde. Há evidências suficientes para indicar que a educação interprofissional possibilita uma prática colaborativa eficaz, que por sua vez, otimiza os serviços de saúde, fortalece os sistemas de saúde e melhora os resultados das ações em saúde.

### 3. Considerações finais

O estudo alcançou plenamente seus objetivos e respondeu de forma clara à questão de pesquisa. Ficou evidente que o desenvolvimento colaborativo dos PIs gerou impactos significativos tanto no fortalecimento das competências colaborativas dos profissionais quanto na reorganização e qualificação dos serviços na AB.

O uso da pesquisa-ação em abordagem quanti-qualitativa, ancorada nos 12 passos de avaliação da Educação Interprofissional de Reeves e Barr e no modelo de Kirkpatrick, conferiu rigor à investigação. Permitiu uma análise abrangente dos efeitos dos PIs, desde a percepção dos participantes até os resultados práticos no cotidiano dos serviços de saúde. Os achados são confiáveis e aplicáveis em contextos reais.

### Referências

- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016.
- BARR, H.; LOW, H. *Interprofessional learning in pre-registration education courses: A CAIPE guide for commissioners and regulators of education*. London: CAIPE, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM nº 2.761, de 19 de novembro de 2013*. Institui

a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – PNEPS-SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 20 nov. 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html). Acesso em: 24 mar. 2025.

CAHAPAY, M. B. Kirkpatrick model: its limitations as used in higher education evaluation. *International Journal of Assessment Tools in Education*, [S.I.], v. 8, n. 1, p. 135–144, 2021.

HEIDEMANN, I. T. S. B. et al. Culture circle in primary care: dialogues with managers on health promotion. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [S.I.], v. 58, p. 1-9, 2024.

HEYDARI, M. R. et al. Using Kirkpatrick's model to measure the effect of a new teaching and learning methods workshop for health care staff. *BMC Research Notes*, [S.I.], v. 12, p. 1-5, 2019.

KIRKPATRICK, D. L. Evaluation of training. In: CRAIG, R. L. (Ed.). *Training and development handbook*. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 1976.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

MATTOS, M. P. et al. Prática interprofissional colaborativa em saúde coletiva à luz de processos educacionais inovadores. *Revista Baiana de Saúde Pública*, [S.I.], v. 43, n. 1, p. 271-287, 2019.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. In: *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992. p. 269.

MIRANDA, F. M. de et al. Employing Kirkpatrick's framework to evaluate nurse training: an integrative review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [S.I.], v. 33, p. 1-11, 2025.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Marco de ação para a educação interprofissional e a prática colaborativa*. Genebra: Departamento de Recursos Humanos para a Saúde, Organização Mundial da Saúde, 2010.

PAULA, G. B.; TOASSI, R. F. C. Papel e atribuições do preceptor na formação dos profissionais da saúde em cenários de aprendizagem do sistema único de saúde. *Saberes Plurais Educação na Saúde*, [S.I.], v. 5, n. 2, p. 125–142, 2021.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 22, supl. 2, p. 1525–1534, 2018.

PEREIRA, Q. L. C. (Coord.). *PET-Saúde/Interprofissionalidade*: proposta institucional da UFMT em parceria com a SMS de Pontal do Araguaia/MT. Pontal do Araguaia: UFMT; Ministério da Saúde; SGTES, 2018. Projeto aprovado e financiado pelo Edital MS/SGTES nº 10/2018.

PEREIRA, Q. L. C.; LUNARDI, R. A intersetorialidade na formação profissional para a saúde universal. In: BRASIL. *Trilhas de intersetorialidade com a educação*, v. 1, Brasília, DF: SASE/MEC, 2024. p. 187-196.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 20, n. 56, p. 185–196,

2016.

REEVES, S.; BARR, H. Twelve steps to evaluating interprofessional education. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, [S.l.], v. 11, n. 6, p. 601–605, 2016.

SOUZA, R. B. G.; TEIXEIRA, G. M.; FILHO, E. M. T. Perfil sociodemográfico de profissionais de saúde que exercem a função de preceptores e suas percepções acerca da preceptoria. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*, São José dos Pinhais, v. 18, n. 2, p. 1-19, 2025.

SOUZA, R. B. et al. Barreiras à implementação da educação interprofissional: uma análise do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 32, p. 1-12, 2023. Supl. 2.

TEIXEIRA, C. F. S. et al. The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.I.], v. 25, p. 3465–3474, 2020.

THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

XAVIER, A. C. et al. Projetos de intervenção como estratégia de ensino-aprendizagem na formação em saúde: potencialidades e desafios. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 43, p. 51-59, 2019. Supl. 1.



# CAPÍTULO 13

## PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO PÓS-COVID-19

Patricia Heras Viñas  
Elisete Casotti

### 1. Introdução

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em suas várias edições, tem reforçado a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como o modelo prioritário para organizar a Atenção Primária à Saúde (APS), enfatizando o papel das equipes multiprofissionais e seu o papel na integração e ordenamento da Rede de Atenção à Saúde, buscando garantir a continuidade e a integralidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2004; 2011; 2017).

No cenário brasileiro, a presença de unidades de Saúde da Família nos territórios, com equipes compostas por enfermeiro e médico generalistas, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS), cirurgião-dentista (CD), técnico (TSB) e/ou auxiliar em saúde bucal (ASB), foi a responsável por parte do sucesso das ações de controle e mitigação da pandemia, assumindo uma função estratégica na rede de serviços do sistema de saúde (Daumas *et al.*, 2020).

O trabalho em equipe, fundado na inter e multidisciplinaridade, é condição para uma atenção integral e territorializada, minimizando a fragmentação do cuidado. Cabe também à ESF reconhecer e valorizar as potencialidades locais, fortalecer vínculos e promover a participação social, além de articular parcerias intersetoriais para assegurar a integralidade da atenção (Mattos *et al.*, 2014).

Passados 24 anos da inclusão das equipes de Saúde Bucal (eSB) na ESF, muitas equipes ainda permanecem à margem das práticas da APS, atuando de forma isolada, sem participação em reuniões, integração de agendas ou discussão coletiva do processo de trabalho. Essa ausência de integração e de gestão participativa contribui para a superlotação das agendas, sobrecarga dos profissionais e insatisfação dos usuários (Scherer, 2018; Oliveira *et al.*, 2022).

A necessidade de produção de respostas para a crise sanitária, provocada pela pandemia da covid-19, induziu mudanças importantes na organização do processo de trabalho em todos os níveis de atenção do sistema de saúde. No caso das equipes de saúde bucal da APS, a necessidade de assumir novas funções no cenário pandêmico impulsionou a aproximação com os demais profissionais da ESF. As ações emergenciais deslocaram parte da carga horária das equipes de saúde bucal para atividades relacionadas diretamente com o apoio nos fluxos, atividades de prevenção e vigilância dos casos de covid-19 no território, exigindo habilidades de colaboração interprofissional que nem sempre eram praticadas antes da pandemia (Carleto; Santos, 2020).

O estudo<sup>1</sup> investigou a organização do processo de trabalho das eSB da ESF no Rio de Janeiro, após a emergência sanitária, com o objetivo de identificar a presença de características de trabalho interprofissional no cotidiano das eSB.

## 2. Desenvolvimento

Pesquisa de natureza quantitativa, descritiva e exploratória, realizada por meio de pesquisa de campo com profissionais das equipes da ESF do município do Rio de Janeiro.

O estudo foi realizado na rede municipal de saúde da cidade do Rio de Janeiro, que possuía 238 unidades de APS em 2023, com 1.136 eSF e 433 eSB; abrangendo 183 bairros da cidade (Rio de Janeiro, 2021).

<sup>1</sup> Manuscrito derivado de: Viñas, P.H. Organização do processo de trabalho das equipes de saúde bucal do município do Rio de Janeiro após pandemia por COVID-19.2024. Dissertação (mestrado). Universidade Federal Fluminense, PROFSAÚDE, 2024.

O universo de pesquisa foram todos os cirurgiões-dentistas das equipes de Saúde Bucal (eSB) da Estratégia Saúde da Família (ESF) da rede municipal de saúde, com carga horária de 40 horas semanais (n=433), e os gerentes das unidades da ESF com eSB (n=223). Foram excluídos os profissionais com menos de três anos de trabalho na ESF (admissão depois de 29 julho de 2020) e aqueles afastados do trabalho no momento da coleta de dados (férias; licenças).

A participação dos gerentes se justifica por sua posição estratégica e formação superior, sendo considerados informantes-chave complementando e criando um contraponto na análise do trabalho interprofissional reportado pelos dentistas.

A coleta de dados foi realizada mediante o envio de questionário eletrônico e preenchimento realizado pelo próprio participante. O questionário foi composto exclusivamente por questões fechadas, sem pergunta obrigatória, em atenção ao direito de não resposta.

Foi realizada a análise exploratória de todas as variáveis contidas na base de dados. Para comparação de grupos quanto às variáveis quantitativas, foram utilizados testes de adequação à distribuição normal, e foi adotada uma abordagem paramétrica. Para a comparação de grupos quanto à distribuição nas categorias de resposta de outra variável qualitativa, foi adotado o teste qui-quadrado. O nível de significância global adotado utilizado foi de 5%.

Do universo de 433 CD, 150 (34,6%) acessaram o formulário. Aplicados os critérios de exclusão, o número final de dentistas participantes foi de 67 (15,5%). Do total de 223 gerentes, 19,9% (n=47) aceitaram o convite e 12,1% (n=27) tiveram as respostas validadas. O principal motivo das exclusões foi a data de contratação na rede municipal de saúde (pós julho de 2020), com maior impacto sobre as respostas dos gerentes.

A baixa adesão pode estar associada a múltiplos fatores: carga de trabalho elevada, falta de tempo, existência de outras prioridades (pessoais e/ou profissionais), dúvidas sobre a relevância da pesquisa e, sobretudo, a falta

de orientação e promoção de uma cultura de pesquisa organizacional solidária (Louisa *et al.*, 2021; Emily *et al.*, 2022). Superar essas barreiras envolve promover o engajamento, abordar questões de carga de trabalho e fornecer apoio à participação em pesquisas.

O perfil dos dentistas e gerentes participantes do estudo é predominantemente feminino (86,1%), refletindo a tendência de feminilização das profissões de cirurgião-dentista e de outras áreas da saúde, conforme apontado por estudos anteriores (Conasems, 2020; Matos *et al.*, 2012). A mediana de idade foi de 44 anos, com 75% (n=72) dos respondentes autodeclarados brancos.

Em relação à escolaridade, 88% (n=83) possuem mais de 10 anos de formação, sendo que 65% (n=54) têm mais de uma década de atuação no SUS.

A maioria dos participantes (84%) possui pós-graduação *lato sensu* em saúde coletiva, 13,8% têm formação tanto *lato* quanto *stricto sensu*, evidenciando uma qualificação acima da média nacional e uma base sólida para transformar o modelo assistencial em saúde (Villalba *et al.*, 2009).

Verificou-se uma cobertura populacional desigual entre eSF e as eSB, sendo que, em média, cada eSB atende a três eSFs, o que representa aproximadamente 10.500 pessoas por equipe, considerando a recomendação de 2.000 a 3.500 pessoas por ESF (PNAB, 2017). É possível sugerir a presença de sobrecarga e comprometimento da qualidade do trabalho das equipes.

Cerca de 25% dos CD atuam em eSB do tipo I, e 67% em equipes do tipo II. Profissionais sem TSB afirmam que sua inclusão ampliaria o acesso a procedimentos, diversificaria ações coletivas e qualificaria o trabalho, percepção corroborada por Frazão e Narvai (2011), que destacam os avanços nas competências dos TSB após a Lei 11.889/08 e seus efeitos positivos na atuação interprofissional.

As informações quanto a realização de reunião de equipe durante e pós-período pandêmico entre CD e gerentes são coincidentes, tanto no que diz respeito à frequência das reuniões quanto à participação das categorias profissionais. Há um expressivo percentual, em torno de 80%, dos profissionais

que afirmaram que em suas unidades as reuniões de equipe foram reduzidas ou suspensas no período da pandemia. A reorganização do trabalho e as constantes atualizações durante a pandemia exigiram maior comunicação entre os profissionais, sugerindo que a suspensão ou redução das reuniões pode estar ligada à ideia tradicional de encontros agendados com pautas fixas do período pré-pandemia – não significando, necessariamente, a ausência de planejamento conjunto.

A PNAB de 2017 estabelece que todos os profissionais das ESF devem participar das reuniões de equipe, como forma de planejar e avaliar coletivamente as ações, fortalecendo o trabalho interprofissional no cuidado ao usuário. Estudos apontam que essas reuniões favorecem o fortalecimento dos vínculos, promovem relações interprofissionais e facilitam o planejamento e execução das atividades, contribuindo para equipes mais coesas e eficazes na resolução de desafios cotidianos (Peruzzo *et al.*, 2018; Voltolini *et al.*, 2019).

No cotidiano pós-pandêmico, de acordo com os CDs, a reunião de equipe é o local onde ocorre o maior grau de integração com os demais profissionais da eSF (considerando os dois escores mais altos de integração). Entretanto, a frequência relatada de participação nas reuniões é afetada pelo número de eSF que atendem. Ao serem perguntados qual o motivo que melhor explica a participação nas reuniões de equipe, 57,1% dos CDs indicaram ser “quando a agenda permite”.

Participar às vezes ou raramente pode estar associado à dificuldade de conciliar a agenda com os diferentes dias e turnos da reunião das eSFs, face ao grande número de eSF sob responsabilidade das eSB, visto que houve uma diferença significativa (taxa de significância estatística = 0.16, < 5%, que representa uma diferença significante) dos profissionais vinculados a uma e duas eSFs quanto à participação nas reuniões de equipe quando comparado aos que são responsáveis por três ou mais eSFs. Ainda que a nota técnica (Rio de Janeiro, 2022) vigente proteja um turno da semana para essa atividade, a rotatividade nas reuniões de diferentes eSFs pode influenciar os níveis de coesão entre os

profissionais e, portanto, a motivação e a qualidade do trabalho interprofissional.

Quando questionados sobre a existência de espaço de fala e respeito nas reuniões de equipe, 100% (n=27) dos gerentes e 75,5% (n=48) dos CDs, os profissionais consideraram positivamente o ambiente de troca de experiências e horizontalização das relações, favorecendo a prática colaborativa interprofissional. Contudo, é necessário aprofundar o entendimento sobre o que é considerado “espaço de fala” e se as equipes de Saúde Bucal conseguem, de fato, protagonizar pautas nas reuniões. Isso ganha relevância diante do estudo nacional de Silva *et al.* (2024), que revelou uma baixa proporção de reuniões conduzidas pelas eSB, evidenciando limitações na cogestão do trabalho em saúde na APS, mesmo após a pandemia.

Metade dos gerentes (n=14) relatou participar pouco das reuniões de equipe, sendo sua presença geralmente motivada por solicitações diretas ou por temas ligados ao trabalho da gerência. Esse achado está alinhado com Silva *et al.* (2023), que identificaram uma valorização limitada das reuniões por parte dos gerentes como instrumento de organização e avaliação do trabalho. Tal postura indica um modelo de gestão centrado na execução de tarefas administrativas, com menor foco na promoção do trabalho em equipe e na comunicação, elementos essenciais para a consolidação de práticas interprofissionais em saúde (Reeves, 2018).

Gerentes e CD (n=35) relataram percepções majoritariamente positivas sobre as mudanças no trabalho em equipe associadas à frequência das reuniões, com 87,5% dos gerentes e 74% dos dentistas destacando melhorias na comunicação, integração da saúde bucal, convivência e reconhecimento dos papéis profissionais. Esses dados indicam alinhamento entre as categorias e sugerem que, mesmo com adaptações no formato tradicional das reuniões durante a pandemia, outras formas de articulação interprofissional contribuíram para o fortalecimento do trabalho em equipe.

Durante a pandemia da covid-19, as reuniões de equipe passaram por adaptações, com uso intensificado de redes sociais e comunicações rápidas para

planejamento e atualização das ações (Adam *et al.*, 2020). Estudos apontam que essas mudanças resultaram em melhorias na comunicação, maior coesão entre os membros das equipes e decisões mais rápidas e embasadas (Staci *et al.*, 2022). Entre os CDs e gerentes que relataram mudanças positivas relacionadas à participação nas reuniões, todos afirmaram que essas transformações foram mantidas ou parcialmente mantidas no processo de trabalho. Esses dados indicam um aprendizado interprofissional impulsionado pela pandemia, com fortalecimento da comunicação, da tomada de decisões coletivas, do reconhecimento do papel de cada profissional e da integração da eSB às eSFs.

Trabalho em equipe constitui diretriz da APS do SUS para abordagem integral e contextualizada das necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidade nos territórios, caracterizado pela dinâmica de trabalho e de interação entre os profissionais que definem de forma compartilhada objetivos comuns com base no perfil das famílias e da população e planos de cuidado pertinentes às necessidades com interdependência e corresponsabilidade (Peduzzi *et al.*, 2020).

Entre os dentistas, 88% (n=59) afirmaram que os demais profissionais possuem participação ativa ou moderada nos processos de trabalho da unidade, 10,4% (n=7) dos dentistas afirmaram que não têm nenhuma ou pouca participação dos profissionais, e um não soube responder, enquanto 100% (n=27) dos gerentes afirmaram que os profissionais têm participação ativa ou moderada, dados que sugerem uma percepção positiva semelhante entre gerentes e dentistas. Ao indagar aos CDs de quem era a responsabilidade do planejamento e a definição do cronograma de atividades coletivas, nas quais a saúde bucal está inserida, 82,08% (n=55) responderam que o planejamento é realizado pela eSF, e 17,92% (n=12) responderam que é de exclusiva responsabilidade da eSB.

Em se tratando da percepção sobre a qualidade da relação entre os profissionais das equipes, 100% (n=27) dos gerentes e 98% dos CDs (n=63) qualificam como muito boa ou excelente. Ainda que exista uma associação positiva entre clima de equipe e satisfação no trabalho na ESF, essa variável é somente um facilitador quando se trata de caracterizar o trabalho em equipe

interprofissional e mais estudos precisam ser realizados para afirmar que essa associação garante a qualidade da atenção à saúde (Vasconcelos *et al.*, 2024). O bom relacionamento interpessoal, representado pela amizade e camaradagem, é condição para a construção da confiança e do trabalho interprofissional, mas pode não incluir entendimentos comuns sobre as necessidades e objetivos de projetos de atuação da equipe (Peduzzi, 2011).

Quando os dentistas foram perguntados sobre a colaboração dos demais profissionais nas ações coletivas onde o tema saúde bucal estava presente, o médico foi o profissional apontado como o que menos interage, sendo que 53,7% (n=36) respondentes selecionaram a opção nenhuma participação (escore 1). Em contrapartida, ACS representam a categoria profissional que apresentou a maior frequência de respostas positivas (escore 4 e 5) em relação à colaboração 80,59% (n=54).

A dificuldade de integração dos médicos representa um obstáculo ao trabalho interprofissional, que pressupõe relações horizontais entre os profissionais e a valorização da troca de saberes para um cuidado resolutivo (Peruzzo *et al.*, 2018). Embora os ACS sejam os que mais participam de atividades coletivas envolvendo saúde bucal, apenas 35,8% dos CD reconheceram sua atuação em ações educativas e de vigilância em saúde (visita domiciliar ou ações comunitárias) como principal interface com as eSB. A dispersão das respostas sugere distintos níveis de aproximação entre ACS e eSB, indicando que o grau de integração ainda precisa ser aprofundado, especialmente porque muitas das atividades citadas têm caráter meramente protocolar e não configuram uma interface interprofissional efetiva.

Na análise da organização das atividades coletivas de promoção e educação em saúde, no âmbito do Programa Saúde nas Escolas, 100% (n=67) dos CDs relataram estarem inseridos nas ações destinadas aos escolares sendo que 92,5% (n=62) disseram ser muito frequente a participação de outros integrantes das eSFs nas ações, e somente 7,5% (n=5) disseram que as eSB frequentemente realizam sozinhas essas ações.

Com relação à realização de visita domiciliar (VD), considerada uma das ferramentas de trabalho com potencial para promover a mudança no modelo tradicional de atenção biomédica (Faccin *et al.*, 2010; Moura *et al.*, 2013), destaca-se que somente 41,79% (n=28) dos CDs a incorporaram na rotina de trabalho semanal, ainda que a Nota Técnica vigente assegure um turno na semana das eSB para a sua realização (Rio de Janeiro, 2022).

Os dados indicam que as eSB, em sua maioria, ainda seguem um modelo tradicional centrado na clínica individual, com frágil vínculo com a população adscrita, o que limita a transformação do cuidado em saúde (Araújo, 2012; Silva *et al.*, 2010). Essa lógica é reforçada pelo número elevado de eSFs sob responsabilidade das eSB, o que impacta negativamente a frequência das visitas domiciliares (VDs) e dificulta a prática interprofissional colaborativa (Agreli, 2017; Silva *et al.*, 2024). Entre os profissionais que realizam VD apenas esporadicamente (n=26), observou-se associação estatisticamente significativa entre essa baixa frequência e o número elevado de eSF atendidas (taxa de significância estatística= 0.16, < 5%, que configura diferença significante).

Apesar disso, 94% dos CDs (n=63) se consideram preparados para realizar VD, contrariando estudos que associam a não realização dessa atividade à falta de preparo (Cunha; Castilho, 2013). No entanto, a prática de VD continua centrada no atendimento de pacientes acamados, o que pode perpetuar uma lógica biomédica e tradicional da odontologia e limitar sua contribuição ao trabalho em equipe na ESF.

Quase metade dos participantes que responderam realizar frequentemente ou muito frequentemente a VD associa essa prática ao cumprimento da semana padrão proposta pela Nota Técnica. Esse achado, em diálogo com o baixo percentual de CD que realiza VD semanalmente (41,79%) e com o alto percentual de CDs que se consideram preparados para a realização de VD 94% (n=63), precisaria ser confrontado com outra metodologia investigativa.

Nos seis meses anteriores à pesquisa, 88% dos CD (n=59) participaram da discussão de casos com as eSFs, e 73,1% (n=49) relataram ter acompanhado

casos como parte de um projeto de cuidado integrado com a equipe. Esses dados apontam para a existência de espaços que favorecem o trabalho interprofissional. No entanto, a baixa frequência de VD, os motivos restritos para sua realização e o elevado número de eSF sob responsabilidade das eSB representam fatores que comprometem a qualidade da participação interprofissional — uma dimensão não aprofundada neste estudo, mas que se destaca como lacuna a ser explorada.

### **3. Considerações finais**

O estudo sugere que, pós-pandemia de covid-19, ou seja, após mudanças importantes na organização do processo de trabalho, as equipes retomaram as atividades com base na colaboração interprofissional, na comunicação e na valorização dos papéis dos membros das equipes.

Ressalta-se, no entanto, que o trabalho interprofissional ainda encontra barreiras e exige mudanças estruturais, como maior envolvimento da gestão nos cuidados, equilíbrio entre o número de equipes de Saúde Bucal e da Família e redução da rotatividade de profissionais.

Os resultados indicam que os cirurgiões-dentistas desenvolvem um conjunto de ações de natureza coletiva (Programa Saúde na Escola e diferentes grupos de educação em saúde na Unidade de Saúde), sugerindo a existência de espaços de práticas colaborativas e interprofissionais. Entretanto, os achados de um conhecimento predominantemente indireto do território e das famílias e da participação limitada das eSB nas reuniões de equipe podem se constituir em fragilidades no estabelecimento de diálogo e de interação propositiva da eSB em ações de planejamento e abordagens de projetos de cuidado, pilares da construção interprofissional.

Destaca-se ainda a importância da educação permanente e da formação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas. Recomenda-se o uso de métodos mistos em futuras pesquisas para aprofundar a compreensão sobre os níveis de colaboração e os desafios da organização do trabalho interprofissional.

## Referências

- ADAM, K.; GOGACZ, M. M.; KĘDZIA, M. Reuniões de parceiros transnacionais em face da pandemia – o caso de Parcerias Estratégicas implementando projetos internacionais. *Programação Científica*, 2020. DOI: 10.5604/01.3001.0014.4603. Acesso em: 15 maio 2025.
- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; BAILEY, C. Contributions of team climate in the study of interprofessional collaboration: A conceptual analysis. *Journal of Interprofessional Care*, [S.l.], v. 31, n. 4, p. 456-463, 2017.
- AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 20, n. 59, p. 905-916, 2016.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). *Nota Técnica GVIMS/GGTES/ ANVISA nº 04/2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-n-04-2020-gvims-ggtes-anvisa-atualizada.pdf/view>. Acesso em: 24 mar. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 22 out. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: 24 mar. 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 648, de 28 de março de 2006*. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 28 mar. 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648\\_28\\_03\\_2006.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html). Acesso em: 24 mar. 2025.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. *Projeto de Lei nº 8.131/2017, de 2017*. Institui a Política Nacional de Saúde Bucal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para incluir a saúde bucal no campo de atuação do SUS. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2017. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarIntegra?codteor=1591269](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarIntegra?codteor=1591269). Acesso em: 24 mar. 2025.
- CARLETTTO, A. F.; SANTOS, F. F. A atuação do dentista de família na pandemia do Covid-19: o cenário do Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, p. 1-12, 2020.
- CONASEMS. Protagonismo feminino na saúde: mulheres são a maioria nos serviços e na gestão do SUS. *Boletim do Conasems*, [S.l.], 2021. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/oprotagonismo-feminino-na-saude-mulheres-sao-amaioria-os-servicos-e-na-gestao-do-sus/>. Acesso em: 15 maio de 2024.
- D'ARRIETTA, L. M. et al. Rethinking health professionals' motivation to do research: a systematic review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, [S.l.], v. 15, p. 185-216, 2022.
- DANIGNO, J. F. et al. Fatores associados à redução de atendimentos odontológicos na Atenção Primária à Saúde no Brasil, com o surgimento da COVID-19: estudo transversal, 2020.

*Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 31, n. 1, p. 1-15, 2022.

FACCIN, D.; SEBOLD, R.; CARCERERI, D. L. Processo de trabalho em saúde bucal: em busca de diferentes olhares para compreender e transformar a realidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.I.], v. 15, p. 1643-1652, 2010.

FRAZÃO, P.; NARVAI, P. C. Lei n.º 11.889/2008: avanço ou retrocesso nas competências do técnico em saúde bucal? *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 109-123, 2011.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. *Athenaea Digital: Revista de Pensamiento y Investigación Social*, Barcelona, v. 13, n. 2, p. 239-244, 2013.

MATTOS, G. C. M.; FERREIRA, E. F.; GRECO, R. M. A inclusão da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: entraves, avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.I.], v. 19, n. 2, p. 373-382, 2014.

MOURA, M. S. et al. Saúde bucal na Estratégia de Saúde da Família em um colegiado gestor regional do estado do Piauí. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.I.], v. 18, n. 2, p. 471-480, 2013.

PERUZZO, H. E. et al. Os desafios de se trabalhar em equipe na Estratégia Saúde da Família. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1-9, 2018.

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, Abingdon, v. 32, n. 1, p. 1-3, 2018.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Técnica de Saúde Bucal. *Nota Técnica SMS-RJ nº 2/2020*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2020.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Técnica de Saúde Bucal. *Ofício Nº SMS-OFI-2022/24904*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2022.

SCHERER, C. I. et al. O trabalho em saúde bucal na Estratégia Saúde da Família: uma difícil integração? *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 2, p. 233-246, 2018.

SILVA, É. T. et al. Disparities in the protagonism of oral health teams in the work process of Primary Healthcare. *Revista de Saúde Pública*, [S.I.], v. 58, p. 1 -13, 2024.

SILVA, K. L. et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

VASCONCELOS, J. et al. Clima de equipe na atenção primária à saúde: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 45, p. 1-11, 2024.

VILLALBA, J.; PASTI, P. R. de M.; BARROS, N. F. Perfil profissional do cirurgião-dentista para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). *Revista do Instituto de Ciências da Saúde*, [S.I.], v. 27, n. 3, p. 262-268, 2009.

VOLTOLINI, B. C. et al. Estratégia Saúde da Família meetings: an indispensable tool for local planning. *Texto & Contexto - Enfermagem*, [S.I.], v. 28, p. 1-14, 2019.

# CAPÍTULO 14

## TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NA PANDEMIA DA COVID-19

Delvania de Figueiredo Pereira  
Rosana Aparecida Salvador Rossit

### 1. Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) representa um importante desafio para os serviços públicos de saúde no Brasil, sobretudo no contexto da pandemia de covid-19, que exigiu reorganizações nas práticas assistenciais. Nesse cenário, o Sistema Único de Saúde (SUS), como principal responsável pelo cuidado à população autista, demanda estratégias que promovam a integralidade do cuidado e o trabalho colaborativo. A Educação Interprofissional em Saúde (EIP) tem sido apontada como ferramenta central para a articulação entre profissionais e o fortalecimento da atenção em rede (OMS, 2010; Batista, 2012; Reeves *et al.*, 2016).

O TEA caracteriza-se por um conjunto heterogêneo de manifestações clínicas que afetam, em diferentes graus, as habilidades de comunicação, interação social e comportamento. Essa variabilidade se expressa por meio de diferentes níveis de suporte, comorbidades associadas e perfis cognitivos e emocionais que tornam o diagnóstico e o acompanhamento terapêutico especialmente complexos. Muitos indivíduos com TEA apresentam ainda quadros concomitantes, como deficiência intelectual, transtorno do déficit de

atenção e hiperatividade (TDAH), epilepsia, distúrbios do sono e de alimentação, o que demanda uma atuação coordenada entre múltiplos profissionais da saúde, educação e assistência social (Hirakawa; Rossit, 2024; Hirakawa; Lima; Rosário, 2023; Cunha, 2019). Além disso, a manifestação dos sintomas pode variar significativamente ao longo do tempo e em função do ambiente, exigindo planos terapêuticos adaptáveis e continuamente reavaliados.

Outro aspecto que acentua a complexidade do TEA diz respeito aos fatores contextuais e sociais que influenciam o desenvolvimento e a inclusão da pessoa autista. Questões como o estigma social, a escassez de serviços especializados em regiões periféricas e a sobrecarga enfrentada pelas famílias impactam diretamente o acesso ao cuidado integral. A trajetória da pessoa com TEA, desde a suspeita inicial até o diagnóstico e a intervenção precoce, é frequentemente marcada por descontinuidades, longas esperas e dificuldades de articulação entre os níveis de atenção (Favoretto; Lamônica, 2014; Saad; Souza, 2024).

Essa realidade reforça a importância de políticas públicas que ampliem e qualifiquem a rede de atenção, com estratégias pautadas na educação permanente dos profissionais e na promoção da intersetorialidade, de modo a garantir não apenas o cuidado clínico, mas também a inclusão social e educacional desse grupo (Peduzzi *et al.*, 2020; Ogata *et al.*, 2021; Saad; Souza, 2024).

A EIP vem se consolidando como uma estratégia fundamental na formação em saúde ao promover a construção coletiva do conhecimento por meio do diálogo, da valorização dos saberes diversos e da colaboração entre diferentes profissões. Ao romper com modelos fragmentados e disciplinarizados, a EIP contribui para o desenvolvimento de competências colaborativas e para uma formação crítica, ética e alinhada aos princípios do Sistema Único de Saúde (Ceccim; Feuerwerker, 2004; OMS, 2010; Batista, 2012).

Essa abordagem requer uma revisão das concepções tradicionais de educação e saúde. No campo educacional, baseia-se em uma pedagogia crítica e dialógica, conforme proposto por Freire (1996), em que educadores e educandos constroem juntos o processo de ensino-aprendizagem. Na

saúde, propõe-se uma visão ampliada que transcende o modelo biomédico, enfatizando a interdisciplinaridade e o cuidado integral como fundamentos da prática profissional (Ceccim; Feuerwerker, 2004; Reeves *et al.*, 2016).

Mesmo após a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais, persistem desafios na articulação entre teoria e prática, integração curricular e consolidação de práticas interprofissionais nos cursos da área da saúde (Brasil, 2001). A EIP surge, assim, como uma resposta a essas lacunas, ao propor práticas pedagógicas centradas na problematização, na cooperação e na compreensão dos papéis profissionais (OMS, 2010; Barr, 2002).

A comunicação efetiva no contexto interprofissional é um dos pilares para a integralidade do cuidado em saúde. Quando essa comunicação é estabelecida de maneira clara, direta, colaborativa e rotineira fortalece a qualidade da atenção e garante maior coesão nas condutas assistenciais. No cuidado à pessoa com TEA essa comunicação precisa ser ainda mais estruturada, dada a complexidade clínica, social e educacional dos casos (Pereira *et al.*, 2021).

O trabalho interprofissional deve promover planos terapêuticos construídos de forma integrada, em que diferentes saberes dialogam para alcançar objetivos comuns. Entretanto, na prática, ainda se observa a elaboração de planos individualizados por área profissional, com posterior tentativa de articulação por meio de reuniões periódicas. Essa limitação fragmenta o cuidado e compromete a integralidade da atenção. A interação real entre os profissionais é fundamental para que os ganhos terapêuticos se estendam ao comportamento, à comunicação e à socialização da criança com TEA (Pereira *et al.*, 2021; Hirakawa; Lima; Rosário, 2023).

O fortalecimento das políticas públicas voltadas para o cuidado especializado também avançou com a promulgação da Lei n.º 12.764/2012 (Lei Berenice Piana), que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. A norma assegura atendimento multiprofissional às pessoas com TEA e propõe a criação de

centros especializados, reforçando o compromisso com uma rede de atenção psicossocial ampliada. O Decreto n.º 8.368/2014 regulamentou essa política ao detalhar a qualificação da Rede de Atenção Psicossocial e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS (Brasil, 2012; 2014).

No campo da produção de dados, a Lei n.º 13.861/2019 (Brasil, 2019) determinou a inclusão de informações sobre TEA no Censo Demográfico, reconhecendo a necessidade de dados oficiais para orientar políticas públicas. Em 2025, os resultados do Censo de 2022 revelaram que 2,4 milhões de brasileiros (1,2% da população) declararam diagnóstico de TEA, com maior prevalência entre homens (1,5%) e crianças de 5 a 9 anos (2,6%). Entre os estudantes com 6 anos ou mais, 760,8 mil tinham TEA (1,7%), com taxa de escolarização de 36,9% — superior à média da população geral (24,3%). Contudo, 46,1% dos adultos com TEA não concluíram o ensino fundamental e apenas 15,7% completaram o ensino superior (IBGE, 2025; Paiva Jr., 2025).

Essas iniciativas legislativas e informacionais — as Leis n.º 12.764/2012 e n.º 13.861/2019 e o Decreto n.º 8.368/2014 — representam marcos importantes na estruturação da atenção à pessoa com TEA no Brasil. Elas articulam-se com os princípios da EIP ao promover cuidado integral, multiprofissional e respaldado por dados concretos para o planejamento e gestão das políticas públicas (Brasil, 2012; 2014).

Diante desse cenário, o presente estudo<sup>1</sup> teve por objetivo analisar a organização do trabalho interprofissional em centros especializados no atendimento a pessoas com TEA durante a pandemia de covid-19.

## 2. Desenvolvimento

### 2.1 Percurso Metodológico

A pesquisa foi conduzida com uma abordagem de natureza exploratória e descritiva, integrando métodos quali-quantitativa, para compreender a

<sup>1</sup> Manuscrito originado da dissertação de Mestrado de Delvania de Figueiredo Pereira desenvolvida no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde. Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Campus Baixa Santista. Santos/São Paulo/Brasil, 2024.

organização do trabalho interprofissional no atendimento a pessoas com TEA durante a pandemia de covid-19, na região da Baixada Santista, São Paulo.

Inicialmente, foram convidados cerca de 80 profissionais vinculados aos serviços públicos de saúde, porém, devido à baixa taxa de adesão, o recrutamento foi ampliado para incluir também profissionais de instituições privadas e filantrópicas da mesma região, totalizando 53 participantes de diversas áreas, tais como psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, musicoterapia, fonoaudiologia e psicopedagogia, todos atuantes diretamente no atendimento a pessoas com TEA durante o período estudado.

Para coleta inicial dos dados, aplicou-se a Escala de Clima na Equipe (Silva, 2014), um instrumento validado no contexto brasileiro, que avalia aspectos como participação, apoio mútuo, definição de objetivos e orientação para o trabalho em equipe, permitindo mapear o ambiente de trabalho e a predisposição à colaboração. A escala foi aplicada *online*, facilitando o acesso e a segurança dos profissionais durante o período da pandemia. Paralelamente, para aprofundar a compreensão das experiências e práticas interprofissionais, foram realizadas três rodas de conversa em formato virtual, com oito profissionais que manifestaram interesse em participar. Essas rodas seguiram um roteiro semiestruturado, abordando temas relacionados à comunicação entre profissionais, organização do trabalho, articulação intersetorial e os desafios e oportunidades vivenciados no contexto pandêmico.

Os dados quantitativos foram analisados por estatística descritiva, permitindo a identificação de padrões, fragilidades e potencialidades no funcionamento das equipes. Já os dados qualitativos passaram por análise de conteúdo temática, conforme metodologia de Minayo e Souza (1998), possibilitando a categorização dos principais temas emergentes das discussões, como as dificuldades na comunicação formal, a valorização da comunicação informal, a importância da articulação entre saúde, educação e assistência social, e a necessidade de espaços formais para planejamento conjunto.

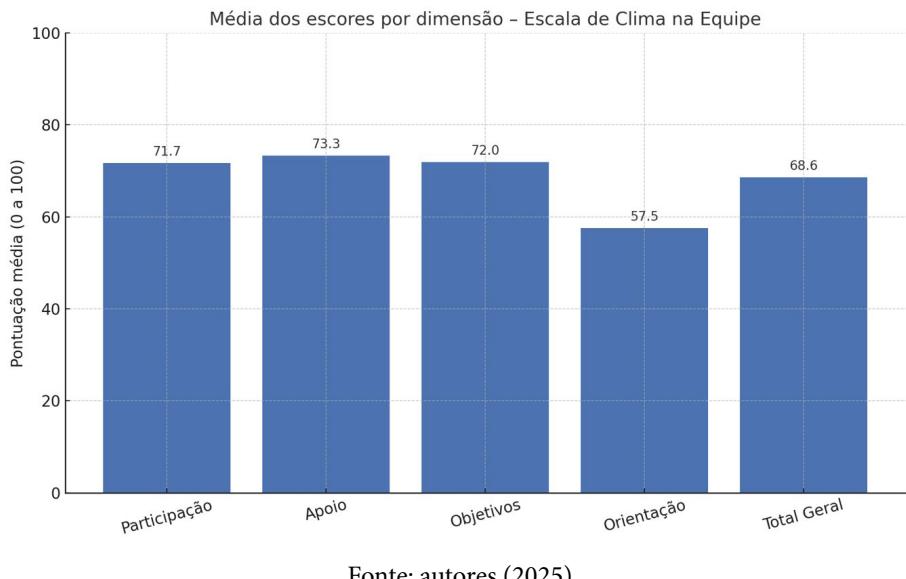
A pesquisa seguiu rigorosamente as diretrizes éticas brasileiras, conforme a Resolução CNS nº 466/2012. O Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP aprovou o projeto, sob o parecer nº 4909169, garantindo o anonimato, a confidencialidade dos dados e o direito dos participantes de desistirem a qualquer momento, sem prejuízos.

## 2.2. Resultados e Discussão

Dos 80 profissionais de nível superior vinculados aos serviços de saúde de instituições públicas, privadas e filantrópicas da região metropolitana da Baixada Santista, SP, que atendem pessoas com TEA, 53 (66,2%) participaram do estudo respondendo a Escala de Clima na Equipe (Silva, 2014) que avaliou o ambiente da equipe e a disposição para o trabalho colaborativo. No Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), os profissionais poderiam manifestar interesse em participar também das rodas de conversa. Dos respondentes da etapa inicial, 15 se disponibilizaram e oito (53%) participaram efetivamente de pelo menos uma das três rodas de conversa.

Os dados da Escala de Clima indicaram escores medianos em todas as dimensões avaliadas (participação, apoio, objetivos e orientação), sinalizando fragilidades no funcionamento interprofissional. As rodas de conversa revelaram dois grandes eixos: (1) o trabalho em equipe no atendimento à pessoa com TEA e habilidades sociais, e (2) a avaliação, planejamento e intervenção coletiva mediante estratégias articuladas. A Figura 1 ilustra esses achados.

**Figura 1.** Média dos escores por dimensão, Santos, 2025 (n=53).



A Figura 1 com os resultados da Escala de Clima na Equipe, com base nos dados reais extraídos do relatório estatístico, mostra as seguintes porcentagens por dimensão da Escala: Participação na equipe: 71,7; Apoio para ideias novas: 73,35; Objetivos da equipe: 71,96; Orientação para as tarefas: 57,55; e Total geral: 68,64. Esses valores foram reescalados de 0 a 100. Observa-se que a dimensão “Orientação para as tarefas” apresentou o menor escore médio, indicando um possível ponto de atenção no clima das equipes.

Os dados coletados nas rodas de conversa revelam desafios reais na comunicação e organização do trabalho em equipe durante a pandemia, evidenciando a necessidade urgente de fortalecer o trabalho interprofissional. Conforme relatado por um profissional:

“Durante a pandemia, tudo acabava se dando pelo WhatsApp e pelas conversas de telefone mesmo! Na visão dos colegas profissionais, isso é bem ruim! Porque a gente entende que o ideal é nós termos essas conversas em equipe. O ideal é que a gente pudesse ter reuniões de

equipes para poder discutir o caso do paciente, mas a realidade é que isso não acontece! É muito difícil! Muitas vezes fica na conversa de um profissional com o outro e não fica uma discussão de equipe” (RC1).

Essa dificuldade em manter uma comunicação efetiva entre os profissionais compromete o cuidado integral e colaborativo esperado no atendimento a pessoas com TEA.

Apesar das limitações, observou-se que a troca constante de informações entre profissionais e familiares é valorizada, com um profissional destacando que:

“ao final de cada atendimento, nós fazemos uma devolutiva para os responsáveis de como a criança procedeu naquele atendimento, como foi o humor dela, o comportamento... todas essas informações e orientações são dadas aos pais ao final do atendimento de cada profissional. Esses responsáveis também trazem para a gente as questões da semana, da rotina, todas as dificuldades deles...” (RC1).

No entanto, a comunicação formal entre profissionais é frequentemente substituída por recursos informais, como o uso do WhatsApp:

“[a comunicação se dá] por WhatsApp pessoal mesmo! É mensagem 24 horas, não tem um horário certo de trabalho, então às vezes é uma mãe, que às 9 horas da noite quer falar com você e aí a gente acaba mantendo esse contato, esse acolhimento [...] usando o WhatsApp, usando o e-mail e chamada por Google Meet também!” (RC2).

Esses relatos indicam que, embora exista uma intenção clara de integração, faltam espaços e momentos formais para o diálogo interprofissional estruturado.

O atendimento nas instituições da Baixada Santista envolve profissionais como psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, fonoaudiólogos e psicopedagogos, que atuam em conjunto:

“Temos uma equipe multidisciplinar para atender crianças, não só com TEA [...] a criança também passa pela psicóloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, psicopedagoga e fonoaudióloga” (RC2).

Essa estrutura corrobora com a literatura sobre EIP, que enfatiza a aprendizagem conjunta como fundamental para a colaboração efetiva e reforçam que o desenvolvimento dessas competências colaborativas deve estar presente tanto na formação quanto na prática profissional, um aspecto evidenciado pelos desafios e adaptações provocados pela pandemia, que, apesar de complexos, criaram oportunidades para a cooperação e fortalecimento do trabalho em equipe (Barr, 2002; Peduzzi *et al.*, 2020).

A comunicação efetiva no contexto multiprofissional é um dos pilares para a integralidade do cuidado em saúde. Quando essa comunicação é estabelecida de maneira clara, direta, colaborativa e rotineira, ela fortalece a qualidade da atenção e garante maior coesão nas condutas assistenciais. No cuidado à pessoa com TEA, essa comunicação precisa ser ainda mais estruturada, dada a complexidade clínica, social e educacional dos casos (Pereira *et al.*, 2021; Hirakawa; Lima; Rosário, 2023).

O trabalho interprofissional deve promover planos terapêuticos construídos de forma integrada, em que diferentes saberes dialogam para alcançar objetivos comuns. Entretanto, na prática, ainda se observa a elaboração de planos individualizados por área profissional, com posterior tentativa de articulação por meio de reuniões periódicas. Essa limitação fragmenta o cuidado e compromete a integralidade da atenção (Hirakawa; Lima; Rosário, 2023).

A alta complexidade dos quadros atendidos exige a mobilização de diversos campos do saber, desde abordagens educacionais até intervenções clínicas. Nesse cenário, a comunicação entre os profissionais e com a família deve ser pautada na clareza, na empatia e na segurança, pois não basta instruir: é necessário demonstrar, acompanhar e apoiar (Ferreira *et al.*, 2025).

O conteúdo das rodas de conversa evidencia que, apesar dos esforços, a comunicação formal entre os profissionais ainda ocorre com fragilidade, sendo frequentemente substituída por interações informais, como por

aplicativos de mensagens. Contudo, emergem experiências de articulação intersetorial importantes:

“A gente não se comunica só com a família ou só com os profissionais de dentro desse serviço. Têm muitas reuniões com a escola, têm muitas reuniões com os serviços de assistência [...] porque essas questões acabam influenciando diretamente no desenvolvimento das nossas crianças e adolescentes” (RC1).

A atuação intersetorial aparece, portanto, como um diferencial no cuidado, permitindo que o olhar sobre a criança ultrapasse os limites do setor saúde. O trabalho em equipe é valorizado justamente por permitir a construção de uma visão ampliada e compartilhada:

“Faz toda diferença o trabalho em equipe! Porque são olhares diferentes, dando visões diferentes da mesma pessoa [...]. Quando a gente junta todas essas percepções, a gente ‘forma a pessoa’. Não tem um olhar único e exclusivo” (RC1).

“A gente começa a observar essa criança na sala de aula e monta um relatório junto com o professor [...], que vai para a UBS, para o centro de especialidades, para avaliação e depois, se necessário, para CER, CAPS ou CAPSi” (RC2).

Tais falas ilustram o percurso longo e, por vezes, fragmentado do cuidado em rede, que pode atrasar o diagnóstico e a intervenção. No entanto, também revelam a potência do trabalho colaborativo e da articulação entre setores como saúde, educação e assistência social.

As rodas de conversa realizadas no estudo evidenciaram importantes elementos de colaboração interprofissional no atendimento a pessoas com TEA durante a pandemia. Os participantes relataram a necessidade de espaços sistemáticos para o planejamento conjunto das ações, reconhecendo a importância do compartilhamento de saberes entre as diferentes áreas profissionais. Um dos relatos destacou:

“Sugiro melhorias na formação profissional [...] o como fazer junto com os outros profissionais, o como saber o que o outro faz, e como o meu olhar completa o seu [...] o ideal é termos essa conversa e o planejamento em equipe” (RC1).

Tal percepção reforça a urgência da implementação de estratégias de EIP, capazes de promover a articulação entre os profissionais e de romper com modelos fragmentados de atenção (Ogata *et al.*, 2021). Outro trecho evidencia a relação entre EIP e educação permanente, como mencionado por uma profissional: “A educação permanente precisa ser nesse aspecto, que é interprofissional [...] ensinar a como trabalhar junto aos outros profissionais” (RC1).

Esses achados dialogam com Peduzzi *et al.* (2020), ao afirmarem que o desenvolvimento de competências colaborativas deve estar presente na formação e na prática cotidiana dos profissionais do SUS. Além disso, os participantes sugeriram o envolvimento das famílias como parte do cuidado colaborativo, ampliando a noção de interprofissionalidade para além da equipe, o que corrobora com Hirakawa e Rossit (2024) e Reeves *et al.* (2016), ao apontarem que práticas interprofissionais contribuem diretamente para a integralidade e a qualidade da atenção, especialmente em contextos complexos como o do TEA em tempos de crise sanitária.

O estudo de Pereira e Rossit (prelo) revelou que os profissionais enfrentam dificuldades estruturais no trabalho interprofissional, especialmente pela ausência de momentos formais de planejamento conjunto. A maioria dos profissionais que atuam com TEA relata não haver espaço e tempo protegido para discussão de casos, planejamento terapêutico, tampouco para trocas e aprendizados em equipe. Essa limitação compromete o desenvolvimento de práticas colaborativas no cotidiano dos serviços.

Nesse sentido, a promoção de espaços de aprendizagem contínua pode fortalecer as equipes, “espaços de educação permanente podem ser organizados para aperfeiçoar a formação e o trabalho dos profissionais, uma vez que estes estarão continuamente aprendendo e criando oportunidades de trabalhar de modo integrado” (Pereira; Rossit, prelo, p. 7).

### **3. Considerações Finais**

A pesquisa evidencia a necessidade de fortalecer o trabalho interprofissional nos serviços do SUS, especialmente aqueles que atendem pessoas com TEA. As estratégias adotadas durante a pandemia revelam potencialidades que podem ser consolidadas por meio de políticas de educação permanente, formação crítica e ambientes organizacionais que valorizem o diálogo entre saberes. A interprofissionalidade, portanto, deve ser compreendida como um caminho para garantir o cuidado integral e humanizado.

Diante dos achados, as autoras concluem que a pesquisa evidencia a necessidade de fortalecer o trabalho interprofissional nos serviços do SUS, especialmente naqueles que atendem pessoas com TEA. Isso sintetiza a urgência de políticas de educação permanente, gestão colaborativa e integração efetiva entre os diferentes atores envolvidos na atenção especializada.

Os achados reforçam a necessidade de estratégias que incentivem a organização do trabalho em equipes interprofissionais, com a criação de momentos formais para o diálogo, o reconhecimento das especificidades de cada profissão e o fortalecimento da cooperação. Essa articulação é fundamental para que as práticas multiprofissionais avancem para práticas verdadeiramente interprofissionais, capazes de promover a qualidade do atendimento e o desenvolvimento das competências colaborativas previstas na Educação Interprofissional em Saúde. A pandemia, apesar de ter imposto dificuldades, também trouxe oportunidades para repensar e aprimorar a integração entre os profissionais, o que deve ser aproveitado para fortalecer as redes de cuidado à pessoa com TEA.

### **Referências**

BARR, H. et al. *Effective interprofessional education: argument, assumption and evidence*. London: Blackwell Publishing, 2002.

BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em Saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, Rio de Janeiro, v. 2, p. 25–28, 2012. Disponível em: <https://cev.org.br/biblioteca/educacao-interprofissional-saude-concepcoes-praticas/>. Acesso em: 11 mar. 2025.

BRASIL. Decreto n.º 8.368, de 2 de dezembro de 2014. Regulamenta a Lei n.º 12.764/2012 e dispõe sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do SUS. Brasília, DF: Congresso Nacional, 3 dez. 2014. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2014/decreto/d8368.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/decreto/d8368.htm). Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Lei n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2012. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm). Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Lei n.º 13.861, de 18 de julho de 2019. Altera a Lei n.º 7.853/1989 para incluir perguntas sobre TEA nos censos demográficos. Brasília, DF: Congresso Nacional, 2019. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/l13861.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13861.htm). Acesso em: 20 mar. 2025.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. *Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de Agosto de 2001*. Estabelece as diretrizes curriculares para os cursos de ciências biológicas. Brasília, DF: Conselho Nacional de Educação / Câmara da Educação Superior, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2025.

CECCIM, R. B.; FEUERWEKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41–65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf>. Acesso em: 11 mar. 2025.

CUNHA, G. R. da. *Transtorno do Espectro Autista: identificação, diagnóstico e práticas inclusivas*. 2. ed. Curitiba: Appris, 2019.

FAVORETTO, N. C.; LAMÔNICA, D. A. C. Conhecimentos e Necessidades dos Professores em Relação aos Transtornos do Espectro Autístico. *Rev. Bras. Ed. Esp.*, Marília, v. 20, n. 1, p. 103-116, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbee/a/QRspYNYnBNvzjTvrbszbQm/?format=pdf>. Acesso em: 11 mar. 2025.

FERREIRA, E. L. et al. Transtorno do Espectro Autista (TEA) no contexto escolar. *Revista FT*, Rio de Janeiro, v. 29, Edição 142, 2025. Disponível em: <https://revistaf.com.br/transtorno-do-espectro-autista-tea-no-contexto-escolar/>. Acesso em: 13 mar. 2025.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

HIRAKAWA, A. P. R.; ROSSIT, R. A. S. Organização do trabalho no cuidado à pessoa com Transtorno do Espectro Autista nos Centros Especializados em Reabilitação da cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 30, p. 1-16, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-54702024v30e0154>. Acesso em: 13 mar. 2025.

HIRAKAWA, A. P. R.; LIMA, F. C. P.; ROSÁRIO, M. N. S. Comunicação efetiva no cuidado de uma criança com TEA: meta 2 – comunicação efetiva - amplifique a voz do paciente. In: 10º Simpósio Científico CEJAM, 2023, São Paulo. *Anais [...]*. São Paulo: CEJAM, 2023. Disponível em: <https://evento.cejam.org.br/index.php/AECC/article/view/517>. Acesso em: 13 mar. 2025.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2022: Pessoas com deficiência e pessoas diagnosticadas com transtorno do espectro autista: resultados preliminares da amostra*. Rio de Janeiro: IBGE, 2025.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513–531, 1998.  
Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/240767298>. Acesso em:13 mar. 2025.

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, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>. Acesso em:13 mar. 2025.

OMS. Organização Mundial de Saúde. *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: [https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub\\_oms\\_marco\\_acao\\_eip.pdf](https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_oms_marco_acao_eip.pdf). Acesso em: 12 mar. 2025.

PAIVA, J. R., Francisco. Brasil conhece, pela 1<sup>a</sup> vez, seu número oficial de diagnóstico de autismo: 1 em 38, segundo IBGE. *Canal Autismo*, 2025. Disponível em: <https://www.canalautismo.com.br>. Acesso em:12 mar. 2025.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 1–20, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Acesso em:12 mar. 2025.

PEREIRA, D. F.; ROSSIT, R. A. S. Organização do trabalho em centros especializados de atenção à pessoa com Transtorno do Espectro Autista no contexto pandêmico da COVID-19. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Corumbá. No prelo.

PEREIRA, A. L. L. et al. A comunicação interprofissional como uma importante ferramenta do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde. *Research, Society and Development*, [S.l.], v. 10, n. 10, p. 1-13, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/18942>. Acesso em:12 mar. 2025.

REEVES, S. et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [S.l.], n.3, p. 1-41, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>. Acesso em:12 mar. 2025.

SAAD, A. P. R.; SOUZA, G. A. C. Fortalecendo sistemas de saúde inclusivos: o papel da rede de atenção psicossocial no apoio a indivíduos com transtorno do espectro do autismo no Brasil. *Revista da Seção Judiciária do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 61, p. 139-155, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.30749/2177-8337.v28n61p139-155>. Acesso em:12 mar. 2025.

SILVA, M. C. *Adaptação transcultural e validação de instrumento de avaliação de trabalho em equipe: Team Climate Inventory no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil* [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1248191>. Acesso em:12 mar. 2025.

# CAPÍTULO 15

## VIVÊNCIAS DE DOCENTES DO PROFSAUDE E ESTUDANTES NA RELATORIA DA CONFERÊNCIA ESTADUAL: INTERPROFISSIONALIDADE E INTERSECCIONALIDADE

Katia Fernanda Alves Moreira  
Alinne Oliveira da Silva Martins  
Cleson Oliveira de Moura  
Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes  
Elen Petean Parmejani  
Adriana Dias Silva

### 1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública criada em 1988 com objetivo de garantir atenção integral à saúde de todos os cidadãos brasileiros, prevê a participação popular por meio do Controle Social e das Conferências de Saúde, que devem ocorrer a cada quatro anos (Brasil, 1990).

As conferências são espaços privilegiados para a interprofissionalidade e para a formação de profissionais da saúde no contexto do SUS. A formação em saúde deve atender às necessidades de saúde da população e do SUS, abordar os determinantes sociais da saúde, a equidade e desenvolver o pensamento interprofissional, além de colocar o estudante como protagonista em seu processo formativo (Fortuna *et al.*, 2023).

A participação na Conferência de Saúde oferece uma oportunidade valiosa para os estudantes refletirem sobre a formação em saúde, que deve

desenvolver competências para além das técnicas e saberes específicos dos núcleos das profissões. É necessário que o processo formativo favoreça o desenvolvimento de práticas colaborativas, discuta sobre comunidades historicamente marginalizadas pelos serviços de saúde, bem como sobre os estereótipos de raça, etnia, idade, gênero, orientação sexual e peso, os quais se perpetuam na atenção à saúde e impactam negativamente nas interações usuário-profissional de saúde (WHO, 2021).

Desse modo, o objetivo deste estudo é refletir sobre a experiência dos docentes do PROFSAÚDE e estudantes na Relatoria da Conferência Estadual de Saúde de Rondônia, articulando conhecimentos teóricos à prática para o desenvolvimento de habilidades e competências indispensáveis em suas vidas profissional e social.

## 2. Desenvolvimento

### O percurso metodológico

Trata-se de um relato de experiência sistematizado (Holliday, 2006), cujo passo a passo consiste em: o ponto de partida, as perguntas iniciais, recuperação do processo vivido, a reflexão de fundo e o ponto de chegada (Holliday, 2006).

O estudo foi baseado na experiência dos docentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Fundação Universidade Federal de Rondônia (UNIR), que acompanharam os estudantes e duas mestrandas do PROFSAÚDE durante a Relatoria da 10<sup>a</sup> Conferência Estadual de Saúde de Rondônia.

A conferência ocorreu entre 29 e 31 de maio de 2023, e a Comissão de Relatoria iniciou seu trabalho em abril, finalizando em 15 de junho de 2023, com a entrega do Relatório Final ao Conselho Estadual de Saúde de Rondônia (CES-RO), localizado na cidade de Porto Velho-RO, que é a capital.

Desde o início da participação dos docentes e estudantes na Relatoria da Conferência, houve reuniões preparatórias. Esses encontros abordaram o

processo de Relatoria, o Controle Social, as redes de atenção à saúde (RAS) no contexto da regionalização, os princípios do SUS e os atributos da Atenção Primária à Saúde (APS).

Transversalizaram temas como interprofissionalidade e interseccionalidade. Essas discussões foram importantes para promover *brainstorming* e colaboração interprofissional, resultando em aprendizagem significativa que complementaram os conhecimentos adquiridos em sala de aula (Ximenes Neto *et al.*, 2020).

Este estudo está vinculado ao projeto matriz “Atenção à saúde em Rondônia: perspectiva assistencial, do trabalho e da Educação na Saúde” (CAAE: 66833023.1.0000.5300), aprovado pelo CEP/UNIR sob o parecer n. 5.890.371. Foi garantido o sigilo das informações individuais e o anonimato durante a descrição da vivência.

## Contexto da vivência

O ponto de partida se deu em 17 de abril de 2023, a coordenadora da Comissão de Relatoria solicitou formalmente à reitora da UNIR que uma determinada professora do Departamento de Enfermagem integrasse a Comissão de Relatoria da 10<sup>a</sup> Conferência Estadual de Saúde de Rondônia. Na mesma solicitação, foi proposta a inclusão de docentes, alunos de graduação e da Residência em Saúde da Família como colaboradores na Comissão. Duas mestrandas do PROFSAÚDE que eram da Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia (SESAU/RO) também compuseram a relatoria.

Os trabalhos da Comissão de Relatoria ocorreram de 18 de abril a 25 de maio de 2023 na sede do Conselho Estadual de Saúde (CES-RO), período em que foram recebidos os relatórios das conferências municipais, os quais continham propostas e diretrizes enviadas pelos 52 municípios do estado. Os docentes facilitadores e os estudantes analisaram as propostas e diretrizes, categorizando-as nos respectivos eixos temáticos para disponibilização aos delegados, participantes e convidados no primeiro dia da conferência estadual.

Cada dupla de alunos foi encarregada da sistematização das informações referentes aos municípios de cada região de saúde de Rondônia, totalizando 14 discentes sob a supervisão dos docentes facilitadores na Comissão de Relatoria. Eram cinco alunos de enfermagem, dois de medicina, dois residentes enfermeiros, duas residentes psicólogas, um residente cirurgião-dentista e duas mestrandas enfermeiras do PROFSAÚDE. Durante esse período, ocorreram três reuniões presenciais e três reuniões on-line. Todo o material produzido foi armazenado no Google Drive para que todos os membros da Relatoria pudessem acompanhar o andamento das atividades.

A sistematização das atividades iniciou-se com o diálogo entre os princípios do SUS e as propostas enviadas, cuja análise do material propiciou a reflexão sobre as causas das desigualdades em nosso estado e a defesa de políticas e práticas que promovam a equidade na saúde e o acesso aos cuidados. Foi refletido pelos componentes da Relatoria que o acolhimento do usuário nas unidades básicas de saúde (UBS) pode desempenhar um papel fundamental na mitigação das iniquidades em saúde que afeta muitas populações, incluindo indivíduos que se identificam como pretos, LGBTQIAPN+, indivíduos da periferia ou de comunidades rurais, entre outros. As reflexões sobre as propostas dos municípios suscitaron no grupo discussões acerca das iniquidades em saúde (Nundy; Cooper; Mate, 2022) e dos marcadores sociais interseccionais, os quais influenciam o direito à saúde e o acesso aos cuidados de saúde. Essas reflexões na relatoria implicaram no registro e reflexões diárias que eram armazenadas no Google Drive.

O segundo tempo (perguntas iniciais) desse relato envolveu a seleção das experiências que seriam sistematizadas a partir das seguintes perguntas reflexivas: A participação dos estudantes e docentes na 10ª Conferência Estadual de Saúde de Rondônia enriqueceu o processo de ensino e aprendizagem na perspectiva interprofissional? Os estudantes conseguiram entender a importância da participação social no SUS como um exercício da cidadania? Os estudantes conseguiram refletir sobre os marcadores sociais interseccionais a partir da vivência?

## **Recuperação do processo vivenciado**

No terceiro tempo (recuperação do processo vivido), o período de sistematização enfatizou aspectos descritivos da experiência, reconstruindo-a passo a passo. A 10ª Conferência Estadual de Saúde de Rondônia foi realizada entre 29 e 31 de maio de 2023, na cidade de Porto Velho, sob coordenação da Secretaria de Estado da Saúde de Rondônia (SESAU/RO) e do Conselho Estadual de Saúde (CES-RO).

O evento teve como tema “Garantir Direitos e Defender o SUS, a Vida e a Democracia – Amanhã vai ser outro dia”. A abertura aconteceu às 8 horas e 30 minutos, nas Faculdades Integradas Norte do Paraná – UNOPAR, localizada na Rua Matrinchã, 996, Lagoa, Porto Velho, Rondônia. A conferência foi realizada em consonância com a Resolução nº 664, de 5 de outubro de 2021, do Conselho Nacional de Saúde, que convocou a 17ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida entre 2 e 5 de julho de 2023. A conferência estadual foi organizada com base em quatro eixos temáticos: I - O Brasil que temos. O Brasil que queremos; II - O papel do controle social e dos movimentos sociais para salvar vidas; III - Garantir direitos e defender o SUS, a vida e a democracia; IV – Amanhã vai ser outro dia para todas as pessoas.

Durante os três dias de conferência, os estudantes auxiliaram em vários momentos na organização e no desenvolvimento do evento, além da organização e relatoria dos grupos de trabalho (GT). Foram formados 12 grupos de trabalho compostos pelos participantes, convidados e delegados, sendo que estes últimos estavam organizados de acordo com a paridade entre usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviço.

Os docentes e estudantes participaram da relatoria de cada grupo e se engajaram ativamente nos debates e seleção das diretrizes e propostas. Posteriormente, cada GT selecionou uma diretriz e cinco propostas com os maiores percentuais de votação, as quais foram apresentadas e homologadas na plenária final pelos delegados. As diretrizes e propostas aprovadas foram encaminhadas à 17ª Conferência Nacional de Saúde.

A 10<sup>a</sup> Conferência Estadual de Saúde de Rondônia contou com a participação de 514 pessoas, entre delegados, convidados, participantes, comissão organizadora, relatoria e apoiadores. Destes, 427 eram delegados, sendo que mais de 50% eram delegados usuários, garantindo assim a legalidade e legitimidade da 10<sup>a</sup> Conferência Estadual de Saúde de Rondônia.

O caráter pedagógico da 10<sup>a</sup> Conferência Estadual de Saúde permitiu aos estudantes discutirem temas como: equidade (Peterson *et al.*, 2021); interseccionalidade, cujas lentes focaram a tríade gênero/raça/classe somada à idade, que apontam as iniquidades do cuidado em saúde (Barbosa; Oliveira; Oliveira, 2024); interprofissionalidade e trabalho em equipe (Benevides *et al.*, 2023); Atenção Primária à Saúde (APS) e o SUS (Pinheiro *et al.*, 2020), especialmente considerando que a APS é o principal campo de atuação desses profissionais. As discussões e aprendizagens significativas contribuíram para motivá-los na busca por estratégias de defesa das políticas públicas e de justiça social para a população (Martins; Crisostomo Júnior; David, 2021).

### **A educação interprofissional contribuindo para a formação cidadã de estudantes da UNIR na Relatoria da Conferência Estadual de Saúde**

O quarto momento da experiência, denominado “reflexão de fundo”, caracterizou-se pela interpretação crítica do processo vivenciado. A experiência permitiu reflexões importantes sobre o SUS como uma política pública essencial e reforçou a necessidade de contínua mobilização em prol da manutenção e fortalecimento do SUS, bem como do fortalecimento dos espaços de participação popular, como os conselhos de saúde e as conferências (Silva; Novais; Zucchi, 2021). A luta por melhorias na saúde da população requer a participação da juventude nas instituições democráticas.

O cenário coletivo vivenciado pelos participantes desse estudo mostrou-se significativo para o desenvolvimento de habilidades comunicacionais, aquisição de competências atitudinais, o desenvolvimento

de competências interprofissionais, fundamentadas em visões comuns ou compartilhadas, respeito mútuo, cooperação no trabalho em equipe, liderança (Freitas *et al.*, 2022), criatividade, pensamento crítico e analítico, resolução de problemas e tomada de decisão (Poletto; Batista; Batista, 2022; Nascimento, 2024).

Foi destacado pelos estudantes o desafio da colaboração interprofissional em virtude da fragmentação do ensino e do cuidado, pois prevalece na formação e na assistência a valorização de habilidades específicas dos núcleos das profissões em detrimento às habilidades comuns estabelecidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de saúde e nas práticas colaborativas interprofissionais (Moreira *et al.*, 2023).

Os estudantes, ao se debruçarem na sistematização das propostas da Conferência estadual, refletiram sobre um grande quantitativo de propostas que lutavam contra as disparidades de saúde persistentes e generalizadas em populações que são minoritárias com base em raça, etnia, orientação sexual, as quais são constitutivas de questões sociais mais amplas, como insegurança alimentar e habitacional, falta de acesso à APS, lacunas educacionais, instabilidade no emprego e injustiça sistêmica, destacando a necessidade urgente de combater o racismo estrutural (Lewis *et al.*, 2022).

É necessário incluir de forma transversal na formação em saúde temas como a inclusão social, a diversidade, a equidade, a acessibilidade e a justiça social e desenvolver intervenções que desloquem o foco da formação hegemônica em saúde, que perpetua a desigualdade (Sutcliffe, 2023).

A participação na conferência revelou-se uma metodologia de ensino eficaz para despertar nesses estudantes o senso de cidadania, seja por meio da participação no Conselho de Saúde ou de movimentos sociais, reforçando a defesa incondicional do SUS.

O processo de relatoria propiciou a capacidade de sintetizar e redigir os principais pontos discutidos nas palestras, debates e mesas-redondas sobre temas atuais e relevantes do sistema de saúde, como políticas de saúde para grupos vulneráveis, gestão em saúde, promoção da

saúde, justiça social e políticas inclusivas, prevenção de doenças, educação permanente, entre outros.

A 10<sup>a</sup> Conferência Estadual de Saúde foi um espaço de encontros, conforme a concepção de Deleuze e Parnet (1998), “encontram-se pessoas (e às vezes sem as conhecer nem jamais tê-las visto), mas também movimentos, ideias, acontecimentos, entidades” (Deleuze; Parnet, 1998, p. 6). Para esses estudantes, esses encontros geraram diversas linhas de força e pontos de afetação.

A conferência também proporcionou um ambiente para a troca de experiências entre os participantes e demais atores sociais, estimulando o desenvolvimento de competências como comunicação, capacidade de avaliar e analisar propostas e demandas apresentadas, capacidade de argumentação e defesa de ideias e o aprimoramento da capacidade de resolução de problemas coletivamente (Martin, 2021). Apesar de viável, essa prática é ainda pouco comum na formação universitária em saúde, cuja cultura acadêmica privilegia o desenvolvimento de competências específicas de cada profissão, com uma abordagem predominantemente uniprofissional (Freitas *et al.*, 2022).

A participação na Relatoria da Conferência de Saúde possibilitou o desenvolvimento da resiliência, agilidade, proatividade (Sott; Bender, 2025) que serão utilizados na prática profissional diária no futuro dos estudantes. Promoveu, também, a integração entre atenção, gestão, controle social e ensino, consolidando o desenho do quadrilátero da formação no SUS (Pereira *et al.*, 2022).

Assim, é essencial incentivar mais experiências ativas de aprendizagem, como a participação em conferências de saúde. Essas vivências são oportunidades didáticas e pedagógicas para integrar conteúdos teóricos relacionados ao SUS (Assunção, 2021) com a diversidade de realidades sociais. Ao final da experiência, os estudantes, docentes e mestrandas realizaram uma rápida avaliação e consideraram-na educativa e útil para todos os participantes. Foi valorizada a iniciativa de integração do ensino, da extensão, da pesquisa e da gestão.

### **3. Considerações finais**

#### **O ponto de chegada**

O último momento deste relato consiste em tecer as considerações sobre as experiências vividas. A participação dos estudantes na 10ª Conferência Estadual de Saúde foi uma oportunidade valiosa para o desenvolvimento acadêmico e pessoal e deve ser incentivada como uma atividade extensionista pedagógica importante, que proporciona uma aprendizagem significativa sobre cidadania, democracia e participação social, além de agregar valor simbólico à formação dos estudantes.

Essa experiência foi extremamente enriquecedora, formativa e estimulou os estudantes a serem proativos na aquisição de habilidades e competências fundamentais para sua atuação profissional. Entretanto, ainda existem desafios na formação em saúde, que precisa avançar para educação interprofissional, para o adequado conhecimento do SUS e para o atendimento às necessidades de saúde das pessoas com atenção integral, equidade e práticas inovadoras.

Para os docentes e mestrandas, foi uma experiência pedagógica específica que possibilitou levar a educação interprofissional para fora da sala de aula, promovendo a colaboração entre docentes, estudantes, profissionais de saúde e trabalhadores para melhorar os resultados em saúde. Foi observado pelos docentes que os estudantes demonstraram aquisição de habilidades colaborativas interprofissionais, como a valorização dos papéis e responsabilidades dos membros da equipe, o valor de cada membro e a comunicação, que são todas competências da Educação Interprofissional.

#### **Referências**

- ASSUNÇÃO, A. Á. Metodologias ativas de aprendizagem: práticas no ensino da Saúde Coletiva para alunos de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Brasília, DF, v. 45, n. 03, p. 1-8, e145, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/FbQhxNCxNVyQysGxSQLtdzS/>. Acesso em: 19 abr. 2025.

BARBOSA, A. C.; OLIVEIRA, S. S.; OLIVEIRA, R. G. Vulnerabilidades mediando o encontro do Cuidado em Saúde: por uma agência interseccional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, p. 1-10, e04352024, 2024. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2024.v29n7/e04352024/pt/>. Acesso em: 19 abr. 2025.

BENEVIDES, R. et al. Educação Interprofissional nos cursos da área da saúde de uma universidade pública. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 139, p. 905–917, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/b8HZCjT6WNCPkJ9QDDKxvMc/>. Acesso em: 19 abr. 2025.

BRASIL. Presidência da República. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm). Acesso em: 7 jun. 2023.

DELEUZE, G.; PARNET, C. *Diálogos*. São Paulo: Editora Escuta, 1998.

FREITAS, C. C. et al. Domínios de competências essenciais nas práticas colaborativas em equipe interprofissional: revisão integrativa da literatura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 26, p. 1-18, e210573, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/j9HZ4SwRnPtXG6Mdv3q4Gqz/>. Acesso em: 20 abr. 2025.

HOLLIDAY, O. J. *Para sistematizar experiências* 3. Brasília, DF: Ministério do Meio Ambiente, 2006. E-book. Disponível em: <http://www.edpopusps.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/oscar-jara-para-sistematizar-experic3aancias1.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2024

LEWIS, L. M. et al. Dismantling structural racism in nursing research. *Nursing Outlook*, [S.I.], v. 70, n. 6, p. S32–S37, 2022. Disponível em: [https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(22\)00054-9/fulltext](https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(22)00054-9/fulltext). Acesso em: 20 abr. 2025.

FORTUNA, C. M. et al. Interprofessional education in Brazilian nursing undergraduate course syllabi. *J Interprof Cuidados*, Reino Unido, v. 37, n. 4, p. 647–654, 2023. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13561820.2022.2110046>. Acesso em: 02 mar. 2025.

MARTIN, T. *The effects of collaborative leadership practices on employee satisfaction levels*. 2021. 213 f. Tese (Doctor of Education in Organizational Leadership) - Pepperdine University Graduate School of Education and Psychology, Malibu, Califórnia, 2021. Disponível em: <https://digitalcommons.pepperdine.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2208&context=etd>. Acesso em: 04 nov. 2025.

MARTINS, A. L. X.; CRISTÓSTOMO JÚNIOR, V. J. L.; DAVID, H. M. S. L. Social control and nursing performance in defense of life in the COVID-19 pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 74, supl 1, p. 1-6, e20201310, 2021. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672021000800409&tlang=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672021000800409&tlang=en). Acesso em: 8 jun. 2023.

MOREIRA, K. F. A. et al. Nursing preceptorship in primary health care in a frontier capital in the western Amazon. *Contribuciones a las ciencias sociales*, São José dos Pinhais, v. 16, n. 11, p. 27165–27179, 2023. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/3196>. Acesso em: 20 abr. 2025.

NASCIMENTO, G. S. A importância da influência e da persuasão na negociação.

*Cadernos da Fucamp*, Campinas, v. 32, p. 21–35, 2024. Disponível em: <https://share.google/kQvdBDK6e4RBvJOF>. Acesso em: 20 abr. 2025.

NUNDY, S.; COOPER, L. A.; MATE, K. S. The Quintuple Aim for Health Care Improvement: A New Imperative to Advance Health Equity. *JAMA*, United States of América, v. 327, n. 6, p. 521–522, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>. Acesso em: 19 abr. 2025.

PEREIRA, A. L. P. et al. A integração ensino-serviço-gestão-comunidade na percepção de preceptores de graduandos na Atenção Primária à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 03, p. 1-21, e320305, 2022. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/physis/2022.v32n3/e320305/>. Acesso em: 19 abr. 2023.

PETERSON, A. et al. The Health Equity Framework: A Science- and Justice-Based Model for Public Health Researchers and Practitioners. *Health Promotion Practice*, United States of America, v. 22, n. 6, p. 741–746, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8564233/>. Acesso em: 20 abr. 2025.

PINHEIRO, F. T. S. et al. Participação universitária em defesa do Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, p. 504–515, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042020000200504&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042020000200504&tlang=pt). Acesso em: 5 jun. 2023.

POLETTI, P. R.; BATISTA, S. H. S. S.; BATISTA, N. A. A Educação Interprofissional na graduação de Cursos da Saúde: a experiência do Campus Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo. In: BATISTA, N. A.; UCHÔA-FIGUEIREDO, L. R. (org.). *Educação Interprofissional no Brasil: formação e pesquisa*. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. p. 89–108. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/educacao-interprofissional-no-brasil-formacao-e-pesquisa/>. Acesso em: 19 abr. 2023.

SILVA, R. C. C.; NOVAIS, M. A. P.; ZUCCHI, P. Social participation in the unified health system of Brazil: an exploratory study on the adequacy of health councils to resolution 453/2012. *BMC Health Services Research*, Reino Unido, v. 21, n. 1, p. 1-7 , 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07161-1>. Acesso em: 12 jun. 2023.

SOTT, M. K.; BENDER, M. S. The Role of Adaptive Leadership in Times of Crisis: A Systematic Review and Conceptual Framework. *Merits*, Switzerland, v. 5, n. 2, p. 1–25, 2025. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2673-8104/5/1/2>. Acesso em: 20 abr. 2025.

SUTCLIFFE, A. 'Anti-racism codes signal intent, but action is needed to make a real difference' In: *Nursing Times*. Londres, 2023. Disponível em: <https://www.nursingtimes.net/opinion/anti-racism-codes-signal-intent-but-action-is-needed-to-make-a-real-difference-04-04-2023/>. Acesso em: 20 abr. 2025.

WHO, World Health Organization. *Eliminando a lacuna de liderança: equidade de gênero e liderança na força de trabalho global de saúde e assistência*. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025905>. Acesso em: 19 abr. 2025.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Reflexões sobre a formação em Enfermagem no Brasil a partir da regulamentação do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 37–46, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000100037&tlang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000100037&tlang=pt). Acesso em: 5 jun. 2023.



# CAPÍTULO 16

## PRECEPTORIA COMO DISPOSITIVO PEDAGÓGICO PARA A FORMAÇÃO E TRABALHO INTERPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Eunice Barreto Coelho  
Jádisson Gois da Silva  
Ivy Beatriz Alves Santos  
Davi Leonel Araujo Nascimento  
Marcus Valerius da Silva Peixoto  
Patrícia Silva Tofani

### 1. Introdução

A saúde como direito e expressão de cidadania foi instituída pela Constituição Federal de 1988, consolidando no modelo de seguridade social política universal (Paim, 2013). Fruto de lutas sociais e sanitárias, o Sistema Único de Saúde (SUS) representou não apenas uma reordenação institucional, mas a afirmação de um projeto ético-político comprometido com a democratização do cuidado e a superação das iniquidades em saúde (Paim, 2013).

Nessa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o eixo estruturante das redes de cuidado no SUS, atuando como coordenadora do cuidado, organizadora dos fluxos assistenciais e porta de entrada do sistema. Representa um campo estratégico de vínculo, responsabilização e escuta qualificada, pautado na universalidade, equidade, integralidade e participação social (Mendes *et al.*, 2019). A Estratégia Saúde da Família (ESF) operacionaliza a APS por meio de equipes multiprofissionais em territórios

definidos, promovendo ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e enfrentamento dos determinantes sociais (Rêgo, 2025).

A ESF vai além de um modelo técnico-operacional: é um espaço de encontros intersubjetivos em que saberes, experiências e sujeitos constroem coletivamente o cuidado. Suas ações se concretizam com equipes multiprofissionais em territórios definidos, fortalecendo os princípios da APS – como universalidade, acessibilidade, coordenação, vínculo, integralidade, equidade e participação social. Essa política ultrapassa a lógica biomédica, exigindo atuação ética, compromisso político e diálogo com os modos de vida dos sujeitos e coletivos atendidos (Macinko; Mendonça, 2018).

De acordo com a Constituição Federal brasileira, cabe ao SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde no Brasil. Nesse contexto, destaca-se a articulação entre os Ministérios da Educação e da Saúde no fortalecimento de políticas de reorientação da formação comprometidas com os princípios do SUS. Exemplo significativo desse esforço são os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS), instituídos pela Lei nº 11.129/2005, concebidos como modalidade de pós-graduação *lato sensu*, voltada ao aperfeiçoamento técnico-profissional e à ressignificação das práticas em serviço de saúde. Com carga horária intensiva – 60 horas semanais, sendo 80% em cenários de prática e 20% em atividades teóricas – os PRMS tensionam modelos tradicionais de formação, ao inserirem os residentes no cotidiano dos serviços e na complexidade dos territórios, promovendo experiências formativas que articulam ensino, serviço e comunidade (Lima; Soeiro; Folha, 2024).

Silva e Dalbello-Araujo (2020) destacam que, entre as ações dos PRMSSs, o compartilhamento interprofissional de saberes, a implementação de propostas inovadoras nos serviços, a promoção de atividades pedagógicas e a elaboração de novas tecnologias educacionais em saúde desbravam como práticas exitosas. A lógica dos PRMS, ao privilegiar o trabalho em equipe e a problematização do cotidiano, possibilita a construção de novos modos

de conhecer, fazer e cuidar, em consonância com os princípios da educação permanente e da interprofissionalidade.

Além disso, e tendo em vista o local estratégico ocupado pela APS, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSFs) ofertam uma importante contribuição para a gestão e a assistência *in loco*, ampliando, de certa maneira, o escopo de ações e práticas em saúde, bem como dos cenários de atuação profissional (Monteiro *et al.*, 2019).

Apesar dos avanços nas políticas públicas de educação e saúde, a formação profissional em saúde no Brasil ainda se estrutura majoritariamente em moldes uniprofissionais, que reforçam práticas fragmentadas e centradas no modelo biomédico. Em contraposição, a educação interprofissional propõe o aprendizado mútuo entre diferentes áreas do saber, com vistas à qualificação do cuidado e ao fortalecimento da colaboração no trabalho em saúde (Peduzzi *et al.*, 2013).

Nesse contexto, os PRMSFs assumem papel estratégico na formação de profissionais comprometidos com os princípios do SUS, por meio de processos pedagógicos integrados ao cotidiano do serviço. A preceptoria, inserida nesse arranjo, emerge como prática educativa relevante ao articular ensino, serviço e cuidado, e ao possibilitar experiências formativas situadas nos desafios concretos da APS (Rodrigues; Witt, 2022).

À luz dessas reflexões, o presente artigo tem como objetivo relatar e analisar criticamente sobre uma experiência de preceptoria desenvolvida no âmbito de um PRMSF, compreendendo-a como um potente dispositivo pedagógico na indução de práticas interprofissionais na APS. Ao considerar a preceptoria para além de sua dimensão técnico-instrucional, busca-se evidenciar sua força formativa enquanto espaço de mediação entre saberes, sujeitos e práticas, capaz de tensionar e ressignificar modos de ensinar, aprender e cuidar no cotidiano do SUS.

## 2 .Desenvolvimento

### 2.1. Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, de natureza descritiva e reflexiva, do tipo relato de experiência (Minayo, 2012; Mussi; Flores; Almeida, 2021), construído a partir das vivências de uma preceptor(a) no âmbito do PRMSF, no contexto da APS. A experiência foi desenvolvida entre março de 2024 e março de 2025, tendo como campo de práticas uma Unidade de Saúde da Família situada no município de Aracaju, Sergipe.

Participaram da experiência residentes de distintas áreas da saúde vinculados a uma instituição de ensino superior, com carga horária semanal de 60 horas (48 horas práticas e 12 horas teóricas), uma enfermeira-preceptor(a) com formação em Saúde Coletiva, profissionais da equipe multiprofissional, usuários e suas famílias. A equipe de Saúde da Família, uma das cinco equipes que compõem a referida unidade, foi selecionada por constituir o principal espaço de atuação da preceptor(a) e por se configurar como território fecundo para o desenvolvimento de práticas interprofissionais. O Quadro 1 apresenta a composição da equipe e dos residentes envolvidos no período analisado.

**Quadro 1.** Composição da equipe na ESF 74

Profissional (n)	Tipo de Vínculo	Carga Horária
Enfermeira (1)	Efetivo	40 horas
Médica Generalista (1)		
Agentes Comunitários de Saúde (5)		
Odontólogo (1)		
Auxiliar de Saúde Bucal (1)		
Técnicos de Enfermagem (2)	Processo Seletivo Simplificado	40 horas
Enfermeiro Residente (1)	Residência Multiprofissional	60 horas
Fonoaudióloga Residente (1)		
Profissional de Educação Física Residente (1)		
Farmacêutica Residente (1)		

Fonte: Autores (2025).

A escolha pelo relato de experiência não se limita à descrição de eventos, mas propõe uma análise crítica sobre os sentidos formativos da preceptoria no cotidiano do SUS. Parte-se da concepção de que os campos de prática são territórios produtores de saberes, marcados por disputas simbólicas, e que a preceptoria, enquanto dispositivo pedagógico, articula formação, cuidado e gestão, mediando encontros entre sujeitos, saberes e projetos ético-políticos de mundo.

As atividades desenvolvidas pelos residentes abrangeram tanto ações específicas de seus respectivos núcleos profissionais quanto práticas compartilhadas, exigindo constante articulação interprofissional para a construção conjunta do cuidado. As estratégias planejadas para promover a interprofissionalidade incluíram acolhimento, planejamento conjunto de consultas do pré-natal, visitas domiciliares, realização de grupos educativos, discussão de textos, discussão de casos e reuniões clínicas estruturadas. Essa complementariedade entre os diferentes campos do saber fomentou a corresponsabilização pelos usuários, fortalecendo o exercício da integralidade e da longitudinalidade no contexto da APS.

A construção dos dados se deu por meio de observação participante, registros em diário de campo e documentação fotográfica. As imagens funcionaram como dispositivos de memória e análise, ampliando a compreensão dos contextos vivenciados ao revelar aspectos não capturados pelo discurso escrito (Minayo, 2012).

Por se tratar de uma reflexão situada em experiências próprias e não envolver coleta de dados identificáveis de terceiros, o estudo não foi submetido à apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa, conforme orientações do Conselho Nacional de Saúde. Ainda assim, todos os princípios éticos foram respeitados, garantindo a confidencialidade e a integridade dos sujeitos envolvidos.

## 2.2 Resultados e discussão

A experiência como preceptora no PRMSF tem evidenciado fragilidades persistentes na formação acadêmica de profissionais da saúde,

notadamente no que se refere à apropriação crítica dos princípios, diretrizes e potencialidades do SUS e da APS. A chegada dos residentes ao programa é frequentemente marcada por uma compreensão limitada desses fundamentos, refletindo processos formativos ainda fortemente ancorados na racionalidade biomédica, no modelo hospitalocêntrico e na lógica do setor privado, com escassa valorização da saúde coletiva, da interprofissionalidade e dos determinantes sociais da saúde.

Nesse cenário, a preceptoria assume um papel pedagógico estratégico e potencialmente transformador. Mais do que supervisionar tecnicamente as práticas em serviço, a preceptora atua como mediadora da aprendizagem significativa, promovendo processos reflexivos que tensionam saberes instituídos e favorecem a construção de novas compreensões sobre o cuidado em saúde. Ao criar espaços dialógicos e fomentar a problematização crítica da realidade, a preceptoria possibilita a ressignificação de trajetórias formativas e o fortalecimento de compromissos ético-políticos com os princípios do SUS. Essa atuação contribui para o desenvolvimento de competências voltadas à integralidade do cuidado, à clínica ampliada e ao trabalho colaborativo em equipes interprofissionais, consolidando a preceptoria como um dispositivo essencial à formação de profissionais comprometidos com a transformação das práticas em saúde no território.

Conforme destacam Lima e Peixoto (2025, p. 11), “a preceptoria é um espaço privilegiado para promover o trabalho interprofissional, fundamental para uma assistência em saúde mais integrada e resolutiva”. Nessa perspectiva, a preceptoria exercida no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde da Família tem mobilizado estratégias pedagógicas voltadas à consolidação de práticas colaborativas, promovendo uma formação em serviço pautada na construção coletiva do cuidado e na valorização dos distintos saberes profissionais.

A escuta qualificada e o acolhimento inicial dos residentes, realizados por meio de rodas de conversa e dinâmicas de integração, configuram-se como momentos formativos fundamentais. Esses espaços têm como objetivo mapear

o repertório prévio sobre o SUS, a APS e os referenciais da saúde coletiva, possibilitando a construção de diagnósticos pedagógicos que orientam intervenções educativas contextualizadas. A partir desse mapeamento, são desenvolvidas atividades que estimulam a transversalidade entre os saberes, fomentando o diálogo interprofissional e a vivência concreta dos princípios da integralidade e da clínica ampliada.

Entre as ações interprofissionais realizadas sob mediação da preceptoria, destacam-se os atendimentos compartilhados a usuários com condições crônicas, como diabetes e hipertensão. Nessas práticas, os distintos núcleos profissionais atuam de maneira articulada: o farmacêutico oferece orientações sobre o uso racional de medicamentos; o profissional de educação física propõe estratégias de autocuidado por meio de práticas corporais; o enfermeiro realiza acolhimento e avaliação clínica; e o fonoaudiólogo contribui com intervenções voltadas à comunicação e cognição, quando pertinentes. Essas interações qualificam o cuidado ao promoverem abordagens múltiplas e centradas nas necessidades dos sujeitos.

A interprofissionalidade também se materializa em ações clínicas específicas, como os atendimentos voltados à prevenção de complicações do pé diabético. Nessa atividade, cada profissional assume responsabilidades previamente pactuadas, desenvolvendo práticas integradas que respeitam a especificidade dos núcleos disciplinares e, ao mesmo tempo, favorecem a construção de um cuidado interdependente e integral. Como ressaltam Souza *et al.* (2023), o cuidado em saúde é uma prática relacional que exige o reconhecimento das singularidades de usuários e trabalhadores, constituindo-se no encontro entre sujeitos e na aposta em projetos terapêuticos compartilhados.

Para além dos espaços da unidade de saúde, essa atuação interprofissional estende-se ao território, expressando-se em atividades como o “Pit Stop da Saúde” realizado em feiras livres. Nessa iniciativa, residentes, profissionais e estudantes de graduação organizam coletivamente ações de promoção da saúde, incluindo aferição de pressão arterial, testagem rápida

para infecções sexualmente transmissíveis e oferta de práticas integrativas e complementares em saúde (PICS). Essas vivências favorecem a aprendizagem colaborativa em cenários reais de cuidado e ampliam a compreensão sobre os determinantes sociais que atravessam os modos de viver e adoecer da população.

As visitas domiciliares têm se configurado como espaços privilegiados de aprendizagem interprofissional e integração ensino-serviço-comunidade no âmbito da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Nessas ações, observa-se a participação ativa de residentes e profissionais de distintas áreas do saber, como serviço social, odontologia, medicina e agentes comunitários de saúde, compondo equipes ampliadas que atuam de forma colaborativa no território. A diversidade de formações presentes nessas práticas permite uma abordagem mais complexa e sensível das realidades familiares, favorecendo a construção de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) que consideram as dimensões sociais, culturais e clínicas que atravessam os modos de viver e adoecer da população.

Essa articulação interprofissional, mediada pela preceptoria, possibilita a problematização dos determinantes sociais da saúde no contexto domiciliar e o planejamento compartilhado de intervenções alinhadas às necessidades identificadas. Conforme apontam Lima e Peixoto (2025), essa composição heterogênea de saberes contribui para uma análise mais abrangente das situações de saúde, promovendo práticas de cuidado mais sensíveis, integradas e resolutivas, em consonância com os princípios do SUS e da APS.

Outro eixo formativo relevante na residência tem sido o desenvolvimento e a valorização das PICS incorporadas como ferramentas pedagógicas, clínicas e socioculturais. Entre as ações implementadas, destacam-se atividades como auriculoterapia, yoga e aromaterapia, que têm sido inseridas nos espaços da unidade e do território de forma articulada ao cuidado integral. Um exemplo emblemático dessa abordagem é a implantação de um horto medicinal na Unidade de Saúde da Família (USF), construído de forma coletiva entre residentes, trabalhadores e usuários. Essa iniciativa representa não apenas a valorização dos saberes populares e tradicionais, mas também a produção de

um espaço terapêutico e educativo que potencializa o vínculo, o autocuidado e a participação social no cotidiano das práticas em saúde.

Conforme ilustrado na **Figura 1**, as práticas como Reiki foram desenvolvidas no âmbito da USF, contribuindo para a integralidade do cuidado:

**Figura 1.** Aplicação de Reiki por residente da Residência Multiprofissional em colaboradora da USF



Fonte: Acervo dos autores; elaborado com recurso do Canvas (2025).

No campo da saúde da mulher, particularmente no acompanhamento pré-natal, a atuação interprofissional promove um cuidado ampliado e humanizado, em que a fonoaudióloga orienta sobre aleitamento materno, o profissional de educação física propõe práticas corporais seguras conforme o Guia Brasileiro de Atividade Física para a População (Ministério da Saúde, 2021), o enfermeiro conduz consultas e monitora a saúde materno-

fetal, e o farmacêutico esclarece o uso seguro de medicamentos. Essa prática é potencializada pelo diálogo constante e pelo reconhecimento das singularidades da gestante, assim como pelo conhecimento mútuo das intervenções realizadas por cada profissional, o que favorece o planejamento integrado, fortalece a coesão da equipe e qualifica-se a resposta às necessidades de saúde. Dessa forma, a atuação interprofissional transcende a justaposição de ações para consolidar-se como prática colaborativa, centrada na integralidade do cuidado e na autonomia da mulher.

Nesse prisma, torna-se evidente que “a preceptoria é considerada como uma atividade de ensino necessária, que favorece o processo de construção de conhecimento mais significativo para a formação humana e profissional” (Lima *et al.*, 2025, p. 4). Para além da atenção voltada ao ciclo gravídico, destaca-se a atuação interprofissional nas ações relacionadas à inserção do dispositivo intrauterino (DIU), na qual os residentes assumem papéis articulados que abrangem desde o agendamento até a escuta qualificada das usuárias, promovendo um cuidado educativo, humanizado e fundamentado em evidências. Práticas complementares, como aromaterapia e musicoterapia, são incorporadas respeitando os limites profissionais e valorizando saberes diversos, reforçando a aprendizagem interdisciplinar.

A atuação interprofissional também se desdobra no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), no qual são desenvolvidas estratégias conjuntas de abordagem a temas como alimentação saudável, prevenção de agravos, educação sexual, saúde bucal e triagens oftalmológicas. Essas ações são planejadas de forma colaborativa, assegurando a integração efetiva da equipe multiprofissional.

Nas consultas de puericultura, a integração entre fonoaudiologia, educação física e enfermagem evidencia a escuta compartilhada e a troca de saberes, orientando o acompanhamento do desenvolvimento infantil de forma integral.

A implementação dos atendimentos em consultório com a atuação integrada de profissionais de diferentes áreas tem favorecido a construção

de vínculos sólidos entre equipe e usuários, além de promover a articulação dos saberes técnicos e relacionais. Antes do início das consultas, a população é informada sobre a natureza interprofissional da proposta de cuidado, compreendendo a presença simultânea de diversos profissionais como parte do processo assistencial. Essa comunicação transparente tem possibilitado a aceitação progressiva da abordagem pela população, que passa a reconhecer os residentes como integrantes efetivos da equipe de saúde. Dessa forma, a prática interprofissional consolidou-se como uma marca distintiva da qualidade do cuidado ofertado.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde assumem papel estratégico na qualificação profissional voltada às necessidades socioepidemiológicas dos territórios e à consolidação do SUS. Ao promoverem a integração entre diferentes núcleos de saber e práticas, contribuem para a superação de modelos fragmentados, fortalecendo o trabalho interprofissional como eixo estruturante do cuidado na APS (Varela; Oliveira, 2018).

Nesse processo, a preceptoria configura-se como um dispositivo pedagógico essencial, mediando a articulação entre o conhecimento acadêmico e os desafios concretos do cotidiano dos serviços. Além das atividades assistenciais, destacam-se estratégias formativas como rodas de leitura e discussão crítica de textos, organizadas pela preceptora, que instigam reflexões sobre cuidado integral, equidade, direitos dos usuários e organização dos processos de trabalho. Tais espaços têm se mostrado potentes na qualificação das práticas e no fortalecimento de uma postura ética, reflexiva e comprometida com os princípios do SUS.

A **Figura 2** ilustra como as atividades pedagógicas em grupo estimulam reflexão crítica e planejamento conjunto entre preceptora e residentes.

**Figura 2.** Reunião de planejamento pedagógico com preceptora e residentes para construção de fluxograma



Fonte: Acervo dos autores; elaborado com recurso do Canvas (2025).

A preceptoria na APS transcende a supervisão clínica, configurando-se como uma prática educativa essencial que integra ensino e serviço. Como apontam Bispo, Tavares e Tomaz (2014), ao preceptor cabe o papel de mediar a articulação entre teoria e prática, incentivando a reflexão crítica e a autonomia dos residentes. Entretanto, conforme observa Ruiz (2024), essa prática enfrenta o desafio de equilibrar ensino e assistência em contextos marcados por sobrecarga de trabalho e limitações estruturais. Lima *et al.* (2025) reforçam a relevância da preceptoria na formação profissional, mas evidenciam fragilidades como a ausência de tempo protegido para atividades pedagógicas e a necessidade de capacitação permanente dos preceptores.

Apesar desses entraves, observa-se o comprometimento dos profissionais com a qualificação da formação em saúde, manifestado pela adesão a programas de mestrado profissionalizantes, cursos de especialização e iniciativas de formação em preceptoria. Tais estratégias, embora implementadas de forma gradual, têm contribuído para a melhoria dos processos de trabalho e para o fortalecimento das relações intersubjetivas e interprofissionais no cotidiano da APS.

Por fim, a preceptora estimula nos residentes a dimensão pedagógica ao incentivá-los a atuar como educadores junto a graduandos de medicina vinculados ao Programa de Integração do Ensino em Saúde da Família (PIESF) e estagiários de enfermagem. Essa prática desenvolve competências pedagógicas e reforça a responsabilidade ética na formação de novos profissionais, consolidando o compromisso com a educação em serviço.

### **3. Considerações finais**

A experiência da preceptoria em um PRMSF reafirma seu papel como prática pedagógica estratégica, capaz de articular ensino, serviço e comunidade. Ao integrar ações educativas, clínicas e territoriais, a preceptoria contribui para superar o modelo biomédico fragmentado, promovendo práticas pautadas na integralidade e no trabalho interprofissional.

A construção de espaços formativos que valorizam a escuta, o diálogo entre saberes e os aspectos subjetivos do cuidado (Souza *et al.*, 2023) é fundamental para a transformação das práticas profissionais. Nesse sentido, a residência multiprofissional se destaca como dispositivo eficaz de formação continuada, alinhado às demandas socioepidemiológicas e à interdisciplinaridade (Varela; Oliveira, 2018).

A preceptoria se consolida, assim, como uma atividade de ensino relevante, que estimula processos de aprendizagem crítica e colaborativa entre os sujeitos envolvidos (Lima *et al.*, 2025). Ainda assim, persistem desafios, especialmente relacionados à falta de tempo protegido para o planejamento pedagógico e à sobrecarga assistencial dos serviços (Ruiz, 2024).

Conforme apontam Bispo, Tavares e Tomaz (2014), a preceptoria demanda planejamento criativo e mediação contínua entre teoria e prática. Portanto, fortalecer a formação de profissionais comprometidos com os princípios do SUS requer a valorização institucional da preceptoria, investimento em capacitação contínua e o reconhecimento da dimensão pedagógica como componente inseparável do cuidado em saúde.

## Referências

- BISPO, E. P. F.; TAVARES, C. H. F.; TOMAZ, J. M. T. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 18, n. 49, p. 337-350, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de atividade física para a população brasileira*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/guia-de-atividade-fisica-para-populacao-brasileira/view>
- LIMA, A. C. et al. Capacitação pedagógica: análise das percepções e vivências de preceptores de uma Residência Multiprofissional em Saúde. *Caderno Pedagógico*, Curitiba, v. 22, n. 4, p. 1-20, 2025.
- LIMA, J. P. M.; SOEIRO, A. C. V.; FOLHA, D. R. S. C. Integralidade como diretriz formativa na atenção primária sob a perspectiva dos residentes em Saúde da Família. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1-19, e02679252, 2024.
- MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 18-37, 2018.
- MENDES, E. V. *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Conass, 2019.
- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.I.], v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.
- MUSSI, R. F. F.; FLORES, F. F.; ALMEIDA, C. B. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. *Práxis Educacional*, Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021.
- PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1927-1953, 2013.
- PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco no usuário. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, [S.I.], v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.
- RÊGO, L. M. A. O papel da Estratégia Saúde da Família na promoção da saúde preventiva e redução de agravos. *Revista Cedigma*, [S.I.], v. 3, n. 5, p. 78-83, 2025.

RODRIGUES, C. D. S.; WITT, R. R. Mobilização e estruturação de competências para a preceptoria na residência multiprofissional em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 1-20, e00295186, 2022.

RUIZ, P. F. C. Preceptoria em residência médica: uma avaliação sob a perspectiva dos preceptores. *Revista Brasileira de Educação Médica*, [S.I.], v. 48, n. 4, p. 1-9, e116, 2024.

SILVA, C. A.; DALBELLO-ARAUJO, M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: o que mostram as publicações. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1240-1258, 2020.

SOUZA, M. *et al.* Cuidado, intersubjetividade e acesso aos serviços de saúde: os encontros e percursos nas redes para o diagnóstico. *Research, Society and Development*, [S.I.], v. 12, n. 1, p. 1-8, e3412139473, 2023.

VARELA, S. H.; OLIVEIRA, B. N. Alongamento? Dinâmica? Chama o professor de Educação Física! *LICERE*, [S.I.], v. 21, n. 1, p. 313-340, 2018.



# CAPÍTULO 17

## ALÉM DO DISCURSO: O FARMACÊUTICO E A CONSTRUÇÃO DA INTERPROFISSIONALIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Juçara Barga do Nascimento  
Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

### 1. Considerações Iniciais

A inserção gradual de farmacêuticos na Estratégia de Saúde da Família tem demonstrado funcionalidade junto à equipe mínima. No entanto, ainda há limitações em sua integração plena, sendo muitas vezes percebidos como profissionais de atuação pontual (Barberato *et al.*, 2021). A assistência farmacêutica fortalece o vínculo entre o cidadão e o direito à saúde, especialmente por meio do uso racional de medicamentos, conforme preconizado pela Política Nacional de Medicamentos (Brasil, 1998). Melo e Castro (2017) relatam experiência positiva em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de São Paulo, com impactos relevantes na organização do serviço, racionalização da prescrição e implementação de serviços clínicos, ressaltando a contribuição do farmacêutico para o acesso e para o uso adequado de medicamentos.

A inserção do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde (APS) nem sempre implica mudanças na lógica organizacional das equipes, que frequentemente mantêm estruturas verticalizadas e com baixa integração entre saberes e práticas (Caetano; Silva; Luiza, 2020). O reconhecimento do papel desse profissional no cuidado depende de fatores contextuais, políticos e

simbólicos, muitas vezes ausentes no cotidiano dos serviços. Barros *et al.* (2020) apontam avanços na atuação clínica do farmacêutico, como na orientação, seguimento farmacoterapêutico e educação em saúde; contudo, a atuação ainda é majoritariamente individualizada, sem articulação interprofissional efetiva.

A interprofissionalidade é apontada como eixo estruturante, sobretudo perfazendo o princípio da integralidade, para o fortalecimento da APS no SUS (Kanno *et al.*, 2023). No entanto, sua concretização depende de atitudes além das normativas e diretrizes institucionais, incluem diálogo, construção coletiva e superação de práticas historicamente segmentadas por profissão (Ribeiro *et al.*, 2022).

A compreensão contemporânea da interprofissionalidade ultrapassa a ideia de mera cooperação entre profissionais de diferentes áreas. D'Amour e Oandasan (2005) abordaram o conceito de interprofissionalidade como resposta à fragmentação do cuidado em saúde, propondo tratar-se de uma prática que seja coesa, reflexiva e centrada no paciente. Ao contrário da interdisciplinaridade, que é voltada à superação da fragmentação do saber, a interprofissionalidade diz respeito à forma como os profissionais de diferentes áreas constroem, conjuntamente, respostas integradas às necessidades complexas dos usuários. Essa construção exige interações contínuas, reconhecimento dos papéis profissionais, negociação de saberes e, sobretudo, a presença de valores e condutas colaborativas compartilhadas.

Trata-se de uma dinâmica que, quando vivenciada de forma autêntica, exige não apenas compartilhamento de espaços e fluxos, mas sobretudo construção de planos terapêuticos integrados, reconhecimento mútuo dos perfis de competência profissionais para esse enfoque e corresponsabilidade na tomada de decisões. Assim, ao se considerar a constituição de equipes interprofissionais como estratégia para qualificar o cuidado e mitigar desigualdades em saúde, destaca-se a formação em serviço e o desenvolvimento de competências colaborativas como aspectos centrais (PAHO, 2025).

Este capítulo propõe refletir sobre essa realidade a partir da atuação do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família (ESF), com base em estudo desenvolvido com profissionais do município de Guarujá, São Paulo.

## **2. Desenvolvimento**

### **2.1. Método**

O presente estudo deriva de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde, mestrado profissional, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). A investigação teve como objetivo compreender como os farmacêuticos inseridos nas Unidades de Saúde da Família (USAFAS) do município de Guarujá (SP) percebem e vivenciam a interprofissionalidade no cotidiano de trabalho.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas. A primeira consistiu na aplicação de um questionário eletrônico, elaborado por meio da ferramenta Google Forms, enviado à equipe de saúde inseridos nos espaços convencionados pela Estratégia de Saúde da Família, em que 19 farmacêuticos participaram. As perguntas abordavam o entendimento dos profissionais sobre o trabalho em equipe, sua relação com os demais membros da equipe mínima e o significado da interprofissionalidade em suas práticas.

A segunda etapa foi constituída por um grupo focal com 17 farmacêuticos da rede pública municipal, conduzido a partir de uma técnica disparadora de perguntas reflexivas e discussões entre esses profissionais diante das indagações. O grupo foi mediado por profissionais farmacêuticos atuantes na gestão, e os dados foram gravados, transcritos e analisados por meio da técnica qualitativa de análise de conteúdo.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP e seguiu todos os princípios éticos, incluindo o sigilo e o consentimento livre e esclarecido dos participantes.

### **2.2. Resultados**

Os resultados evidenciaram que a maioria dos farmacêuticos comprehendem e valorizam o trabalho em equipe e a interprofissionalidade.

Muitos mencionaram espontaneamente que sua atuação envolia diálogo com outros profissionais, participação em reuniões e ações coletivas, demonstrando adesão aparente aos princípios da prática colaborativa.

Ao serem indagados a comentarem sobre o que compreendiam sobre o trabalho em equipe, evidenciam-se aqui as falas que mais se alinham a tal definição. Um dos participantes definiu a prática como “a soma de conhecimentos e habilidades com foco num objetivo comum” (F3). Outro enfatizou que se trata de “um trabalho no qual todos tenham participação, não importa a quantidade do trabalho e sim a participação; acredito que não está ligado em dividir tarefas, mas em executá-las; se cada um der o seu melhor, o trabalho da equipe será bem executado, sem falhas” (F4). Também foi apontado que o trabalho conjunto requer “determinação e respeito para que juntos possamos atingir nossos objetivos e fornecer um serviço de qualidade” (F6). Ainda, outro relato destacou a importância do diálogo entre a equipe ao afirmar que “é poder discutir informações, metas e resultados, resolvendo os problemas dos pacientes em comum acordo, respeitando sempre a opinião do colega a fim de conseguir o melhor para o paciente e para a equipe” (F7).

Quando questionados sobre o que compreendiam por prática interprofissional colaborativa (PIC), determinados participantes trouxeram à tona elementos centrais da literatura, como o compartilhamento de saberes e a corresponsabilidade no cuidado. Um dos participantes definiu a PIC como “uma atividade exercida por vários profissionais da saúde na qual colaboram com seu conhecimento profissional para resolver um problema de saúde” (F2). Outro acrescentou que “é uma prática entre profissionais de áreas diferentes colaborando um com os outros para o mesmo fim” (F3). Também foi mencionado que a PIC envolve “profissionais com formações distintas que se associam e compartilham *expertise*, conhecimento e habilidade com o propósito de prover um cuidado que tenha impacto na saúde dos indivíduos” (F5). Por fim, um dos participantes sintetizou a compreensão afirmando que “cada profissional colabora com seu

conhecimento dentro da sua formação, para melhorar a qualidade e a eficácia do atendimento ao paciente” (F10).

Embora muitos participantes manifestassem a intenção de colaboração, foi possível observar certo grau de imprecisão conceitual na compreensão da prática interprofissional colaborativa. Nos relatos, os profissionais descreveram que “é uma atividade exercida por vários profissionais da saúde na qual colaboram com seu conhecimento profissional para resolver um problema de saúde” (F2) ou que “a prática interprofissional só é possível se houver trabalho em equipe” (F3), denotando uma confusão conceitual persistente entre os conceitos de multiprofissionalidade e interprofissionalidade. Outros participantes indicaram que “o trabalho em equipe faz com que cada profissional dedique sua experiência no grupo, havendo a troca de importantes informações” (F4), o que sugere uma perspectiva ainda limitada à coexistência de saberes, sem incorporar plenamente os processos de negociação, planejamento conjunto e corresponsabilidade decisória que caracterizam a prática interprofissional colaborativa.

Durante o grupo focal, foi possível observar que, embora houvesse iniciativas pontuais de integração, como visitas domiciliares conjuntas, discussões sobre adesão ao tratamento e apoio ao cuidado em grupo, grande parte da atuação ocorria de maneira paralela ou em modelo multiprofissional.

Apesar de menos frequentes, emergiram falas que evidenciam momentos de integração e negociação interprofissional no cotidiano das unidades. Uma participante relatou que, na sua unidade, há boa inclusão em projetos e ações terapêuticas conjuntas, com médicos acessíveis e demandando apoio farmacêutico, destacando que “os médicos [...] perguntam de medicamento mesmo sem vergonha; o serviço farmacêutico é bem visível e bem agregado à terapêutica” (F1). Outro relato enfatizou a construção conjunta do cuidado em situações de maior complexidade: “chamei um médico e uma enfermeira para sentar, ver o que fazer com a paciente; a gente conseguiu planejar o cuidado juntos” (F2). Houve também o reconhecimento da atuação conjunta com diferentes categorias: “trabalhamos muito bem com a equipe

multiprofissional, os médicos, os dentistas, todos nos procuram com dúvidas sobre medicamentos, de como apoiar e ajudar no tratamento” (F3). Ainda, uma profissional expressou sua autonomia ampliada no cuidado interprofissional ao relatar: “me sinto à vontade para tomar decisões pertinentes à farmácia ou não, para dar opiniões nos outros setores acima de tudo” (F4).

De modo majoritário, os relatos revelaram práticas ainda centradas em arranjos individualizados, com baixa articulação estruturada entre as profissões. Destacaram-se falas em que o farmacêutico assume isoladamente responsabilidades ampliadas, muitas vezes substituindo lacunas do cuidado: “na tuberculose, eu cuido de tudo: peço exame, vejo os resultados, só eu que faço; dei conta de tudo e abracei a causa” (F1). Em outro depoimento, a prática se configura como responsabilidade quase exclusiva: “sou a responsável por lá, eu solicito os exames, eu marco as consultas e organizo a agenda dos pacientes” (F5). A presença cotidiana e constante junto aos pacientes leva ao acúmulo de tarefas: “estamos com o paciente todos os dias; às vezes, situações complexas vão surgindo e a gente vai resolvendo” (F6). Por fim, alguns participantes expressaram uma sensação de pertencimento ainda frágil nas dinâmicas de equipe: “apesar de trabalhar com todos, não fico só naquele espaço da farmácia; o sentimento de pertencimento à equipe nem sempre acontece” (F7).

Emergiram também falas sobre a invisibilidade do farmacêutico diante das decisões clínicas, a centralidade do discurso médico, e a ausência de reconhecimento da farmácia como espaço de cuidado. Muitos relataram que, apesar de iniciativas próprias, sentiam falta de um espaço institucional para discussão estruturada sobre práticas colaborativas.

As discussões no grupo focal evidenciaram que a prática interprofissional colaborativa ainda é incipiente na maioria das unidades. Surgiram relatos de invisibilidade do farmacêutico nas decisões clínicas e da centralidade do discurso médico no processo de cuidado. Conforme apontado por F12, “infelizmente na nossa cultura, o médico é supervalorizado [...] o que o médico fala, o paciente fala amém. A gente ainda infelizmente não é tão escutado quanto os médicos”.

Em diversos momentos, os participantes relataram a necessidade de se posicionarem ativamente para obter inserção nas atividades assistenciais, como exemplificado por F12: “a gente tem que se mostrar, tem que dar a cara à tapa, senão a gente vai ficar escondido”. Essa necessidade de afirmação individual foi reforçada por F9: “quando eu entrei lá tentaram implantar para que segurasse a tuberculose por inteiro [...] eu falei: aí eu vou perder o foco, não vou ter mais pernas pra fazer isso”, demonstrando a sobrecarga que recai quando o trabalho colaborativo não está institucionalmente estruturado.

Apesar dos desafios, também foram relatadas algumas experiências de articulação com a equipe, em especial nas situações de visitas domiciliares e monitoramento de casos. F14 descreveu: “eu tenho uma paciente totalmente descompensada pra diabetes [...] chamei um médico e uma enfermeira pra gente sentar e ver o que fazer”. De modo semelhante, F8 relatou: “em visitas domiciliares, a gente consegue observar medicações vencidas, medicamentos em excesso, e já fazer os ajustes com o restante da equipe”.

A ausência de fluxos formais para o registro das intervenções farmacêuticas foi outro aspecto recorrente. F9 relatou: “deveria fazer um protocolo para registrar as nossas ações no E-SUS, que às vezes não é reconhecido porque eles não enxergam lá”. A não institucionalização desses registros contribui para a baixa visibilidade das ações clínicas do farmacêutico no âmbito da atenção primária.

O grupo destacou ainda que ações interprofissionais só ocorrem quando há diálogo intencional, reuniões conjuntas ou quando o farmacêutico “se impõe” no cuidado. Em síntese, o grupo revelou que, mesmo entre profissionais engajados, a prática interprofissional ainda não é uma realidade consolidada, mas sim uma construção em curso.

## 2.3 Discussão

Os resultados indicam que, embora os participantes valorizem o trabalho em equipe, sua compreensão ainda reflete uma perspectiva

multiprofissional, com coexistência, mas escassa articulação entre saberes. Conforme Peduzzi e Agrelli (2018), a interprofissionalidade exige a integração intencional de conhecimentos na produção do cuidado, com negociação de papéis, construção conjunta de planos terapêuticos e reconhecimento das competências específicas de cada profissional.

O reconhecimento do trabalho em equipe como soma de conhecimentos, execução harmônica de tarefas e respeito mútuo revela aproximações iniciais com o conceito de prática interprofissional, porém ainda distantes de atributos centrais como a tomada de decisão conjunta e a correspondibilização pelo cuidado (Peduzzi, 2001; Reeves *et al.*, 2017). Merhy (2002; 2021) reforça que a produção do cuidado envolve a articulação de saberes distintos em espaços micropolíticos de negociação, viabilizados por dispositivos institucionais que promovam essa integração.

Como destaca Minayo (2021), a interprofissionalidade não resulta automaticamente da convivência entre diferentes categorias profissionais, mas depende de processos formativos e organizacionais iniciados na graduação. A falta de formação sistemática em educação interprofissional, evidenciada pelos próprios participantes, contribui para uma atuação colaborativa ainda empírica e dependente de iniciativas individuais, conforme também descrito por D'Amour e Oandasan (2005) em seu modelo de desenvolvimento da interprofissionalidade.

Tais constatações reforçam a necessidade de políticas institucionais que estruturem espaços permanentes de planejamento conjunto, discussão clínica interdisciplinar e apoio institucional à prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde (Peduzzi, 2021; Reeves *et al.*, 2018). Sem esses arranjos organizacionais, o cuidado tende a permanecer frágil, fragmentado e dependente da boa vontade de alguns profissionais engajados.

A PIC pressupõe interação qualificada, negociação de papéis, reconhecimento mútuo das competências e tomada de decisão compartilhada. A literatura destaca que essa colaboração vai além da simples coexistência

de diferentes categorias, exigindo relações de confiança e construção conjunta de planos terapêuticos (Reeves *et al.*, 2018). Algumas definições oferecidas pelos participantes, como o compartilhamento de *expertise* para resolver problemas de saúde, indicam aproximação conceitual e certo amadurecimento discursivo sobre o tema.

Os resultados encontrados demonstram que, embora os participantes expressem familiaridade com a ideia de colaboração entre profissionais, a compreensão da prática interprofissional ainda permanece, em muitos casos, restrita às concepções próximas do trabalho em equipe tradicional ou à atuação multiprofissional. Como evidenciam Peduzzi *et al.* (2022), a prática interprofissional não se reduz à reunião de profissionais atuando paralelamente em suas respectivas funções, mas implica processos interativos marcados por negociação, construção compartilhada de planos terapêuticos e tomada de decisão colaborativa centrada no paciente.

A dificuldade conceitual observada nos relatos corrobora com o que Merhy (2014) já apontava sobre a persistência de modelos fragmentados de cuidado, em que a divisão técnica do trabalho ainda se sobrepõe à construção coletiva de práticas clínicas. Conforme Ceccim (2018), o campo da Saúde Coletiva, embora normativamente defende a interprofissionalidade, ainda enfrenta desafios para transpor esses princípios à prática cotidiana, em grande parte devido à persistência de formações universitárias disciplinares e à fragilidade de dispositivos institucionais de educação permanente.

Nesse sentido, o que se observa não é propriamente a inexistência de intenção colaborativa, mas a fragilidade conceitual sobre os fundamentos que estruturam a interprofissionalidade como prática clínica compartilhada. Como discutem Reeves *et al.* (2018), o exercício interprofissional exige intencionalidade pedagógica desde a graduação, práticas de trabalho sustentadas por dispositivos organizacionais favoráveis e cultura institucional de aprendizagem entre pares, elementos ainda insuficientemente consolidados nas redes de atenção.

As discussões no grupo focal revelaram múltiplos exemplos que sustentam a percepção de que a prática interprofissional colaborativa (PIC) ainda enfrenta barreiras culturais e institucionais na APS. Destacam-se episódios em que o farmacêutico, mesmo apresentando capacidade técnica e iniciativa, permanece à margem das decisões clínicas ou depende de posturas proativas individuais para ser incluído. Como relatado por F12: “infelizmente na nossa cultura, o médico é supervalorizado [...] o que o médico fala, o paciente fala amém. A gente ainda, infelizmente, **não é tão escutado quanto os médicos**”. Esse posicionamento dialoga com o conceito de “invisibilidade do saber farmacêutico” descrito por Peduzzi (2021), na medida em que o conhecimento do farmacêutico permanece subalternizado frente ao discurso biomédico hegemônico.

Além disso, emergiram relatos de articulação informal da assistência, com tentativas de inclusão em projetos terapêuticos individuais por meio da busca ativa de diálogo com os demais profissionais. Contudo, tais interações são frequentemente pautadas em esforços isolados, demonstradas por F12: “a gente tem que se mostrar, tem que dar a cara à tapa, senão a gente vai ficar escondido”, evidenciando uma ausência de fluxos institucionalizados que sustentem o trabalho colaborativo. Sobre tal fato, Feuerwerker (2014) cita que a consolidação da interprofissionalidade exige a produção de espaços coletivos de gestão do cuidado, ainda incipientes na realidade descrita pelos participantes.

Em situações pontuais de visitas domiciliares e intervenções clínicas, o farmacêutico atua de forma propositiva, ajustando doses, identificando riscos de erros de medicação e promovendo reavaliações terapêuticas em conjunto com outros membros da equipe, como exemplificado nas falas de F6 e F4. Entretanto, esses casos aparecem como ilhas de cooperação no cotidiano ainda fragmentado do cuidado. Nesse sentido, como Merhy (2002) já havia analisado, o processo de trabalho em saúde segue tensionado entre modos centrados na clínica médica tradicional e práticas colaborativas emergentes.

Por fim, alguns profissionais apontaram a inexistência de registro sistematizado de suas intervenções clínicas no prontuário eletrônico,

limitando a visibilidade e o reconhecimento institucional do trabalho farmacêutico dentro da rede, o que reafirma a carência de dispositivos estruturantes que sustentem práticas efetivamente interprofissionais (Peduzzi *et al.*, 2018).

A construção da prática interprofissional entre farmacêuticos depende de espaços de diálogo, formação crítica e incentivo institucional. A divergência entre os discursos do questionário e as práticas relatadas no grupo focal revela um desalinhamento entre competências esperadas e a organização real do trabalho em saúde, conforme apontado pela OPAS (2025). A consolidação de equipes interprofissionais requer objetivos, valores, responsabilidades e práticas compartilhadas, com base na colaboração horizontal. No entanto, a formação uniprofissional, ainda predominante no Brasil, mantém hierarquias e fragmentações que dificultam a construção de uma identidade coletiva de equipe. Para superar essa lógica, é necessário articular ensino, gestão, atenção e participação social em processos formativos integrados, como já destacavam Ceccim e Feuerwerker (2004), sob pena de esvaziar o discurso interprofissional e comprometer sua efetivação nos serviços.

Os resultados reforçam a necessidade de que as equipes de saúde da família se ajustem mais do que presença física, é preciso intencionalidade institucional na construção da interprofissionalidade.

### **3. Considerações finais**

Apesar dos avanços na atuação clínica do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde, permanece uma lacuna conceitual em relação à interprofissionalidade na organização do cuidado. Estudos como os de Melo e Castro (2017), Caetano *et al.* (2020) e Barros *et al.* (2020) relatam práticas clínicas relevantes, porém limitadas à lógica multiprofissional, com interações paralelas e sem aprofundar a construção coletiva de projetos terapêuticos singulares. A interprofissionalidade, conforme abordagens contemporâneas, requer integração intencional de saberes, comunicação horizontal e cogestão

do cuidado, elementos pouco explorados nas pesquisas. Este estudo contribui ao examinar a atuação do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família sob a ótica da interprofissionalidade vivida, evidenciando desafios e possibilidades no contexto do SUS.

Os achados desta pesquisa evidenciam a dissociação entre o discurso e a prática interprofissional dos farmacêuticos na Estratégia Saúde da Família. Embora demonstrem familiaridade com o conceito de trabalho colaborativo, suas experiências revelam práticas fragmentadas, marcadas por isolamento, sobrecarga e hierarquias na equipe. Durante o grupo focal, mesmo ao evocarem idealizações da interprofissionalidade, os relatos mostraram ações paralelas, características de um modelo multiprofissional. Esses resultados corroboram o alerta da OPAS (2025), indicando que a interprofissionalidade exige formação específica, apoio institucional e liderança comprometida com a horizontalidade do cuidado, sem os quais o trabalho em equipe permanece limitado ao plano retórico.

No caso do farmacêutico, o reconhecimento de seu papel clínico, a valorização de suas competências no cuidado e sua participação ativa nos Projetos Terapêuticos Singulares são fundamentais para a consolidação da prática interprofissional, exigindo ações integradas entre formação, gestão e atuação profissional.

Assim, este capítulo reafirma a importância de dar voz aos trabalhadores do SUS, sobretudo àqueles que ocupam posições de menor visibilidade na lógica tradicional das equipes de saúde. Escutar o farmacêutico é também reconhecer que o cuidado em saúde só se sustenta quando é feito com todos e não apenas com alguns.

Ainda, o vazio da literatura científica quanto discute a participação do Farmacêutico nos trabalhos da equipe da APS revela que o presente manuscrito demonstra o ineditismo da avaliação das ações da equipe sob a ótica de Farmacêuticos no conhecimento sobre interprofissionalidade.

## Referências

- BARROS, D. S. L.; SILVA, D. L. M.; LEITE, S. N. Serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária à saúde do Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p. 1-17, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/Z8nY8RZDgvtDZNS3RTPHMC/?lang=pt>. Acesso em: 25 maio 2025.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Medicamentos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html)
- CAETANO, M. C.; SILVA, R. M.; LUIZA, V. L. Serviços farmacêuticos na atenção primária em saúde à luz do modelo ambiguidade-conflito. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 30, n.4, p. 1-21, e300420, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/vnbbGf6mXx8FJQ3Fv7JW5yp/?lang=pt>. Acesso em: 17 abr. 2025.
- CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 22, n. 2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/icse/2018.v22suppl2/1739-1749/>. Acesso em: 17 abr. 2025.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 8, n. 14, p. 41-65, 2004.
- D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, London, v. 19, p. 8-20, 2005. Supl. 1. DOI: 10.1080/13561820500081604. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>. Acesso em: 13 mar. 2025.
- FEUERWERKER, L. C. M. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.
- KANNO, N. P. et al. A colaboração interprofissional na atenção primária à saúde na perspectiva da ciência da implementação. *Cadernos de Saúde Pública*, [S.l.], v. 39, n. 10, p. 1-14, 2023.
- MELO, D. O.; CASTRO, L. L. C. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 235-244, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017221.16202015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n1/235-244/>. Acesso em: 25 mai. 2025.
- MERHY, E. E. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. Micropolítica e o desafio do trabalho vivo em saúde: trajetória de um pensador implicado. In: PAVANELLI, C. A.; CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E. (org.). *O trabalho vivo em saúde: produção, subjetividade e micropolítica*. São Paulo: Hucitec, 2021. p. 25-42.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as práticas de saúde: necessidade de mudança no trabalho em saúde. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 15. ed. São Paulo: Hucitec, 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *OPAS valida ferramenta para apoiar a organização e a composição de equipes interprofissionais de saúde*. Brasília, DF: OPAS, 2025. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/7-3-2025-opas-valida-ferramenta-para-apoiar-organizacao-e-composicao-equipes>. Acesso em: 23 maio 2025.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 103-109, 2001.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 22, supl. 2, p. 1525-1534, 2018.

REEVES, S. et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, [S.l.], v. 6, Art. No.: CD000072, p. 1-38, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>. Acesso em: 02 fev.2025.

REEVES, S. et al. Interprofessional education and practice guide: Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Journal of Interprofessional Care*, [S. l.], v. 32, n. 4, p. 1-41, 2018.

RIBEIRO, A. A. et al. Interprofissionalidade na atenção primária: intencionalidades das equipes versus realidade do processo de trabalho. *Escola Anna Nery*, [S. l.], v. 26, p. 1-10, 2022.

**DADOS DOS ORGANIZADORES, COMITÊ  
DE REVISÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA  
E AUTORES**

# **DADOS DOS ORGANIZADORES**

## **Carla Pacheco Teixeira**

Assistente Social e sanitarista. Membro da Coordenação Colegiada do Fórum de Coordenadores de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS/UERJ). Coordenadora Acadêmica Nacional do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE). Professora permanente e Responsável Nacional das disciplinas de Seminários de Acompanhamento e Tópicos Especiais em Saúde da Família no programa. Líder do Grupo de Pesquisa CNPq: Formação Profissional na Saúde: estudos no âmbito da graduação e pós-graduação. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: carla.teixeira@fiocruz.br

## **Cristiano Gil Regis**

Enfermeiro. Mestre e doutor em Ciências da Saúde (UNIFESP). Docente do PROFSAÚDE/UFAC. Membro da Executiva Nacional da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS). Docente da Universidade Federal do Acre, Campus Floresta, Cruzeiro do Sul – AC. Tem experiência na área de Educação, com ênfase em Educação Interprofissional. E-mail: cristiano.regis@ufac.br

## **Eliana Goldfarb Cyrino**

Professora universitária, mãe, avó, médica, militante da Saúde Coletiva, do ensino público e dos Direitos Humanos. Professora titular do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, Botucatu, São Paulo, Brasil. E-mail: eliana.goldfarb@unesp.br

## **Marina Peduzzi**

Enfermeira. Pós-Doutora em prática e educação interprofissional pelo Kings College London. Professora Associada Senior do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, líder do Grupo de Pesquisa Gestão e Educação em Saúde e Enfermagem na perspectiva Colaborativa Interprofissional. São Paulo/SP. E-mail: marinape@usp.br

**Rocío Elizabeth Chávez Alvarez**

Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente permanente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Bahia, Brasil. E-mail: rocio.chavez@csc.ufsb.edu.br

**Sylvia Helena Souza da Silva Batista**

Professora. Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia da Educação (PUCSP). Livre Docente Ensino em Ciências da Saúde (UNIFESP). Professora Titular da Universidade Federal de São Paulo. Coordenadora do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS/Unifesp). Líder do Grupo de Pesquisa LabDOC - docência, aprendizagem e formação e Integrante do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS). PQ B/CNPq. E-mail: sylvia.batista@unifesp.br

## **DADOS DO COMITÊ DE REVISÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA**

**Alexsandra Pinheiro Cavalcante Costa**

Bacharel em Enfermagem. Doutora em Ciências, área de concentração Serviços de Saúde Pública. Docente associada da Universidade Federal do Acre. Docente Permanente do Programa Mestrado Profissional em Saúde da Família em Rede Nacional (PROFSAÚDE/UFAC). Cruzeiro do Sul, Acre, Brasil, E-mail: alexsandra.costa@ufac.br

**Ana Wladia Silva de Lima**

Enfermeira. Mestre em Saúde Pública. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico de Vitória- Recife-PE. Integra a Rede brasileira de educação e trabalho interprofissional em saúde (ReBETIS). E-mail: anawladia.lima@ufpe.br

**Andrea Ribeiro da Costa**

Graduada e Licenciada plena em Enfermagem pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Mestre e Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Instituto de Ciências da Saúde da UFPA. Belém, PA, Brasil.  
E-mail:andreacosta@ufpa.br

**Andrezza Karine Araújo de Medeiros Pereira**

Bacharel e Licenciada em Enfermagem, Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – Campus Avançado de Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte. Membro do Conselho Executivo da ReBETIS (Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde). E-mail: andrezzakarine@uern.br

**Bárbara Patrícia da Silva Lima**

Fonoaudióloga sanitária, mestre e doutora em Ensino na Saúde. Professora Titular da UNCISAL, onde coordena o NEABI. Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas, Centro de Ciências Integradoras, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF/RENASF/UNCISAL). Pesquisa temas como: educação e trabalho interprofissional no SUS, equidade e combate ao racismo na saúde. E-mail: fgabarbaralima@gmail.com

**Bárbara Souza Rocha**

Enfermeira, mestre e doutora em enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem/ Universidade Federal de goiás (FEN/UFG), Professora Associada na FEN/UFG, membro da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde – ReBETIS, docente no Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da UFG, Diretora do Centro de Formação Interprofissional em Saúde da UFG – CeFIS/UFG, em Firminópolis-GO. E-mail: barbararocha@ufg.br

**Camila Mendes da Silva Souza**

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo/SP. Membro da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (REBETIS) e do Grupo

de Pesquisa Gestão e Educação em Saúde e Enfermagem na Perspectiva Colaborativa Interprofissional (USP). Pesquisadora Independente e Educadora Científica. E-mail:camila\_mendes@usp.br

**Cristiane Costa Braga**

Cirurgiã Dentista. Secretaria Municipal de Saúde/João Pessoa. Mestrado em Saúde da Família. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família da Universidade Federal da Paraíba (PPGSF/RENASF/UFPB). Pesquisadora na Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ-PB). João Pessoa. Paraíba. E-mail: cristianecbraga@hotmail.com

**Cristiano Gil Regis**

Enfermeiro. Mestre e doutor em Ciências da Saúde (UNIFESP). Docente do PROFSAUDE/UFAC. Membro da Executiva Nacional da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS). Docente da Universidade Federal do Acre, Campus Floresta, Cruzeiro do Sul – AC. Tem experiência na área de Educação, com ênfase em Educação Interprofissional. E-mail: cristiano.regis@ufac.br

**Cynthia Girundi**

Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais, Especialista em Docência no Ensino Superior pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Mestre em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais, Doutora em Ciências, ênfase em Estudos Interdisciplinares, pela Universidade Federal de São Paulo - campus Baixada Santista. Universidade Federal da Bahia, Salvador, Bahia. E-mail: cynthiasilva@ufba.br

**Heloise Lima Fernandes Agreli**

Enfermeira, atua como Pesquisadora na IARC/World Health Organization em Lyon, França. É doutora em Ciências da Saúde pela

Universidade de São Paulo, com co-tutela da University of Southampton. Especialista em Saúde da Família pela Unifesp e especialista em Gestão dos Serviços do SUS pela Fiocruz. E-mail: limah@who.int

**Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva**

Enfermeira, Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo e pós-doutora pelo King's College London. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Docente Permanente e vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar. Cidade: São Carlos, SP. E-mail: jaqueline.alc@ufscar.br

**Joelma de Rezende Fernandes**

Graduada em Enfermagem, Direito e Pedagogia. Docente dos cursos de Medicina e Enfermagem do Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO). Especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva (UFJF), em Educação Profissional na Área de Saúde – Enfermagem (ENSP/FIOCRUZ) e em Gestão Hospitalar (UNIFESO). Mestrado em novas tecnologias da educação. Membro da executiva da REBETIS e coordenadora do comitê de ética em pesquisa - UNIFESO. Teresópolis, RJ, Brasil. E-mail: joelmafernandes@unifeso.edu.br.

**Jussara Gue Martini**

Enfermeira. Doutora e Mestre em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Pós-Doutora em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem do Porto - Portugal. Docente do PROFSAUDE/UFSC. Professora titular da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. E-mail: jussarague@gmail.com.

**Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo**

Terapeuta Ocupacional (PUCC-1986), Mestrado e Doutorado (USP-2001/2009), pós-doutorado (Unifesp-2016). Docente do curso de Terapia Ocupacional e do Eixo Trabalho em Saúde na Universidade Federal de São Paulo *campus* Baixada Santista, orientadora nos Programas de Pós-

graduação Ensino em Ciências da Saúde e Interdisciplinar em Ciências da Saúde. Líder do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS), e-mail: uchoa.lucia@unifesp.br

**Marcelo Viana da Costa**

Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte com Estágio Sanduíche na Universidade da Califórnia de São Francisco (UCSF/EUA). Professor da Escola Multicampi de Ciências Médicas da UFRN. Professor e coordenador do Programa e Pós-Graduação de Educação, Trabalho e Inovação em Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas da UFRN. Coordenador da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (REBETIS). Caicó/RN. E-mail: marcelo.viana@ufrn.br

**Najara Barbosa da Rocha**

Graduada em odontologia. Mestrado, Doutorado e Pós-Doutorado em Odontologia Preventiva e Social pela Faculdade de Odontologia de Araçatuba UNESP. Docente no departamento de odontologia Social e Preventiva da faculdade de Odontologia da UFMG. Belo Horizonte, MG. E-mail najaraufmg@ufmg.br

**Nildo Alves Batista**

Médico pediatra. Professor Titular Sênior da UNIFESP, mestre e doutor (USP) e Livre Docente (UNIFESP). Fundador CEDESS (1º diretor). Docente, Orientador de mestrado e doutorado nos Programas de Pós-Graduação: Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Ensino em Ciências da Saúde. Líder do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS). E-mail: nbatista@unifesp.br

**Queli Lisiane Castro Pereira**

Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFMT). Membro da Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT/CNS) e da Rede de Intersetorialidade com a Educação (SASE/MEC). Vice-líder do Grupo de Estudos em Negligências em Saúde,

Integralidade e Intersetorialidade (GENESIS). Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário Araguaia do Araguaia, MT, Brasil. E-mail: queli.pereira@ufmt.br

**Raíssa Ottes Vasconcelos**

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Especialista pelo Programa de Residência em Enfermagem na Especialidade de Gerenciamento de Enfermagem em Clínica Médica e Cirúrgica da UNIOESTE. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Docente do Centro Universitário Univel, Cascavel, PR. E-mail: raissaottes@gmail.com

**Rosana Aparecida Salvador Rossit**

Terapeuta Ocupacional. Doutora em Educação Especial. Professora Sênior da UNIFESP e Docente Permanente dos PPG Interdisciplinar em Ciências da Saúde. Membro da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde. Bolsista Produtividade em Pesquisa do CNPQ. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Santos/SP, Brasil E-mail: rosana.rossit@unifesp.br

**Sanay Vitorino de Souza**

Enfermeira. Doutora e Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Especialista em gestão da saúde, preceptoria em saúde e terapia intensiva adulto. Servidora da Universidade Federal do Amazonas, Hospital Universitário Getúlio Vargas (UFAM/HUGV), Manaus - Amazonas. Membro do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS). E-mail: sanay.souza@ufam.edu.br

**Sylvia Helena Souza da Silva Batista**

Professora. Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia da Educação (PUCSP). Livre Docente Ensino em Ciências da Saúde (UNIFESP). Professora Titular da Universidade Federal de São Paulo. Coordenadora do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS/Unifesp). Líder do Grupo de Pesquisa LabDOC - docência, aprendizagem

e formação e Integrante do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS). PQ B/CNPq. E-mail: sylvia.batista@unifesp.br

### **Valeria Marli Leonello**

Enfermeira, Doutora e Livre-Docente pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Associada 2 da Escola de Enfermagem da USP, preside a Comissão de Graduação e integra o corpo docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem (PPGEN). Líder do grupo de pesquisa Gestão e Educação do Trabalho em Saúde e Enfermagem na Perspectiva Colaborativa e vice-coordenadora da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS). Atua nas áreas de gestão, educação e formação interprofissional em saúde. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: valeria.leonello@usp.br

## **DADOS DOS AUTORES**

### **Adriana Dias Silva**

Doutora em Enfermagem/EEAN-UFRJ. Professora do Departamento de Enfermagem e da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UNIR. Professora do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, Rondônia, Brasil. E-mail: adriana.dias@unir.br

### **Adriana Gomes Magalhães**

Doutora em fisioterapia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil, adriana.magalhaes@ufrn.br

### **Alinne Oliveira da Silva Martins**

Enfermeira Residente em Saúde da Família da Fundação Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, Rondônia, Brasil. E-mail: alinnemartins12@gmail.com

**Ana Olívia Dantas Batista**

Médica pela Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal - RN.  
E-mail: anaoliviadantasbatista@gmail.com

**Ana Raquel Silva Souza**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba. Pós-Graduanda em MBA em Auditoria em Saúde pela Unopar. Atua como enfermeira reguladora pelo Governo Estadual da Paraíba. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Paraíba, Brasil.  
E-mail: silvasouza.anaraquel@gmail.com

**Andrezza Karine Araújo de Medeiros Pereira**

Bacharel e Licenciada em Enfermagem, Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – Campus Avançado de Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte. Membro do Conselho Executivo da ReBETIS (Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde). E-mail: andrezzakarine@uern.br

**Bárbara Patrícia da Silva Lima**

Fonoaudióloga sanitária, mestre e doutora em Ensino na Saúde. Professora Titular da UNCISAL, onde coordena o NEABI. Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas, Centro de Ciências Integradoras, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PPGSF/RENASF/UNCISAL). Pesquisa temas como: educação e trabalho interprofissional no SUS, equidade e combate ao racismo na saúde. E-mail: fgabarbaralima@gmail.com

**Bárbara Souza Rocha**

Enfermeira, mestre e doutora em enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem/ Universidade Federal de Goiás (FEN/UFG), Professora Associada na FEN/UFG, membro da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde – ReBETIS, docente no Mestrado Profissional em Ensino na Saúde da UFG, Diretora do Centro de Formação Interprofissional

em Saúde da UFG – CeFIS/UFG, em Firminópolis-GO.  
E-mail: barbararocha@ufg.br

### **Camila Mendes da Silva Souza**

Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo/SP. Membro da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (REBETIS) e do Grupo de Pesquisa Gestão e Educação em Saúde e Enfermagem na Perspectiva Colaborativa Interprofissional (USP). Pesquisadora Independente e Educadora Científica. E-mail:camila\_mendes@usp.br

### **Cláudia Fell Amado**

Terapeuta Ocupacional. Professora Adjunta do Curso de Terapia Ocupacional da UFBA. Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva pela UFBA. Membro da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (REBETIS) e do Grupo de Pesquisa em Trabalho, Educação e Gestão em Saúde. – ISC/UFBA. Salvador, Bahia, Brasil. E-mail: claudia.amado@ufba.br

### **Cláudia Santos Martiniano**

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba, Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual da Paraíba, Doutorado em Ciências da Saúde pela Universidade do Rio Grande do Norte. Professora Associada na UEPB, docente do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública e do PROFSAÚDE. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: profaclaudiamartiniano@gmail.com

### **Cleson Oliveira de Moura**

Doutor em Enfermagem/EEAN-UFRJ. Professor do quadro permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE//UNIR). Docente e tutor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/UNIR. Professor Adjunto do Departamento de Medicina da Fundação Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, Rondônia, Brasil. E-mail: cleson@unir.br

**Crislaine Loqueti Santos Rainho Prado**

Enfermeira. Mestre e Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Membro da executiva da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS) e do Grupo de Pesquisa Gestão e Educação em Saúde e Enfermagem na Perspectiva Colaborativa Interprofissional da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo/SP. E-mail: crislaine.santos@usp.br

**Cristiano Gonçalves Morais**

Enfermeiro, especialista em Estratégia Saúde da Família para Populações do Baixo Amazonas, mestre em Ciências da Saúde (PPGCSA/UFOPA). Doutorando em Saúde Pública (PPG-SP). Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA). Santarém, Pará. E-mail: cristiano.goncalves.morais@gmail.com

**Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes**

Doutora em Enfermagem / FEN-UFG. Professora do quadro permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE//UNIR). Docente e tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/ UNIR. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, Rondônia, Brasil. E-mail: daiana.rodrigues@unir.br

**Davi Leonel Araújo Nascimento**

Enfermeiro. Especialista em Urgência e Emergência (FAVEVI) e em Enfermagem Obstétrica pela Residência Uniprofissional da Universidade Federal de Sergipe. Graduado pelo Centro Universitário Estácio de Sergipe. Atua na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes e na Maternidade Municipal Lourdes Nogueira. Aracaju/SE. E-mail: davidleonel.dl@hotmail.com

**Delvania de Figueiredo Pereira**

Psicóloga. Mestre. Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) Santos, SP, Brasil E-mail: d.pereira14@unifesp.br

**Dulcian Medeiros de Azevedo**

Docente do PROFSAÚDE/UERN. Doutor em ciências de saúde pela UFRN, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: dulcianmedeiros@uern.br

**Elen Petean Parmejani**

Doutora em Enfermagem/EEAN-UFRJ. Professora do quadro permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE//UNIR). Docente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/UNIR. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, Rondônia, Brasil. E-mail: elenpeten@unir.br

**Eliana Goldfarb Cyrino**

Professora universitária, mãe, avó, médica, militante da Saúde Coletiva, do ensino público e dos Direitos Humanos. Professora titular do Departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, Botucatu, São Paulo, Brasil. E-mail: eliana.goldfarb@unesp.br

**Eliane Aparecida Suchara**

Farmacêutica e professora docente Titular, atuando nos cursos de Farmácia e Biomedicina da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus do Araguaia. Tutora coordenadora do Programa PET-Saúde Equidade – Araguaia. Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário Araguaia do Araguaia, MT, Brasil. E-mail: sucharaeliane@gmail.com

**Elisete Casotti**

Doutorado em Educação em Ciências e Saúde pela UFRJ. Mestrado em Odontologia Preventiva e Social pela UFF. Graduação em odontologia pela UFSM. Docente do Departamento de Planejamento em Saúde, ISC/UFF. Docente do PROFSAÚDE/UFF. Possui experiência na área

de Educação e Odontologia com ênfase em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas públicas em saúde bucal, atenção primária em saúde, educação permanente em saúde. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: elisetecasotti@id.uff.br

**Eudes Euler de Souza Lucena**

Doutor em Psicobiologia. Mestre em Odontologia. Cirurgião dentista. Professor da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (EMCM/UFRN). Professor Permanente do Programa de Pós-Graduação de Educação, Trabalho e Inovação em Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPG-ETIM/EMCM/UFRN). Caicó/RN. E-mail: eudes.lucena@ufrn.br

**Eunice Barreto Coelho**

Enfermeira. Mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFS). Especialista em Preceptoria Multiprofissional em Saúde (FCSMV). Atua na Atenção Primária à Saúde como enfermeira e Responsável Técnica, e no SAMU Sergipe. Preceptora das Residências em Enfermagem Obstétrica e Multiprofissional em Saúde da Família (HU-UFS). Aracaju/SE. E-mail: nini.o@hotmail.com

**Fabiana Morandi Jordão**

Docente dos cursos de Biomedicina e Farmácia da UFMT. Tutora do Programa PET-Saúde Equidade – Araguaia. Possui mestrado e doutorado em Biologia da Relação Patógeno Hospedeiro pela Universidade de São Paulo. Atualmente trabalha com dados secundários em saúde. Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário do Araguaia, Barra do Garças, MT, Brasil. E-mail: jordao.fabiana@gmail.com

**Franklin Delano Soares Forte**

Graduado em Odontologia pela Universidade da Paraíba, Mestrado em Odontopediatria pela Universidade Federal de Santa Catarina, Doutorado em Odontologia Social e Preventiva pela Universidade

Estadual Paulista (USP); e Pós-doutorado pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). É professor Titular da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, Paraíba, Brasil. E-mail: franklinufpb@gmail.com

**Gessica Mercia de Almeida**

Nutricionista, mestre e doutora em Nutrição em Saúde Pública. Docente da faculdade de Nutrição da universidade federal de Goiás, Goiânia, GO. Professora supervisora do Estágio Comunitário Interprofissional do Centro de Formação Interprofissional em Saúde - CeFIS/UFG, em Firminópolis-GO. E-mail: gessicamercia@ufg.br

**Gilliatt Hanois Falbo Neto**

Médico pela Universidade de Pernambuco-UPE. Residência Médica em Cirurgia pela Universidade Federal de Pernambuco-UFPE. Doutorado em Saúde Materno Infantil pela Università Degli Studi di Trieste Itália. Coordenador Acadêmico da Faculdade Pernambucana de Saúde-FPS. Recife - PE. E-mail: falbo@fps.edu.br

**Giuliana Gadoni Giovanni Borges**

Dentista pela Universidade de São Paulo, mestre em Saúde da Família pelo PROFSAUDE/UNIFESP. Atuou na APS como dentista, preceptora e tutora na Residência Multiprofissional. Universidade Federal de São Paulo, Instituto Saúde e Sociedade, Santos, São Paulo. E-mail: giuliana.borges@unifesp.br

**Helena Rezende Silva Mendonça**

Médica, especialista em Neurologia. Mestre e Doutora em Ciências Médicas, com concentração em Neurologia pela UNICAMP. Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás, em Goiânia, Goiás. Professora supervisora do Estágio Comunitário Interprofissional do Centro de Formação Interprofissional em Saúde - CeFIS/UFG, em Firminópolis-GO. E-mail: helenarsm1@ufg.br

**Ildone Forte de Moraes**

Enfermeiro. Bacharel e Licenciado em Enfermagem, Doutor em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Campus Caicó-RN, Rio Grande do Norte. Diretor de Comunicação Social da Associação Brasileira de Enfermagem, Seção Rio Grande do Norte (ABEn-RN). E-mail: ildoneforte@uern.br

**Ivy Beatriz Alves Santos**

Fonoaudióloga. Formada pela Universidade Federal de Sergipe (Campus Lagarto). Atuou no SUS em assistência e gestão desde a formação, por meio da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UFS – Campus São Cristóvão), nos municípios de Aracaju e São Cristóvão. Aracaju/SE. E-mail: ivybasantos@gmail.com

**Jádisson Gois da Silva**

Doutorando e mestre em Educação (PPGED/UFS). Licenciado e bacharel em Educação Física, com especializações em Saúde Mental (HU-UFS), Sobrepeso e Obesidade (UFSC) e Vigilância em Saúde e COVID-19 (FIOCRUZ/MS). Tutor presencial da Residência Multiprofissional em Saúde Mental (HU-UFS) e membro do Grupo de Estudos e Pesquisas Sociedade, Cultura e Educação Física (GEPESCEF/UFS). Aracaju/SE. E-mail: jadissonsilva92@gmail.com

**Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva**

Enfermeira, Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo pós-doutora pelo King's College London. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Docente Permanente e vice-coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar. Cidade: São Carlos, SP. E-mail: jaqueline.alc@ufscar.br

**José Jailson de Almeida Júnior**

Doutor em educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: jailson.junior@ufrn.br

**Júlia Costa Maia**

Enfermeira. Bacharel e Licenciada em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), Campus Caicó, Rio Grande do Norte. Atua na Atenção Primária à Saúde, pesquisadora em práticas colaborativas, educação interprofissional e fortalecimento do trabalho em equipe no Sistema Único de Saúde (SUS). E-mail: juliamai45522@gmail.com

**Juliana Gagno Lima**

Doutora e Mestre em Saúde Coletiva (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Estratégia Saúde da Família e Gestão da Atenção Básica (ENSP/FIOCRUZ). Coordenadora Acadêmico-Institucional e Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (ProfSaúde) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA). Santarém, Pará. Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva da Amazônia - PESCA. E-mail: juliana.gl@ufopa.edu.br

**Juçara Barga do Nascimento**

Farmacêutica e mestre em Ensino em Ciências da Saúde pela UNIFESP- Baixada Santista. Atua como coordenadora técnica da Assistência Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Guarujá e professora do curso de Medicina da Universidade São Judas, campus Cubatão. Presidente da Comissão de Ética em Pesquisa do município e coordenadora da Comissão de Farmácia e Terapêutica. Santos, SP. E-mail: jubargas@gmail.com

**Katia Fernanda Alves Moreira**

Doutora em Enfermagem em Saúde Pública/EERP-USP. Professora do quadro permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE//UNIR). Docente e tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/UNIR. Professora Associada do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade Federal de Rondônia. Porto Velho, Rondônia, Brasil. E-mail: katiaunir@gmail.com

**Kathleen Elane Leal Vasconcelos**

Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba, mestrado em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba e Doutorado em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco. É professora da Universidade Estadual da Paraíba. Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Paraíba, Brasil  
E-mail: kathleen@servidor.uepb.edu.br

**Kathleen Gyovanna Lourenço Santana**

Graduanda em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP).  
E-mail: kathleengyovannal@usp.br

**Lauisa Stefany Gonçalves Nunes**

Graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares (UFJF-GV). Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. E-mail: lauisa.stefany@estudante.ufjf.br

**Lara Maria Alves de Carvalho**

Mestra em saúde coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Campina Grande, Paraíba, Brasil. E-mail: la3107228@gmail.com

**Laura Almeida Oliveira**

Graduanda em Medicina pela Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares (UFJF-GV). Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. E-mail: lauraalmeida.oliveira@estudante.ufjf.br

**Lélia Cápua Nunes**

Nutricionista, professora universitária. Professora Adjunta do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares (UFJF-GV). Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil. E-mail: lelia.capua@ufjf.br

**Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo**

Terapeuta Ocupacional (PUCC-1986), Mestrado e Doutorado (USP-2001/2009), pós-doutorado (Unifesp-2016). Docente do curso de Terapia Ocupacional e do Eixo Trabalho em Saúde na Universidade Federal de

São Paulo *campus* Baixada Santista, orientadora nos Programas de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde e Interdisciplinar em Ciências da Saúde. Líder do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS), e-mail: uchoa.lucia@unifesp.br

**Luís Fernandes Bicalho**

Médica pela Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares (UFJF-GV). Anestesiologista pelo hospital Márcio Cunha, fundação São Francisco Xavier. Atuação em Vitória, Espírito Santo, Brasil. E-mail: luhbicalho@hotmail.com

**Marcelo Viana da Costa**

Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte com Estágio Sanduíche na Universidade da Califórnia de São Francisco (UCSF/EUA). Professor da Escola Multicampi de Ciências Médicas da UFRN. Professor e coordenador do Programa e Pós-Graduação de Educação, Trabalho e Inovação em Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas da UFRN. Coordenador da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (REBETIS). Caicó/RN. E-mail: marcelo.viana@ufrn.br

**Marcus Valerius da Silva Peixoto**

Doutor em Ciências da Saúde (UFS) e pós-doutor em Biotecnologia e Saúde (UFAL/UNCISAL). Mestre em Saúde Comunitária (UFBA). Professor Adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Sergipe e Coordenador Institucional do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE/UFS). Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEN/UFS) e tutor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UFS). São Cristóvão/SE. E-mail: marcus.valerius@academico.ufs.br

**Maria Goretti Queiroz**

Cirurgiã dentista, Doutora em Educação (FE/UFG). Professora Titular Sênior da Faculdade de Odontologia da UFG. Foi professora

supervisora do Estágio Comunitário Interprofissional do Centro de Formação Interprofissional em Saúde - CeFIS/UFG, em Firminópolis-GO. E-mail: mgoretti@ufg.br

**Marianna Gil de Farias Morais**

Médica pela Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Residente de Medicina de Família e Comunidade pela Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Caicó-RN. E-mail: mariannagilfm@hotmail.com

**Marina Peduzzi**

Enfermeira. Pós-Doutora em prática e educação interprofissional pelo Kings College London. Professora Associada Senior do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, líder do Grupo de Pesquisa Gestão e Educação em Saúde e Enfermagem na perspectiva Colaborativa Interprofissional. São Paulo/SP. E-mail: marinape@usp.br

**Matheus Souza e Silva**

Graduado em Odontologia pela Universidade Federal de Goiás (UFG) e Mestrando no Programa Ensino na Saúde também pela UFG. Atualmente, trabalho na gestão pública com ênfase em gestão odontológica, sou especialista em Odontologia Hospitalar, Saúde Pública com ênfase em Estratégia de Saúde da Família e Docência Superior. E-mail: matheusss@discente.ufg.br

**Maurício Wiering Pinto Telles**

Doutor em saúde coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. E-mail: mauricio.wiering@ufrn.br

**Natália Alberto Alves Brandão Marques**

Biomédica pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2008) e mestre em Medicina Tropical e Saúde Pública, área de concentração em Epidemiologia, pela Universidade Federal de Goiás - UFG (2013). Técnica-administrativa na UFG. Foi coordenadora da integração ensino-serviço-

comunidade no Campus Firminópolis (2018–2024) e, atualmente, é coordenadora administrativa do Centro de Formação Interprofissional em Saúde - CeFIS/UFG, em Firminópolis-GO. E-mail: natalia@ufg.br

### **Nayara Figueiredo Vieira**

Enfermeira, mestre e doutora em enfermagem. Docente da faculdade de enfermagem da universidade federal de Goiás, Goiânia, GO. Professora supervisora do Estágio Comunitário Interprofissional do Centro de Formação Interprofissional em Saúde - CeFIS/UFG, em Firminópolis-GO. E-mail: nayaravieira@ufg.br

### **Patricia Fernandes Massmann**

Enfermeira e docente Adjunta do curso de Enfermagem UFMT - Campus do Araguaia. Coordenadora de Ensino e Graduação do curso de Enfermagem - 2022 a 2026. Tutora coordenadora do Programa PET-Saúde Equidade – Araguaia. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMT. Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário Araguaia do Araguaia, Pontal do Araguaia, MT, Brasil. E-mail: patricia.massmann@ufmt.br

### **Patricia Heras Viñas**

Cirurgiã-dentista. Mestre em saúde da família. Servidora municipal do Rio de Janeiro desde 2002. Atuou em todos os níveis de atenção da rede de atenção à saúde bucal do município. Desde 2024 é coordenadora de saúde bucal. Egressa do PROFSAÚDE/UFF. Niterói, RJ, Brasil. E-mail: patriciaherasvinas@gmail.com

### **Patrícia Silva Tofani**

Doutora em Ortopedia, Traumatologia e Reabilitação pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Pós-doutora em Gerontologia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar, 2023). Professora Adjunta II da Universidade Federal de Sergipe (Campus Lagarto) e docente permanente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFS). Presidente da Associação Brasileira de Fisioterapia em Gerontologia (gestão 2025–2027)

e membro da Câmara Técnica de Fisioterapia em Gerontologia do COFFITO. Lagarto/SE. E-mail: [pstofani@academico.ufsp.br](mailto:pstofani@academico.ufsp.br)

### **Priscilla Nicácio da Silva**

Enfermeira e professora docente Asjunta, atuando no curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus do Araguaia. Coordenadora Programa PET-Saúde Equidade – Araguaia. Docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE/UFMT). Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário Araguaia do Araguaia, MT, Brasil. Email: [priscilla.silva@ufmt.br](mailto:priscilla.silva@ufmt.br)

### **Queli Lisiâne Castro Pereira**

Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/UFMT). Membro da Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT/CNS) e da Rede de Intersetorialidade com a Educação (SASE/MEC). Vice-líder do Grupo de Estudos em Negligências em Saúde, Integralidade e Intersetorialidade (GENESIS). Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário Araguaia do Araguaia, MT, Brasil. E-mail: [queli.pereira@ufmt.br](mailto:queli.pereira@ufmt.br)

### **Rafael Soares Dias**

Enfermeiro pela Universidade do Grande Rio. Mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Educação, Trabalho e Inovação em Medicina da Escola Multicampi de Ciências Médicas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (PPG-ETIM/EMCM/UFRN). Rio de Janeiro - RJ. E-mail: [rsdias30@gmail.com](mailto:rsdias30@gmail.com)

### **Renata Cardoso Rocha Madruga**

Cirurgiã-dentista graduada em Odontologia e especialista em Saúde Coletiva pela UEPB e em Processos educacionais na Saúde/ Metodologias Ativas de Aprendizagem pelo IEP/HSL. Mestrado e doutorado em Odontologia, com ênfase em Saúde Coletiva, pela UPE. É Professora Associada da UEPB e docente do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE-UEPB/ABRASCO/Fiocruz).

Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, Paraíba, Brasil.  
E-mail: renatarocha@servidor.uepb.edu.br

**Reneide Muniz da Silva**

Doutora em Saúde Materno Infantil na linha de pesquisa em Avaliação de Intervenções de Saúde pelo Instituto de Saúde Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP. Docente-pesquisadora do Mestrado Profissional em Educação para o Ensino na Área de Saúde e Coordenadora do Centro de Atenção e Aprendizagem Interprofissional em Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde. Recife/PE. E-mail: reneide@fps.edu.br

**Rosana Aparecida Salvador Rossit**

Terapeuta Ocupacional. Doutora em Educação Especial. Professora Sênior da UNIFESP e Docente Permanente dos PPG Interdisciplinar em Ciências da Saúde. Membro da Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde. Bolsista Produtividade em Pesquisa do CNPQ. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Santos/SP, Brasil E-mail: rosana.rossit@unifesp.br

**Rui Massato Harayama**

Antropólogo sanitário, professor do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Oeste do Pará, mestre em antropologia (UFMG, 2011) e doutor em antropologia (UFSC, 2026), professor do Mestrado Profissional em Saúde da Família e membro da Comissão de Ética em Pesquisa nas Ciências Humanas da Associação Brasileira de Antropologia e da Comissão de Ciências Sociais e Humanas em Saúde da Abrasco. E-mail: rui.harayama@gmail.com

**Soraya Maria de Medeiros**

Enfermeira. Bacharel em Enfermagem e Obstetrícia. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Campus Central, Natal, Rio Grande do Norte. E-mail: sorayamaria\_ufrn@hotmail.com

**Thaylane Coutinho dos Santos Carneiro**

Nutricionista, sanitária, pesquisadora e atuou como preceptora e apoiadora do Programa Integrado de Residências da FESF-SUS/ FIOCRUZ. Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências da Vida. Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UNEB). E-mail: thaylanecoutinho@gmail.com

**Túlio Eduardo Nogueira**

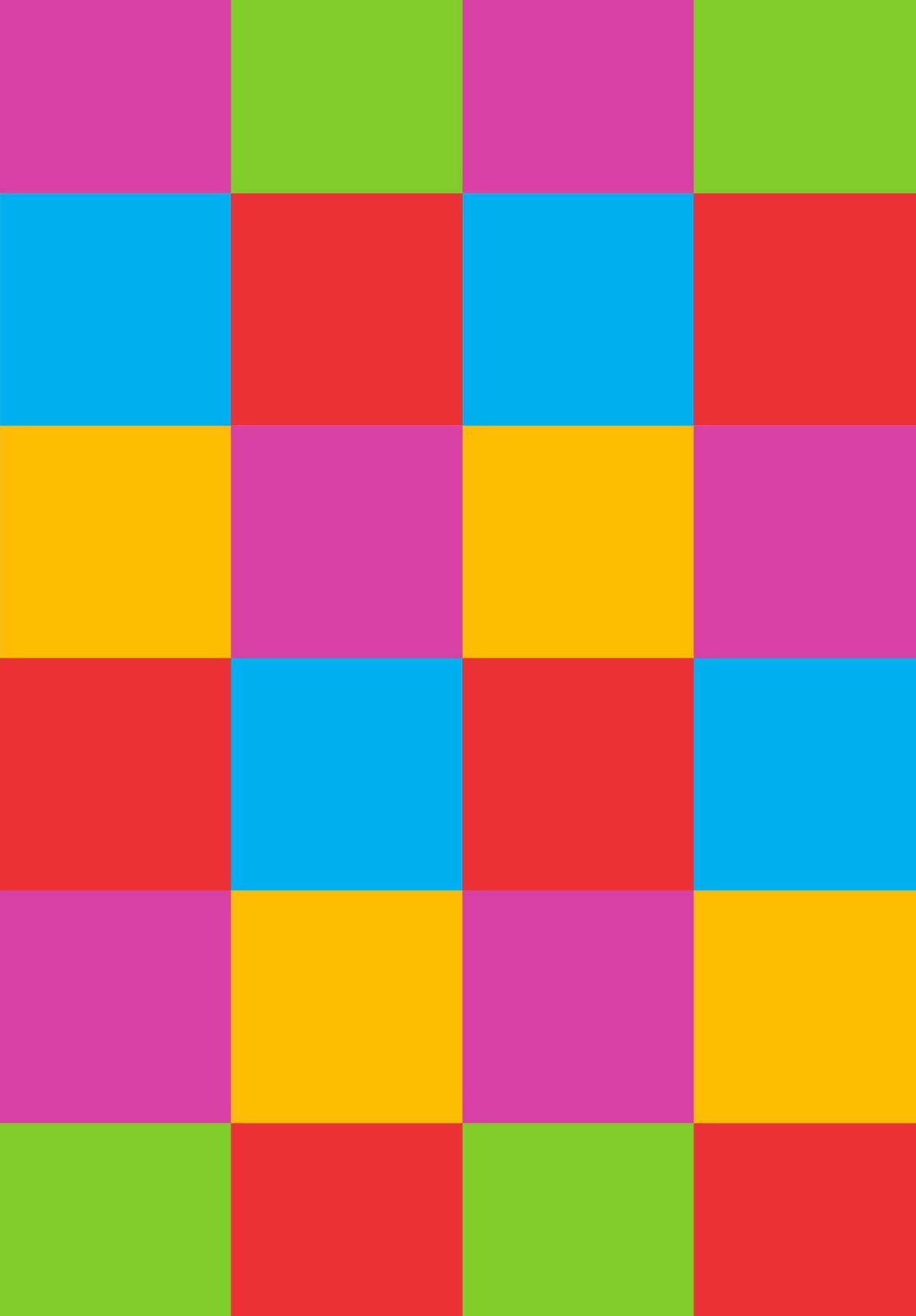
Cirurgião-dentista, mestre e doutor em Odontologia, Professor da Faculdade de Odontologia, Universidade Federal de Goiás Goiânia, Goiás. Professor supervisor do Estágio Comunitário Interprofissional do Centro de Formação Interprofissional em Saúde - CeFIS/UFG, em Firminópolis-GO. E-mail: tulio\_nogueira@ufg.br

**Virginia Junqueira**

Médica pela Universidade Federal de Minas Gerais com mestrado, doutorado e pós-doutorado na área de Saúde Coletiva e Economia Política da Saúde pela Universidade de São Paulo. Atuou como professora associada na UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo, Instituto Saúde e Sociedade, Santos, São Paulo. E-mail: virginia.junqueira@unifesp.br

**Vladimir Andrei Rodrigues Arce**

Fonoaudiólogo (UFMG), pós-doutorado pela EPSJV/FIOCRUZ, Doutor em Saúde Pública (UFBA), Mestre em Ciências da Saúde (UnB). Coordenador e pesquisador do PRONASF. Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar de Reabilitação e Saúde, Departamento de Fonoaudiologia. Docente dos Programas de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UNEB) e em Ciências da Reabilitação (PPG-REAB/UFBA). E-mail: vladimir.arce@ufba.br





ISBN 978-85-8236-164-1



9 788582 361641