


A residência multiprofissional em saúde da família como cenário para educação e práticas interprofissionais

Heloísa Pimenta Arruda Araújo^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-3583-4729>


Lucas Cardoso dos Santos^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-7337-2759>

Thiago da Silva Domingos³

 <https://orcid.org/0000-0002-1421-7468>

Rúbia Aguiar Alencar¹

 <https://orcid.org/0000-0002-6524-5194>

Objetivo: conhecer as experiências vivenciadas durante a residência por egressos de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família que puderam contribuir para o desenvolvimento da Educação Interprofissional e/ou Prática Colaborativa. **Método:** estudo qualitativo com residentes que ingressaram em 2017 em um Programa de Residência Multiprofissional de uma universidade pública brasileira, período em que a temática da interprofissionalidade foi implementada nas atividades da residência. Os dados foram coletados por meio de formulário eletrônico construído a partir do referencial teórico da educação interprofissional. A análise de conteúdo foi utilizada no processamento dos dados. **Resultados:** participaram nove residentes distribuídos entre as profissões de educação física, enfermagem, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social, sendo cinco do sexo feminino e média etária de 28,4. Emergiram duas categorias: a *Residência como cenário para a aprender com o outro* e a *Residência como cenário para compreender o papel do outro*. Educação e prática interprofissionais oportunizaram o desenvolvimento de competências colaborativas potencializando o trabalho em equipe e interprofissional. **Conclusão:** a lógica multiprofissional foi evidenciada na prática do residente e a inserção gradual de atividades como discussões de caso, atendimentos compartilhados e ações intersetoriais alinhadas ao referencial teórico-metodológico da interprofissionalidade favoreceu uma aproximação ao trabalho interprofissional.





Descritores: Relações Interprofissionais; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Comunicação Interdisciplinar; Equipe de Saúde; Educação Interprofissional.

¹ Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Departamento de Enfermagem, Botucatu, SP, Brasil.

² Sociedade Beneficente de Senhoras Hospital Sírio Libanês, Saúde Corporativa, São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Clínica e Cirúrgica, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Araújo HPA, Santos LC, Domingos TS, Alencar RA. Multiprofessional family health residency as a setting for education and interprofessional practices. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2021;29:e3450. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4484.3450>.

URL

mês dia ano

Introdução

A complexificação das necessidades de saúde constituída pelos determinantes do processo saúde-doença, pela mudança epidemiológica acompanhada por uma transição demográfica e pelo reconhecimento das fragilidades dos modelos de atenção à saúde atuais impõe, como horizonte normativo, o cuidado integral. Para tanto, destaca-se a importância de os profissionais de saúde trabalharem em equipes colaborativas na busca de serviços mais competentes e resolutivos⁽¹⁻²⁾.

A formação profissional tem sido campo de intensa discussão por ser tomada como elemento central na transformação do trabalho em saúde. Os sistemas educacionais e de saúde em diferentes países trabalham em torno da Educação Interprofissional (EIP) como estratégia pedagógica inovadora que resulte na consecução de Práticas Interprofissionais Colaborativas (PIC) e na qualificação da assistência^(1,3).

Com a intenção de potencializar o desenvolvimento de competências colaborativas para o trabalho em equipe, a EIP busca desenvolver a aprendizagem integrada e interativa entre duas ou mais profissões de saúde, permitindo uma maior compreensão dos papéis específicos de cada profissional. Já a PIC compreende um processo complexo e dinâmico, no qual profissionais com formações distintas trabalham de modo integrado e interdependente no compartilhamento de seus conhecimentos, habilidades e atitudes⁽⁴⁻⁵⁾.

Nesse modelo articulado de formação e assistência, a PIC tem a intenção de melhorar a qualidade da atenção à saúde que ocorre a partir de um efetivo trabalho em equipe, por sua vez fundamentado no desenvolvimento da EIP^(1,4-5). Argumenta-se a favor da efetividade da atuação em equipe interprofissional centrada no paciente quando comparada ao trabalho do profissional de saúde realizado isoladamente⁽⁶⁾.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desencadeou um importante movimento a partir do ano de 2010 ao lançar o Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa⁽⁷⁾. E a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) influenciou o processo de implementação da EIP e evidenciou a necessidade de pensar em iniciativas com objetivo de garantir a sustentabilidade da temática no meio acadêmico⁽⁸⁻¹⁰⁾.

No contexto brasileiro, algumas iniciativas e avanços políticos estimularam na formação profissional mudanças convergentes com a proposta da Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (EIPC), dentre as quais estão a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, o Programa de Saúde da Família em 1994, as Diretrizes Curriculares Nacionais em 2001 e a Resolução nº 569 de 8 de dezembro de 2017. Dentre

os pressupostos, princípios e diretrizes comuns para a graduação na área da saúde, consta, nessa resolução, o trabalho interprofissional, devendo estar expresso na formação de um profissional apto a atuar para a integralidade da atenção à saúde⁽¹¹⁾.

Os incentivos do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Saúde (MS) impulsionaram a reorientação dos currículos dos cursos da saúde, tanto no nível de graduação quanto de pós-graduação, por meio de alguns programas: Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), em 2002; Residências Multiprofissionais em Saúde, em 2005; Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), em 2006; Programa de Educação pelo Trabalho-Saúde (PET-Saúde) nas suas diferentes modalidades, a partir de 2008, e que atualmente conta com o PET-Saúde Interprofissionalidade⁽¹²⁻¹³⁾.

As Residências Multiprofissionais em Saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, representam uma possibilidade para contribuir com a reorientação do modelo assistencial por meio da formação profissional ao exigirem o aprendizado com, sobre e para o outro, além de aquisição de competências que possam subsidiar o planejamento de ações compartilhadas e o cuidado centrado no paciente, colocando-o como ator principal nesse processo⁽¹⁴⁾.

A despeito das já reconhecidas contribuições da EIPC para a formação do profissional da saúde, estudos nacionais e internacionais reforçam a necessidade da incorporação do referencial teórico da interprofissionalidade na formação do residente^(2,14-15). De modo complementar, o desenvolvimento de investigações científicas favorece e subsidia a construção de evidências acerca da implementação da EIPC na formação profissional. Nesse escopo, destaca-se a necessidade do acompanhamento e avaliação do percurso formativo de profissionais da área da saúde, que utilizam o arcabouço teórico da EIPC⁽¹⁶⁾.

Diante do contexto apresentado, justifica-se o desenvolvimento do presente estudo, que tem a intenção de explorar uma iniciativa educacional utilizando o referencial teórico da EIPC no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF). Para tanto, objetivou-se conhecer as experiências vivenciadas durante a residência por egressos de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família que puderam contribuir para o desenvolvimento da Educação Interprofissional e/ou Prática Colaborativa.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa⁽¹⁷⁾, que se debruçou sobre as práticas da EIPC e o valor a elas

atribuído pelos pós-graduandos egressos do PRMSF, atendendo aos passos recomendados pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)*⁽¹⁸⁾.

A pesquisa foi desenvolvida em uma instituição de ensino superior pública, situada em Botucatu-SP, Brasil. À época da realização desse estudo, o município possuía 144.820 habitantes, dos quais 40,5% estavam sob cobertura de 17 unidades Básicas de Saúde no modelo Saúde da Família e 57,0% sob cobertura de oito Unidades Básicas de Saúde (UBS), no modelo tradicional, e dois Centros de Saúde Escola (CSE)⁽¹⁹⁾.

Em 2003, o PRMSF foi ofertado pela primeira vez na instituição analisada apenas para os cursos de medicina e enfermagem. A partir de 2008, foram ofertadas 10 vagas, distribuídas nas categorias profissionais da seguinte forma: uma vaga para os cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social, e quatro vagas para o curso de enfermagem, tendo até o momento 59 egressos.

As atividades teóricas do PRMSF são distribuídas em módulo comum a todas as profissões e específico, perfazendo 1152 horas, desenvolvidas no âmbito da universidade, com objetivo de desenvolver a fundamentação teórica do trabalho em saúde no SUS e na reflexão da prática.

Dentre as estratégias de ensino utilizadas, tem-se a resolução de casos por meio da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) com a participação dos residentes dos dois anos de formação e das distintas categorias profissionais, com a facilitação dos tutores e coordenação da residência. O encontro entre o residente e seu tutor da mesma categoria profissional ocorre no espaço de tutoria com objetivo desenvolver discussões específicas à área profissional, além de possibilitar o encontro para reflexão do portfólio, construído a partir da prática vivenciada pelo residente e na forma de narrativas. Por fim, são oferecidas aulas teóricas que ocorrem junto a outros programas de residência da referida instituição a fim de desenvolver os raciocínios científico e epidemiológico, que são comuns às categorias profissionais.

Já as atividades práticas acontecem nos serviços da Rede de Atenção à Saúde e Psicossocial, como Unidades Saúde da Família (USF), Centro de Saúde Escola, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Escolas Estaduais, Pronto Socorro, Centro de Atenção Psicossocial e Núcleo de Vigilância Epidemiológica, cumprindo 4608 horas, com o total de 5070 horas ao longo dos dois anos. A escolha dos cenários de prática é realizada pela coordenação da residência, preceptores, tutores e a gestão municipal.

Cada turma do PRMSF é dividida e distribuída em quatro USF, sendo cada equipe formada por três ou quatro residentes que permanecem na mesma unidade durante os dois anos da residência. Os residentes da educação

física, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social têm inserção progressiva nas atividades desenvolvidas pela equipe do NASF do município, com destaque para o apoio matricial e reuniões intersetoriais. Já os enfermeiros e dentistas mantêm a inserção nas atividades das USF.

Nesse contexto, no PRMSF a partir de 2017 iniciou a discussão do referencial teórico da EIPC^(1-2,5,8,12) em atividades teóricas e teórico-práticas, no encontro de tutoria e nas discussões de caso buscando uma aproximação com o desenvolvimento do trabalho interprofissional.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: ter interesse em colaborar com essa pesquisa, ter obtido o título de especialista pelo programa em fevereiro de 2019 e ingressado no programa em março de 2017. A escolha por incluir apenas esse grupo de egressos ocorreu porque a discussão da EIPC teve início de forma intencional e implementada nas atividades do PRMSF no ano de 2017, temática ainda não abordada à época pelos outros programas. Não foram delineados critérios de exclusão.

Para seleção desta amostra, todos os egressos que obtiveram o título de especialista em Saúde da Família em fevereiro de 2019 foram convidados a participar, havendo porém uma única recusa justificada pela falta de tempo para responder o formulário.

A coleta de dados foi conduzida entre os meses de junho e julho de 2019 por uma pesquisadora do sexo feminino, graduada em enfermagem e, nesse período, residente do segundo ano do referido Programa de Residência. O fato de ser uma residente inserida no programa representou um elemento metodológico estratégico, cujo objetivo foi estabelecer uma identificação entre participante e pesquisadora, considerando a relação previamente estabelecida, com vistas a alcançar maior adesão dos participantes à pesquisa.

Importa ressaltar que foram seguidos os rigores do ponto de vista teórico-metodológico para a consecução de uma pesquisa com abordagem qualitativa. Neste estudo a expertise da equipe importou para a elaboração do instrumento e análise dos dados.

Após contato por telefone para informar o objetivo da pesquisa e o esclarecimento de dúvidas, a pesquisadora compartilhava o instrumento de coleta de dados por meio de um aplicativo de gerenciamento de pesquisas (*Google Forms*).

A utilização pela estratégia de coleta de dados em um ambiente *on-line* foi considerada pensando nos benefícios que o seu uso traz, como a possibilidade do participante acessar a pesquisa no momento desejado em casos de estratégias assíncronas, do pesquisador acompanhar o desenvolvimento da pesquisa à medida que os dados vão sendo preenchidos na plataforma digital e do não

envolvimento do pesquisador com os participantes, proporcionando neutralidade⁽²⁰⁾.

Fundamentado sobre o referencial da EIP^(1,6-8,10,12), após cuidadosa elaboração e planejamento, o instrumento de coleta de dados *on-line* foi implementado inicialmente em um estudo piloto, com o objetivo de aperfeiçoá-lo e de gerar nos pesquisadores reflexões acerca dos dados encontrados e, com isso, o alcance do objetivo proposto. Os resultados encontrados nesta etapa não foram utilizados na pesquisa, mas permitiram ajustes no instrumento e maior domínio e preparo da pesquisadora para o processo de coleta de dados.

Ao se declarar estar de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o participante era direcionado à primeira parte do formulário, que continha perguntas fechadas para caracterização demográfica, ocupacional (nome, sexo, idade e categoria

profissional) e acadêmica (instituições de ensino frequentadas durante sua formação).

Na segunda parte, para explorar a temática da pesquisa, foram elaboradas questões abertas a serem respondidas pelos participantes, sem limite de caracteres, com o intuito de oportunizar espaço livre para reflexão e descrição de suas experiências e percepções.

As questões foram elaboradas a partir de publicações com abordagem qualitativa e objeto de estudos semelhante^(1-2,5,8,12,14,21) que consideraram itens a serem explorados na composição das questões como as descritas na Figura 1, em que versavam sobre: o motivo da escolha profissional, as experiências ao longo da graduação e da Residência em relação a EIPC e as categorias profissionais que se destacaram em seu processo de ensino-aprendizagem.

Itens explorados na composição das questões	Questões
Motivação para a escolha profissional	Por que você escolheu o seu curso de graduação?
Experiências com outras categorias profissionais ao longo da graduação	Durante sua graduação você teve a oportunidade de ter aulas/atividades com alunos de cursos de outras áreas? Se sim, nos conte como se davam essas aulas/atividades:
Interação com categorias profissional, podendo ser um outro membro da residência ou então trabalhador do serviço de saúde em questão	Qual(is) profissão(ões) você elencaria como mais importante(s) para o seu processo de ensino-aprendizagem durante a residência? Considere em sua resposta as profissões da equipe de saúde dos serviços e da residência.
Aprendizado com, sobre e para o outro acerca de atitudes, percepções, papéis, responsabilidades e relações com o cuidado em saúde.	Da(s) profissão(ões) elencada(s) na pergunta anterior, fale sobre o que você aprendeu acerca das atitudes, percepções, papéis, responsabilidades e relações com o cuidado em saúde?
Vivências com algum profissional, outro residente e/ou paciente, contextualizando a importância da mesma para sua formação.	Elabore um texto no formato de narrativa reflexiva sobre alguma vivência ocorrida durante a residência em que você teve a oportunidade de realizar/experienciar com algum profissional ou outro residente, contextualizando a importância da mesma para sua formação profissional.

Figura 1 - Itens explorados na composição de questões do instrumento. Botucatu, SP, Brasil, 2019

A terceira parte do formulário referiu-se à composição de uma Narrativa Reflexiva⁽²²⁾ em que os participantes deveriam narrar alguma vivência ocorrida durante a residência com outro profissional, residente e/ou paciente que pudesse ser considerada marcante para sua formação profissional.

Vale ressaltar que a opção de solicitar aos participantes a escrita de uma narrativa reflexiva realizou-se por essa já ser uma estratégia de ensino usada no contexto do PRMSF e ainda se apresentar como relevante no ensino e na pesquisa. Essa reflexão sobre a ação e o momento passado permite novos sentidos e maior compreensão acerca daquilo que foi experienciado⁽²²⁾.

O tempo para responder as perguntas e construção da narrativa foi livre, durando em média 20 minutos a depender da narrativa reflexiva construída por cada um dos participantes.

Para garantir o sigilo dos participantes, foi atribuído um código alfanumérico composto pela letra "R" sucedida de um algarismo quando utilizados excertos oriundos das questões que compunham a primeira parte do instrumento. No caso

de trechos extraídos das narrativas reflexivas, utilizou-se a letra "N" também seguida de um algarismo.

O processamento dos dados foi guiado pela Análise de Conteúdo, enquanto o fenômeno estudado foi interpretado à luz do referencial teórico-conceitual da EIPC^(1-2,5,8,12).

A Análise de Conteúdo é considerada como um conjunto de técnicas com a utilização de passos sistemáticos e objetivos para descrever discursos diversificados e colocar em evidência a natureza e as forças relativas dos estímulos aos quais o sujeito é submetido⁽²³⁾.

A análise do material gerado a partir da aplicação do instrumento utilizado seguiu três etapas: leitura flutuante, em que se deu o primeiro contato com o material analisado; classificação dos elementos dos textos em um sistema de categorias de acordo com o seu significado; tratamento dos resultados obtidos e interpretação⁽²³⁾.

A codificação se deu a partir dos relatos dos participantes que foram recortados e agrupados tematicamente, dando origem a duas categorias centrais, como retratado na Figura 2 abaixo:

Referencial Teórico	Categorias Centrais	Categorias Empíricas	Subcategorias	Representação das Subcategorias
Educação Interprofissional	A Residência como cenário para aprender com o outro	Relações interpessoais	Residente-Residente	R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9
			Residente-Profissional da saúde	R1, R2, R3, R4, R7
			Residente-Comunidade	R2, R5, R6, R9
			Intersetorialidade	R4, R7
	A Residência como cenário para compreender o papel do outro	Potencialização da PIC*	Reconhecer atuação de outras categorias profissionais	R1, R2, R3, R4, R5, R7, R8, R9
			Desconstruir conceitos prévios	R3, R4
			Habilidades a serem incorporadas na própria prática	R1, R2, R3, R4, R5, R8, R9
			Reconhecer limites profissionais	R2, R3, R4, R5, R8

*PIC = Prática Interprofissional Colaborativa

Figura 2 - Apresentação do referencial teórico, categorias centrais, empíricas e subcategorias. Botucatu, SP, Brasil, 2019

O TCLE, como exposto, foi ofertado de forma eletrônica, antes da apresentação do instrumento de coleta de dados, com orientação sobre os objetivos da pesquisa e o caráter não obrigatório de sua participação, conforme a Resolução nº 466/2012⁽²⁴⁾. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 07/06/2019, sob o parecer nº CAAE 13990519.0.0000.5411.

Resultados

A Figura 3 apresenta as principais características dos participantes. Observa-se uma maioria do sexo feminino, com média etária de 28,4 anos, oriundos de cursos de graduação vinculados a instituições públicas e sem a realização de atividades acadêmicas teóricas e práticas compartilhadas com alunos de cursos diferentes, conhecido como modelo de formação uniprofissional.

Participante	Sexo	Idade	Categoria Profissional	IES	Experiência de EIP na graduação
R1	Feminino	26	Psicologia	Pública estadual - presencial	Momentos com psicólogos, enfermeiros, médicos, técnicos durante estágio em serviços da Atenção Primária à Saúde. Não teve contato com outras categorias profissionais. Refere como dificultador a estrutura física da instituição que era isolada dos outros cursos. Buscou projeto de extensão que propiciou interação com biologia, biomedicina, enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, psicologia e veterinária.
R2	Masculino	29	Odontologia	Pública estadual - presencial	Não teve contato com outras categorias profissionais. Buscou projeto de extensão e teve contato com médicos.
R3	Masculino	25	Nutrição	Pública estadual - presencial	Uma disciplina em conjunto com alunos de medicina.
R4	Feminino	32	Enfermagem	Pública estadual - presencial	Diversas disciplinas que proporcionaram o contato com outras categorias profissionais da área da saúde.
R5	Feminino	26	Enfermagem	Pública estadual - presencial	Uma disciplina em conjunto com alunos de medicina.
R6	Feminino	25	Enfermagem	Pública estadual - presencial	Não teve contato com outras categorias profissionais. Buscou projeto de extensão e teve contato com alunos de psicologia.
R7	Masculino	28	Serviço Social	Privada - presencial	Uma disciplina em conjunto com alunos de medicina.
R8	Feminino	25	Enfermagem	Pública estadual - presencial	Não teve contato com outras categorias profissionais.
R9	Masculino	40	Educação Física	Pública estadual - presencial	

Figura 3 - Caracterização dos participantes da pesquisa. Botucatu, SP, Brasil, 2019

A análise do corpus qualitativo permitiu construir duas categorias: *A Residência como cenário para aprender com o outro* e *A Residência como cenário para compreender o papel do outro*.

A categoria *A Residência como cenário para aprender com o outro* trata sobre a vertente do residente aprender com diferentes atores representados nos discursos dos participantes pelos profissionais dos serviços, outros residentes e usuários.

A relação próxima com profissionais dos serviços foi relatada como oportunidade de troca de saberes e de planejamento do cuidado de maneira compartilhada: [...] *discussões com os profissionais do território foram essenciais, pois eles acumulavam muitas experiências sobre a comunidade, bem como do território* (N7); e [...] *sempre foi bem claro a presença da equipe, extremamente importante para o processo de aprendizado em uma residência* (N1).

Os Encontros que permitiram a interação dos diferentes atores ocorreram em diferentes momentos, como relatado: [...] *havia consultas compartilhadas, discussões em equipe dos casos que julgávamos mais complexos, visitas domiciliares multiprofissionais, trabalhos intersetoriais* (N4). Porém, a atuação dos participantes com as diferentes profissões ocorreu majoritariamente por meio de discussões de caso tidos como [...] *espaços nos quais enxergávamos os pontos de convergência entre as atuações profissionais e as unificávamos a fim de construir um plano de cuidado em comum* (N6), bem como uma oportunidade de discutir, pensar em estratégias, identificar situações que muitas vezes passou despercebido por mim [...] (R2).

Os atendimentos compartilhados foram mencionados como acontecimentos pontuais e específicos a partir da identificação da necessidade do participante em acessar o núcleo do conhecimento de outra profissão, como explicitado na fala: [...] *potencializaram minha prática com informações e técnicas, mas também me fizeram conseguir reconhecer os limites da minha profissão e a importância da abordagem conjunta* (R5).

Os participantes apontaram que o trabalho com os profissionais de outros serviços, realizado com diferentes equipamentos da Rede de Atenção à Saúde, resultou em uma aproximação com a comunidade e suas reais necessidades sociais e de saúde por meio de atividades coletivas planejadas, como destacou o relato: [...] *atividades eram planejadas em conjunto com a unidade de saúde, equipamento social e residentes, que além de desenvolver habilidades de trabalho em equipe [...] conscientização política e crítico sobre o contexto da comunidade, nos permitindo um olhar para além das unidades e serviços de saúde* (N4).

Além disso, a corresponsabilização entre os profissionais e residentes e o usuário foi significativa ao colocá-lo no centro do cuidado: [...] *essa corresponsabilidade*

entre os profissionais e o usuário é entendida no dia-a-dia do trabalho e constrói experiências significativas (R6).

A interação com os usuários dos serviços também foi percebida como um momento importante para o fortalecimento das relações e a percepção e sensação de pertencimento à equipe do serviço pelo residente: [...] *eu fiz toda a abordagem, todas as orientações, todos os questionamentos necessários para, assim, pensarmos [residente e usuário] nos próximos passos* (N2); e [...] *criação de vínculos importantes com usuários do serviço que passaram a nos procurar e confiar no nosso trabalho* (N5).

As experiências positivas a partir da relação próxima com a comunidade foram lembradas, em sua grande maioria, através das atividades em grupo que permitiram a articulação de conhecimentos técnicos e populares para, assim, atender às necessidades coletivas e não apenas individuais.

A relação entre os próprios participantes foi pontuada como significativa por todos, sendo considerada uma oportunidade ímpar de aprender com a experiência e a prática do outro: [...] *minha colega de trabalho tinha outras experiências, da qual contribuíram para melhor compreensão da demanda a ser trabalhada, bem como outros instrumentos de intervenção* (N7).

Alguns apontaram ainda quais categorias profissionais tiveram papel diferenciado durante a trajetória na residência e o impacto positivo para sua formação profissional voltada para a PIC, sendo a categoria mais citada pelos participantes a psicologia, como explicitado: [...] *a possibilidade de trocar experiências com o profissional em questão [psicólogo] me auxiliou a reconhecer, de uma forma mais sensível, algumas atitudes dos pacientes, permitindo abordagens e orientações mais próximas da realidade* (R3).

Foi relatado, além disso, que aprender com o colega com formação profissional diferente permitiu a aquisição de conhecimentos que viabilizaram abordagens e orientações mais próximas da realidade dos usuários, família e comunidade: [...] *a Assistência Social me abriu a cabeça para outras formas de enxergar e intervir na saúde [...]. Suas atitudes levavam em conta sempre o contexto pessoal e social dos indivíduos* (R9).

Foi possível constatar que, por meio das interações e relações dos participantes com os diferentes atores envolvidos na assistência, se ampliou a abordagem ao usuário mesmo quando realizada individualmente, devido ao estabelecimento de conexões entre as diferentes áreas do conhecimento: [...] *aprendi a ter escuta qualificada e [fazer o] acolhimento do sofrimento do outro, além de aprender o manejo dessas questões dentro das minhas limitações da profissão* (R8).

A categoria *A Residência como cenário para compreender o papel do outro* versa sobre a relevância de se conhecer os diferentes papéis das profissões como forma de potencializar o trabalho em equipe e colaborativo.

Ao analisar as narrativas, percebeu-se que os cenários de prática da residência oportunizaram identificar e compreender o papel do outro, como evidenciado no excerto a seguir, no qual um participante passa a enxergar diferentes formas de atuação de uma colega com formação profissional diferente da sua: [...] a enfermagem superou o campo da assistência direta ao paciente, acrescentando conhecimentos principalmente na área gerencial (R3).

Além disso, apresentou-se também como uma oportunidade de desconstruir conceitos prévios sobre as outras profissões: [...] tinha a visão de um profissional [da educação física] preocupado apenas com questões estéticas e desempenho esportivo (R3); e [...] quando eu entendo qual o papel de cada profissional na equipe, eu amplio o meu olhar e as possibilidades que podem ser ofertadas (R4).

Por outro lado, observaram-se relatos que retratam uma compreensão estereotipada e limitada das profissões: [...] os profissionais coletaram informações sobre toda a história de vida da paciente. O educador físico [...] recomendando diversos exercícios específicos, o nutricionista fez adequações nutricionais [...] (R3).

Alinhado a essa fragilidade, identificou-se em alguns relatos que o termo utilizado por vezes foi o “multiprofissional”, o que evidenciou a falta de domínio dos termos EIPC por parte dos egressos.

Aproximar-se de diferentes categorias profissionais propiciou também realizar uma reflexão sobre as mesmas, o que oportunizou ao participante enxergar no outro as habilidades e as atitudes a serem incorporadas em sua prática profissional, como relatado: Na nutrição, percebi que a atitude do profissional é [...] organizada e [...] pautada nas evidências [...]. Já com o Assistente Social, pude perceber [...] que suas atitudes levavam em conta sempre o contexto pessoal e social dos indivíduos (R9); e com os profissionais de odontologia, aprendi questões teóricas e técnicas, específicas da área, o que me proporcionou um maior repertório nas minhas orientações (R8).

Consequentemente, o aprendizado de profissionais dos serviços e dos egressos sobre o papel e a importância do outro foi considerado positivo para o cuidado ofertado, como explicitado: Percebo, então, que muitos são os ganhos quando os profissionais entendem e acreditam no trabalho interprofissional, tanto para engrandecimento profissional quanto para o cuidado direto do paciente (N8).

Um contraponto ao reconhecimento dos limites de atuação das profissões é o que há de comum entre elas, fazendo desse encontro um espaço potente para a construção e ampliação do cuidado. Porém, muitas vezes não é realizada pelos serviços, que dão preferência a atividades executadas de maneira multiprofissional com pouca interação entre os envolvidos.

Considerando um caminho árduo para a EIPC, alguns fatores foram identificados como barreiras para a sua execução, como pontuaram os seguintes participantes:

[...] a forma como estão organizados os serviços, de modo que não incentivam ou colaboram para que se realizem (N4); [...] delineamento dos papéis de cada profissional é algo que traz muita tensão. Para alguns, o trabalho interprofissional é uma ameaça à sua autonomia como profissional (R6); e [...] um caminho árduo, pois envolve diferentes sujeitos de formações distintas, mas ao mesmo tempo é efetivo, eficiente e recompensador (N3).

Discussão

Como evidenciado nos resultados, a Residência Multiprofissional em Saúde, por estar organizada na lógica do trabalho em equipe e rede, apresenta-se como uma modalidade de formação interprofissional ao oportunizar a articulação de distintos olhares profissionais que compõem os programas e serviços, bem como com os residentes e profissionais e desses com outros setores, usuários e suas famílias, quando guiada pelos pressupostos da PIC⁽²⁵⁾.

No Brasil, ainda que o SUS esteja pautado nos princípios da universalidade, integralidade e equidade, e com o foco no trabalho em equipe, o processo de formação mantém-se organizado em modelos curriculares essencialmente uniprofissionais, trazendo como consequência o trabalho fragmentado e isolado das profissões da saúde⁽²⁶⁻²⁹⁾.

Em contraponto, experiências internacionais como no Canadá e nos Estados Unidos se mostram mais avançadas ao relatar que a PIC tem possibilitado o trabalho em equipe integrado, apresentando impactos positivos no cuidado em serviços da atenção primária e trazendo como categorias profissionais mais propensas para esta prática os assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, médicos, profissionais da saúde mental e nutricionistas⁽²⁾.

Nesse sentido, convergindo com o achado na literatura⁽²⁾, os participantes desse estudo identificaram e reconheceram o residente psicólogo como aquele com papel importante na formação do colega de outra profissão.

As transformações nos sistemas educacionais e de saúde devem ocorrer nos níveis das relações interpessoais, dos processos de mudanças curriculares e das políticas de saúde e educação, de maneira interdependente e articulada, proporcionando a reorganização do processo de trabalho em saúde e a melhoria da assistência ofertada^(1,5).

Diante disso, conforme exposto pelos participantes da pesquisa, a EIP na perspectiva do aprender com, sobre e para o outro tem sido apontada como sendo capaz de promover mudanças na formação profissional por melhorar a integração ensino-serviço e as relações profissionais de modo a buscar o enfrentamento dos problemas sociais e de saúde^(1,30-31).

Nesse contexto, como iniciativa da OMS, o Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa reforça o papel dos sistemas de saúde e de educação,

mapeando as iniciativas à época e sendo um grande norte para as experiências nacionais e internacionais⁽⁷⁾.

As experiências brasileiras de EIP têm envolvido estudantes de diferentes categoriais profissionais - assistentes sociais, educador físico, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais - com a utilização de práticas pedagógicas no início da graduação viabilizadas no contexto do trabalho em saúde. A perspectiva dos estudantes dessas experiências enfatiza a importância do professor como mediador no processo formativo para a reflexão crítica e intencional em torno da desconstrução de estereótipos, do compartilhamento de práticas e de saberes, e da aprendizagem com e sobre o outro^(14,32).

A integração ensino-serviço discutida no cenário holandês reitera envolvimento do paciente com condições crônicas no contexto de EIP. Estudantes universitários da enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia e medicina participam de três módulos em que pacientes com condições crônicas compartilham as experiências pessoais no que se refere ao cuidado ofertado nos serviços de saúde. Esse ambiente de interação entre graduando-paciente organizados em pequenos grupos e facilitado por um docente resultou uma abordagem mais compreensiva e empática, intencionando os estudantes para a prática do cuidado centrado na pessoa⁽²⁷⁾.

Nesse caminho, mudanças na perspectiva da PIC ocorrem à medida que o cuidado em saúde tem seu foco no usuário, sendo reconhecido como um processo compartilhado que integra, além disso, as famílias, a comunidade e os diferentes profissionais⁽²⁶⁻²⁹⁾. Três dimensões permitiram identificar uma efetiva integração interprofissional: o perfil dos estudantes, o contato com a equipe e a duração, possibilitando maior experiência e maior conhecimento em relação ao serviço⁽³²⁻³³⁾.

As vivências e a troca de experiências com os usuários nos diversos contextos e equipamentos do território e nas atividades em grupo, no contexto da Atenção Primária à Saúde, foram mencionadas pelos participantes como oportunidades ideais para uma formação interprofissional e o contato direto com as necessidades da população, sendo um processo de intenso aprendizado para o estudante, os profissionais do serviço e os usuários⁽³³⁻³⁴⁾.

Logo, a corresponsabilização e a atenção centrada no paciente trazidas nos discursos devem ser entendidas como domínios e elementos essenciais para o trabalho em equipe e interprofissional⁽³⁴⁾. Ao reforçar o compartilhamento de responsabilidades entre os profissionais e o usuário, a PIC se mostra como uma potente estratégia no reconhecimento e no reforço de práticas que colocam o paciente no centro do seu cuidado, bem como uma iniciativa que constrói relações mais simétricas entre os atores envolvidos nesse processo⁽²⁶⁻²⁹⁾.

As experiências relatadas acerca da EIP apontam mudanças importantes no perfil dos egressos do Programa de Residência analisando evidenciadas no entendimento de que aprender sobre o papel do colega de outra profissão permitiu-lhes qualificar o trabalho em saúde. Além disso, compreendeu-se que o aprendizado com e sobre o outro resulta na superação do desconhecimento de outros núcleos profissionais, na formação voltada para o trabalho em equipe e no desenvolvimento de competências necessárias para a colaboração^(1,3,30,32,35).

Consideram-se competências a combinação de conhecimento, habilidades e atitudes, podendo ser divididas em três tipos. As competências comuns são aquelas semelhantes entre as profissões, que podem ser praticadas por todos os profissionais. As competências específicas distinguem as profissões entre si, enquanto as competências colaborativas configuram as habilidades necessárias para que o trabalho em conjunto seja efetivo⁽³⁶⁾.

A partir do reconhecimento dos participantes acerca das fronteiras entre as profissões, que por vezes são móveis e se sobrepõem, atenta-se para a importância das competências colaborativas comporem o perfil dos profissionais de saúde por permitirem a resolução de conflitos interprofissionais, a tomada de decisão compartilhada, a clareza dos papéis, a atenção centrada no usuário/família/comunidade e uma comunicação interprofissional efetiva^(33-34,37).

O impacto positivo na avaliação da efetividade da PIC no cuidado aos pacientes e na dinâmica de trabalho nos serviços de saúde foi demonstrado por meio de um estudo de revisão sistemática, indicando como resultados: adesão aos protocolos de atendimento, satisfação do usuário em relação à assistência recebida, compartilhamento de saberes na tomada de decisões por parte dos profissionais, prática colaborativa e diminuição de erros na assistência ofertada⁽²⁾.

Tais evidências vão ao encontro dos resultados desta pesquisa e de outros achados na literatura nacional^(4-5,14) e internacional^(2,27-28,30), pois as relações interpessoais e interprofissionais operadas pela residência oportunizam espaços de reflexão-ação, diversos momentos de trocas, melhor planejamento do cuidado, compreensão das demandas de saúde e sociais dos usuários e suas famílias, bem como a aquisição de competências colaborativas que viabilizaram melhor orientação da assistência.

Ao pensar no trabalho interprofissional, é importante considerar que uma das condições para sua ocorrência é que a equipe seja multiprofissional. Porém, em uma equipe organizada na lógica multiprofissional, não necessariamente ocorre interação e colaboração entre as profissões. Por outro lado, uma equipe interprofissional articula-se a partir das interações dos diferentes profissionais com vistas à colaboração e em torno de um objetivo comum e explícito, que é o cuidado ao usuário^(1,4-5).

A literatura evidencia algumas barreiras para a não efetivação da EIPC que convergem para os discursos dos participantes, como a falta de entendimento e o pouco conhecimento sobre o papel de outros profissionais, além da compreensão da interprofissionalidade como sinônimo da multiprofissionalidade^(3,38).

Ademais, a formação guiada pela hegemonia biomédica e pelo modelo Flexneriano de saúde, a competitividade no campo do cuidado, o medo de perder a identidade profissional^(1,30,39), a estrutura curricular uniprofissional que dificulta uma aprendizagem comum, os papéis históricos de cada profissão e a falta de compreensão do contrato social que cada profissão tem com os pacientes⁽¹²⁾ também tornam limitada a adoção dessas práticas.

Considerando essas dificuldades e barreiras, são apontadas algumas estratégias para implementação de espaços de formação interprofissionais, tais como: a utilização da aprendizagem baseada em problemas e da aprendizagem *on-line*; estrutura curricular flexível; grupos de trabalho que apoiem a proposta, assim como docentes e direção da universidade; apoio financeiro para implementação e manutenção das atividades de educação interprofissional; participação dos discentes, professores e profissionais dos serviços para avaliação e construção dos currículos dos cursos⁽³⁸⁾.

As contribuições do estudo indicam a importância de inserir gradualmente a discussão da EIPC, pois observa-se que neste PRMSF o trabalho desenvolvido pelos residentes ocorre na lógica da multiprofissionalidade. Desse modo, o trabalho intencional e planejado, envolvendo os atores da residência com objetivo de incorporar os referenciais teóricos e metodológicos da EIPC no Projeto Político Pedagógico, é elemento fundamental para potencializar a interprofissionalidade. Considerando que a residência ocorre na interface dos cenários de prática, ressalta-se a importância de articular o trabalho em saúde como fator determinante para o processo de formação na lógica interprofissional.

Dentre as limitações do estudo tem-se a técnica de coleta de dados, uma vez que a utilização da entrevista face a face ou do grupo focal poderiam ter proporcionado aprofundamento nas respostas dos participantes. Além disso, a não-inclusão de outras instituições de ensino e egressos de outros programas de residências multiprofissionais em saúde limitou a amplitude dos achados dessa investigação.

Conclusão

O estudo evidenciou que o trabalho desenvolvido durante o PRMSF ocorre na lógica da multiprofissionalidade com tendência para o trabalho interprofissional desencadeado por ações que envolvem o referencial teórico

metodológico da EIPC concretizadas na discussão de caso com todas as categorias profissionais da residência, nas vivências práticas que ocorrem durante uma consulta compartilhada, na visita domiciliar, na realização de grupos de educação em saúde e nas ações intersetoriais.

Vale ressaltar que as atividades citadas acima necessitam ser propostas intencionalmente para o programa de residência e alinhadas com os cenários de prática, pois acredita-se que dessa forma a EIPC proporciona a formação de profissionais aptos ao trabalho colaborativo.

No contexto da residência, a interprofissionalidade se mostra como estratégia relevante para a formação profissional e melhora da qualidade da assistência, a partir do planejamento compartilhado do cuidado, do usuário como centro do cuidado, do aprendizado sobre as demais profissões e da troca de saberes com o outro.

Referências

1. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2016;20(56):185-96. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>
2. McCutcheon LRM, Haines ST, Valaitis R, Sturpe DA, Russell G. Impact of Interprofessional Primary Care Practice on Patient Outcomes: A Scoping Review. *SAGE Open* 2020;10(2):1-17. doi: <https://doi.org/10.1177/2158244020935899>
3. Montanari PM. Work training in undergraduate degrees in health. *Saúde Soc*. [Internet]. 2018;27(4):980-6. doi: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180974>
4. Batista REA, Peduzzi M. Collaborative interprofessional practice in emergency services: specific and shared functions of physiotherapists. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(2):1685-95. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0755>
5. Peduzzi M, Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care Interface (Botucatu). 2018;22(2):1525-34. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
6. Costello M, Huddleston J, Atinaja-Faller J, Wood A, Barden J, Adly S. Simulation as an Effective Strategy for Interprofessional Education. *Clin Simul Nurs*. 2017;13(12):624-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2017.07.008>
7. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. [Internet]. Geneva: WHO; 2010 [cited 21 Oct, 2020]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf;jsessionid=D9D0E68A164410785CCC31CA8E3BADD0?sequence=1
8. Pan American Health Organization. Interprofessional Education in Health Care: Improving Human Resource

- Capacity to Achieve Universal Health. Report of the Meeting. Bogota, Colombia, 7-9 December, 2016. [Internet]. Washington: PAHO; 2017 [cited Jul 22, 2020]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34353/PAHOHSS17024_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Ministério da Saúde (BR), 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? [internet]. Brasília; 2018 [Acesso 22 jul 2020]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf
10. Silva FAM, Cassiani SHB, Freire Filho JR. A Educação Interprofissional em saúde na Região das Américas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e3013. doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.3013>
11. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº. 569, de 8 de dezembro de 2017. [Internet]. Diário Oficial da União, 26 fev 2018 [Acesso 22 jul 2020]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>
12. Freire Filho JR, Silva CBG, Costa MV, Forster AC. Interprofessional Education in the policies of reorientation of professional training in health in Brazil. *Saúde Debate*. 2019;43(1):86-96. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042019s107>
13. Almeida RGS, Teston EF, Medeiros AA. A interface entre o PET-Saúde/Interprofissionalidade e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Saúde Debate*. 2019;43:97-105. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019s108>
14. Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. Interprofessional Education and shared practice in multiprofessional health residency programs. *Interface (Botucatu)*. [Internet]. 2018;22(Supl.1):1325-37. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622017.0186>
15. Samuriwo R, Laws E, Webb K, Bullock A. "I didn't realise they had such a key role" Impact of medical education curriculum change on medical student interactions with nurses: a qualitative exploratory study of student perceptions. *Adv Health Sci Educ*. 2020;25:75-93. doi: <https://doi.org/10.1007/s10459-019-09906-4>
16. Khalili H, Thistlethwaite J, El-Awaisi A, Pfeifl A, Gilbert J, Lising D et al. Orientação para a educação interprofissional global e pesquisa sobre a prática colaborativa: Documento de trabalho. [Internet]. 2019 [Acesso 21 out 2020]. Disponível em: https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2019/guia_orientacion_po.pdf
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed, São Paulo: Hucitec; 2014.
18. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Sep;19(6):349-57. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Cobertura da Atenção Básica. [Internet]. 2019 [Acesso 22 jul 2020]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>
20. Salvador PTCO, Alves KYA, Rodrigues CCFL, Oliveira LV. Estratégias de coleta de dados online nas pesquisas qualitativas da área da saúde: scoping review. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20190297. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190297>
21. Santos LC, Simonetti JP, Cyrino AP. Interprofessional education in the undergraduate Medicine and Nursing courses in primary health care practice: the students' perspective. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(Suppl 2):1601-11. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0507>
22. Gomes R, Lima VV. Narratives on educational processes in health. *Ciêns Saúde Coletiva*. 2019;24(12):4687-97. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.10852018>
23. Bardin L. Análise de conteúdo. [Internet]. São Paulo: Edições 70; 2016 [Acesso em 22 jul 2020]. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>
24. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Internet]. Diário Oficial da União, 13 dez 2012 [Acesso 22 jul 2020]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
25. Araujo MBS, Rocha PM. Teamwork: a challenge for family health strategy consolidation. *Cienc Saúde Colet*. 2017;12:455-64. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200022>
26. Bollen A, Harrison R, Aslani P, van Haastregt JCM. Factors influencing interprofessional collaboration between community pharmacists and general practitioners - A systematic review. *Health Soc Care Community*. 2019;27:e189-e212. doi: [10.1111/hsc.12705](https://doi.org/10.1111/hsc.12705)
27. Romme S, Bosveld MH, Van Bokhoven MA, Jooyer JD, Besselaar HV, Van Dongen JJJ. Patient involvement in interprofessional education: A qualitative study yielding recommendations on incorporating the patient's perspective. *Health Expectations*. 2020;00; 1-15. doi: [10.1111/hex.13073](https://doi.org/10.1111/hex.13073)
28. Sanko J, McKay M, Shekhter I, Motola I, Birbach DJ. What participants learn, with, from and about each other during interprofessional education encounters: A

- qualitative analysis. *Nurse Education Today*. 2020;88. doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104386>
29. Ito M, Hida T, Goto K, Goto M, Kanada Y, Ohtsuki M. Moving beyond superficial communication to collaborative communication: learning processes and outcomes of interprofessional education in actual medical settings. *Fujita Med J*. 2020;6(4):96-101. doi: <https://doi.org/10.20407/fmj.2019-026>
30. Sangaleti C, Schweitzer MC, Peduzzi M, Zobel ELCP, Soares CB. Experiences and shared meaning of teamwork and interprofessional collaboration among health care professionals in primary health care settings: a systematic review. *JBIS Database System Rev Implement Rep*. 2017;15:2723-88. doi: <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2016-003016>
31. Groessl JM, Vandenhouten CL. Examining Students' Attitudes and Readiness for Interprofessional Education and Practice. *Education Research International*. 2019;2019:2153292. doi: <https://doi.org/10.1155/2019/2153292>
32. Itzhaki M, Leurer MK, Warshawski S, Bar MA. Preparedness of health professions students for interprofessional collaboration: a mixed method study. *Teach High Educ*. 2020. doi: <https://doi.org/10.1080/13562517.2020.1769057>
33. Findyartini A, Kambey DR, Yusra RY, Timor AB, Khairani CD, Setyorini D, et al. Interprofessional collaborative practice in primary healthcare settings in Indonesia: A mixed-methods study. *J Interprof Educ Pract*. 2019;17:100279. doi: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2019.100279>
34. Miller R, Scherpbier N, van Amsterdam L, Guedes V, Pype P. Inter-professional education and primary care: EFPC position paper. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20(e138):1-10. doi: <https://doi.org/10.1017/S1463423619000653>
35. Aggar C, Mozolic-Staunton B, Scorey M, Kemp M, Lovi R, Lewis S. Interprofessional primary healthcare student placements: qualitative findings from a mixed-method evaluation. *International Int J Work Integr Learn*. [Internet]. 2020 [cited Jul 22, 2020];21(3):223-34. Available from: https://www.researchgate.net/publication/341072313_Interprofessional_primary_healthcare_student_placements_Qualitative_findings_from_a_mixed-method_evaluation
36. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(Esp 2):16. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003>
37. Fox S, Gaboury I, Chiocchio F, Vachon B. Communication and interprofessional Collaboration in Primary Care: From Ideal to Reality in Practice. *Health Commun*. 2019. doi: <https://doi.org/10.1080/10410236.2019.1666499>
38. Brooks AJ, Koithan MS, Lopez AM, Klatt M, Lee JK, Goldblatt E, et al. Incorporating integrative healthcare into interprofessional education: What do primary care training programs need? *J Interprof Educ Pract*. 2020;14:6-12. doi: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2018.10.006>
39. Araujo TAM. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface (Botucatu)*. 2017;21(62):601-13. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>

Contribuição dos Autores:

Concepção e desenho da pesquisa: Heloísa Pimenta Arruda Araújo, Lucas Cardoso dos Santos, Rúbia Aguiar Alencar. **Obtenção de dados:** Heloísa Pimenta Arruda Araújo. **Análise e interpretação dos dados:** Heloísa Pimenta Arruda Araújo, Lucas Cardoso dos Santos, Thiago da Silva Domingos, Rúbia Aguiar Alencar. **Redação do manuscrito:** Heloísa Pimenta Arruda Araújo, Lucas Cardoso dos Santos, Thiago da Silva Domingos. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Heloísa Pimenta Arruda Araújo, Lucas Cardoso dos Santos, Thiago da Silva Domingos, Rúbia Aguiar Alencar.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.

Recebido: 12.05.2020


Aceito: 02.11.2020

Editor Associado:
Ricardo Alexandre Arcêncio

Autor correspondente:

Heloísa Pimenta Arruda Araújo

E-mail: heloisapimenta@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3583-4729>