

Educação Interprofissional em Saúde e o Cuidado Centrado na Pessoa: percepção de graduados

Interprofessional health education and person-centered care: graduates' perception

Educación interprofesional en salud y atención centrada en la persona: percepción de los egresados

Roniele Rodrigues De Souza¹ , Rosana Aparecida Salvador Rossit¹ 

RESUMO

Fundamentos: a educação interprofissional é uma abordagem educacional que envolve duas ou mais profissões que aprendem juntas interativamente para melhorar a colaboração e a qualidade da atenção à saúde. O cuidado centrado na pessoa é identificado como um elemento central para a formação em saúde, e contempla três elementos-chave que transcendem as diferentes categorias profissionais: perspectiva ampliada do cuidado à saúde; participação social e das pessoas no cuidado; e relação profissional-paciente. **Objetivo:** analisar a percepção de profissionais de saúde formados na perspectiva da interprofissionalidade e do cuidado centrado na pessoa. **Metodologia:** trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa e de caráter analítico-descritivo. Participaram 22 profissionais de saúde, egressos de formação interprofissional na graduação. Entrevistas foram conduzidas a partir de um roteiro semiestruturado, e os dados foram tratados com a análise de conteúdo na modalidade temática. **Resultados:** dos conteúdos das entrevistas, emergiu o núcleo temático “EIP e o preparo para o cuidado centrado na pessoa”, com duas categorias: “Visão holística do cuidado em saúde”; e “Desdobramentos do trabalho em equipe”. Os graduados apontam potencialidades da formação interprofissional para o cuidado centrado na pessoa. **Considerações finais:** o fazer profissional de modo integrado com outras categorias profissionais fortaleceu os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, possibilitando o trabalho em equipe interprofissional e o cuidado centrado nas demandas das pessoas, o que fomentou melhorias na qualidade da atenção à saúde.

Palavras-chave: Educação interprofissional, Aprendizagem colaborativa, Assistência centrada na pessoa, Capacitação de recursos humanos em saúde, Profissionais da Saúde.

ABSTRACT

Background: interprofessional education is an educational approach that involves two or more professions learning together interactively to improve collaboration and the quality of healthcare. Person-centered care is identified as a central element for health training, and includes three key elements that transcend the different professional categories: expanded perspective of healthcare; social and people's participation in care; and professional-patient relationship. **Objective:** to analyze the perception of healthcare professionals trained from the perspective of interprofessionalism and person-centered care. **Methodology:** this is research with a qualitative approach and analytical-descriptive character. Twenty-two healthcare professionals, graduates of interprofessional undergraduate training, participated. Interviews were conducted using a semi-structured script, and the data was treated with content analysis in the thematic modality. **Results:** from the contents of the interviews, the thematic nucleus “IPE and preparation for person-centered care”

¹Universidade Federal de São Paulo, Instituto Saúde e Sociedade, Santos, (SP), Brasil



emerged with two categories: “Holistic view of healthcare”; and “Developments of teamwork”. Graduates pointed out the potential of interprofessional training to focus on the person under care. **Final considerations:** professional practice in an integrated manner with other professional categories strengthened Brazilian Health System principles and guidelines, enabling interprofessional teamwork and care centered on people’s demands, which fostered improvements in the quality of healthcare.

Keywords: Interprofessional education, Collaborative learning, Person-centered assistance, Training of human resources in health, Health professionals.

RESUMEN

Antecedentes: la educación interprofesional es un enfoque educativo que involucra a dos o más profesiones que aprenden juntas de manera interactiva para mejorar la colaboración y la calidad de la atención médica. La atención centrada en la persona se identifica como un elemento central para la formación en salud, e incluye tres elementos clave que trascienden las diferentes categorías profesionales: perspectiva ampliada de la atención en salud; participación social y de las personas en los cuidados; y relación profesional-paciente. **Objetivo:** analizar la percepción de los profesionales de la salud formados desde la perspectiva de la interprofesionalidad y la atención centrada en la persona. **Metodología:** se trata de una investigación con enfoque cualitativo y de carácter analítico-descriptivo. Participaron 22 profesionales de la salud, egresados de la formación interprofesional de pregrado. Las entrevistas se realizaron mediante un guión semiestructurado, y los datos fueron tratados con análisis de contenido en la modalidad temática.

Resultados: de los contenidos de las entrevistas, surgió el núcleo temático “EPI y preparación para la atención centrada en la persona”, con dos categorías: “Visión holística del cuidado de la salud”; y “Desarrollos del trabajo en equipo”. Los titulados señalan el potencial de la formación interprofesional para la atención centrada en la persona. **Consideraciones finales:** trabajar profesionalmente de manera integrada con otras categorías profesionales fortaleció los principios y lineamientos del Sistema Único de Salud, posibilitando el trabajo en equipo interprofesional y la atención centrada en las demandas de las personas, lo que impulsó mejoras en la calidad de la atención en salud.

Palabras-clave: Educación interprofesional, Aprendizaje colaborativo, Asistencia centrada en la persona, Formación de recursos humanos en salud, Profesionales de la salud.

INTRODUÇÃO

Considerando os inúmeros desafios mundiais enfrentados em relação à formação e ao trabalho de profissionais, em atenção às complexas e crescentes demandas de saúde, colaboradores internacionais comprometidos com o desenvolvimento de políticas inovadoras para motivar a força de trabalho em saúde materializaram o “Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa”, que fomenta estratégias e possibilidades para auxiliar no processo de concretização das práticas interprofissionais em saúde¹.

Ampliou-se a discussão sobre a educação interprofissional (EIP) nos últimos anos, e tornou-se um importante eixo orientador para programas indutores de mudanças empreendidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação do Brasil.

No âmbito nacional, têm-se observado avanços nas questões relacionadas ao trabalho em equipe e à prática interprofissional na organização dos serviços e no cotidiano de trabalho em saúde².

O Edital nº 10 do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saú-

de-2018/2019, PET-SAÚDE/Interprofissionalidade³, foi um marco importante no Brasil, e contemplou 120 projetos que implementaram mudanças curriculares em cursos de graduação na área da saúde, considerando estratégias alinhadas aos princípios da interprofissionalidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade, na lógica da formação profissional e na dinâmica do cuidado em saúde. Além disso, potencializaram a formação docente para EIP e os processos de integração ensino-serviço-comunidade (IESC), de forma articulada, entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e as instituições de ensino. Como resultado, ações com repercussões positivas nas instâncias macro, meso e micro foram desenvolvidas a partir de demandas e temáticas relevantes em diferentes contextos do cenário nacional, revelando experiências bem-sucedidas e perspectivas promissoras para melhorias na qualidade da atenção à saúde, de modo a promover a EIP e as práticas colaborativas no SUS.

As políticas indutoras de mudanças na formação em saúde demandam transformações conceituais, técnicas, ideológicas e culturais que impactam o modelo de assistência, as práticas e a organização do trabalho⁴.

A EIP é uma abordagem educacional que envolve dois ou mais profissionais, que aprendem de forma conjunta e interativa, para melhorar a qualidade da atenção à saúde⁵. A EIP tem sido apontada como componente que prioriza o trabalho em equipe e a prática colaborativa, sendo, sobretudo, oportunidade de reflexão para um novo modelo de formação e trabalho em saúde^{2,6,7}.

O SUS, como um direito constitucional de saúde, e a Estratégia Saúde da Fa-

mília (ESF), como reorientadora da Atenção Básica, são iniciativas reconhecidas no cenário nacional e internacional, devido às suas contribuições para mudanças no sistema de saúde, tanto na dimensão tecnológica quanto na dimensão ética. A Atenção Básica configura-se em um contexto favorável para a EIP, pois a formação realizada nesses espaços, além de fortalecer uma integração entre ensino e serviços de saúde, modifica atitudes, ideias, cultura e práticas pedagógicas⁸.

Para Peduzzi, o SUS é interprofissional por ser construído e consolidado como espaço de atenção à saúde, educação profissional, gestão e controle social, orientado pelos princípios da integralidade, equidade, universalidade e participação².

A formação em saúde é considerada uma das questões centrais na transformação das práticas profissionais, de modo a favorecer intervenções capazes de se aproximar das necessidades da população e da realidade sanitária. Além disso, valoriza as especificidades das profissões para a composição de um cuidado que possa se deslocar de um modelo biologicista, fragmentado e centrado no adoecimento para um modelo que valoriza a integralidade e a centralidade nas demandas da pessoa sob cuidado, no sentido de vislumbrar novas perspectivas de formação profissional, em uma proposta em rede que articule as instituições de ensino, a gestão do SUS, os serviços de saúde e a comunidade^{9,10}.

Segundo Zarpelon *et al.*¹¹, o desenho curricular para a formação em saúde deve ser orientado pela IESC, de modo que promova o encontro entre ensino e serviço e elimine a dicotomia entre ensino e assistência. A IESC é o reflexo do trabalho coletivo entre as equipes dos serviços

de saúde, com professores, estudantes, trabalhadores, gestores do SUS e o controle social, representando os seus usuários, a fim de promover a qualidade da formação e da atenção à saúde individual e/ou coletiva, bem como a satisfação dos trabalhadores dos serviços¹².

Reeves⁵ ressalva a relevância de parcerias organizacionais da gestão educacional e da política institucional, em busca de apoio para impulsionar a EIP no desenvolvimento de novos desenhos curriculares, de modo a possibilitar aos futuros profissionais modos diferentes de pensar que promovam transformações na dinâmica da produção da assistência sob a lógica da integralidade no cuidado à saúde.

O tema do cuidado, que considera os modos de existir, os saberes, os desejos e as possibilidades dos usuários, tem sido abordado como importante para reorganizar a formação, as práticas profissionais e os processos de trabalho em saúde¹³.

Expor os estudantes a vivências em diferentes territórios e cenários de práticas e, sobretudo, colocar o cuidado como central na formação, tem orientado as atividades de aprendizagem colaborativa e interprofissional na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), *campus* Baixada Santista, desde a sua criação, em 2006^{14,15,16}. A experiência formativa constituiu-se em um marco importante de inovação, a partir de um currículo integrado, interdisciplinar e interprofissional. O projeto pedagógico do *campus* está ancorado no trabalho em equipe interprofissional, com ênfase na integralidade e centralidade do cuidado na pessoa, articulando as dimensões éticas, políticas, técnico-científicas e humanas na formação e atuação no campo da saúde¹⁴.

Assumir a EIP como direcionadora deste projeto pedagógico implicou o desenvolvimento de uma proposta formativa que rompesse com a estrutura tradicional centrada nas disciplinas e na formação específica de determinado perfil profissional. Os seis cursos da saúde (educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional) têm um desenho curricular direcionado por quatro eixos estruturantes que perpassam os anos de formação, sendo três eixos comuns (trabalho em saúde; o ser humano e sua dimensão biológica; e o ser humano e sua inserção social) e um eixo específico para cada um dos cursos de graduação. Em cada um dos eixos, os módulos, entendidos como caminhos a serem percorridos pelos estudantes, aglutinam áreas temáticas afins que compõem a proposta curricular^{14,15,16}.

Para essa formação interprofissional, consideraram-se os seguintes princípios direcionadores: indissociabilidade ensino, pesquisa e extensão; prática profissional como eixo norteador do projeto pedagógico; problematização do ensino a partir da prática e da pesquisa; interdisciplinaridade; postura ativa do estudante na construção do conhecimento; postura facilitadora/mediadora do docente no processo de ensino-aprendizagem; ensino integrado com a comunidade, reconhecendo sua participação ativa e interativa na produção dos planos de cuidado; avaliação formativa como *feedback* do processo de ensino-aprendizagem; e desenvolvimento docente¹⁶.

Os projetos pedagógicos do *campus* e dos cursos de graduação adotam a metodologia da problematização, com a inversão da lógica no aprendizado, partindo dos cenários de prática e avançando nas aproximações e aprofundamentos teóricos

que respaldam as vivências planejadas e implementadas nos contextos do trabalho em saúde. Ao longo dos semestres, no eixo trabalho em saúde, equipes mistas de estudantes das seis diferentes profissões, supervisionadas por duplas de docentes, também de diferentes categorias profissionais, elaboram projetos de cuidado para pessoas ou grupos indicados pelas equipes de saúde e assistência social do município¹⁵.

A constituição de equipes interprofissionais é uma perspectiva que tem como pressupostos: “a superação da fragmentação do trabalho e da individualização biomédica; a busca de reconstituição da integralidade do trabalho coletivo em saúde; e, a qualificação do conjunto dos profissionais sob esses signos que visa democratizar o contexto do trabalho e efetivar integralmente o cuidado” (p. 5)⁶.

A EIP tem como característica o trabalho em equipe, que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos atores, em uma modalidade de trabalho coletivo⁷. O trabalho em equipe favorece a integração e o compartilhamento de saberes e experiências pautadas pelo respeito à diversidade, possibilitando a cooperação e o desenvolvimento de práticas transformadoras para o diálogo permanente⁶.

A EIP mostra-se estratégia potente para o desenvolvimento de competências colaborativas direcionadas à compreensão ampliada do processo de saúde-doença-cuidado, reconhecendo o conceito de saúde em uma concepção sócio-histórico-cultural, com ênfase na integralidade do cuidado, na perspectiva da pessoa vista em uma lógica biopsicossocial¹⁷.

O cuidado centrado na pessoa tem sido objeto de discussão e pesquisas, por apresentar elementos-chave presentes na política de saúde do Brasil e nos processos estratégicos para a implementação de serviços que priorizam a centralidade nas pessoas, famílias e comunidades¹⁸. A atenção centrada na pessoa compreende a articulação de saberes entre as diferentes profissões para a qualidade da assistência ofertada às pessoas sob cuidado, famílias e comunidades¹⁹.

Ao considerar o contexto nacional do SUS, seus princípios e diretrizes, com destaque para a integralidade na saúde, participação social e trabalho em equipe, Agreli *et al.*¹⁸ apresentam possíveis elementos-chave para a centralidade do cuidado na pessoa: a perspectiva ampliada do cuidado à saúde; a participação dos usuários na tomada de decisão sobre seus cuidados, contemplando, também, a participação e o controle social da população no planejamento e organização da atenção à saúde em rede; e a relação profissional-paciente, que se refere à dimensão da comunicação e interação.

Para Peduzzi *et al.*⁷, o cuidado centrado na pessoa reitera e destaca a necessidade de mediações reflexivas e dialógicas dos profissionais de saúde com usuários, famílias e comunidade na construção de espaços de entendimento que precisam ser fortalecidos e ampliados, seja no âmbito da construção de planos de cuidados e/ou no âmbito da esfera pública, pautados no reconhecimento da saúde como valor e direito.

A centralidade do cuidado na pessoa e na comunidade desenvolve nos estudantes uma melhor percepção da integralidade do cuidado. Nessa perspectiva, as deman-

das concretas das pessoas e famílias são apreendidas de forma ética, levando-os a reconhecer e valorizar a necessidade da complementariedade dos saberes^{7,14,18,20}.

É nesse contexto que se insere o presente estudo, cuja relevância se baseia na possibilidade de formar profissionais de saúde que estejam preparados para implementar o cuidado centrado na pessoa, com o desenvolvimento de competências comuns, específicas e colaborativas que promovam a qualidade da atenção à saúde e fortaleçam o SUS.

A pesquisa foi guiada pela seguinte pergunta: o que pensam os profissionais de saúde formados em currículo integrado, interdisciplinar e interprofissional sobre o cuidado centrado na pessoa? O estudo teve como objetivo analisar a percepção de profissionais de saúde formados na perspectiva da interprofissionalidade e do cuidado centrado na pessoa.

PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa ancorou-se na abordagem qualitativa, sendo de caráter analítico-descritivo, valorizando o campo das vivências e as percepções dos participantes em relação à disponibilidade para o trabalho em equipe e à prática colaborativa direcionada para a dimensão do cuidado centrado na pessoa.

Para Minayo²¹, a pesquisa qualitativa visa explicitar dados, indicadores, tendências verificadas e construir modelos teóricos aplicáveis à prática, em que sua finalidade se volta ao estudo das percepções e das opiniões, representando o resultado das interpretações que os indivíduos constroem a respeito da produção e reprodução de suas vidas.

A pesquisa analítica se dedica ao estudo e à avaliação minuciosa das informações disponíveis, buscando explicar o contexto de um fenômeno específico. A ênfase descritiva tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno²².

O estudo obedeceu aos princípios éticos das boas práticas de pesquisa em seres humanos, conforme a regulamentação nacional Resolução nº 466/2012. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIFESP, sob Parecer nº 1.388.191.

O banco de dados com os endereços eletrônicos dos profissionais de saúde, graduados na UNIFESP, foi disponibilizado pela Pró-Reitoria de Graduação. Como critério de inclusão, considerou-se ter concluído a graduação no período de 2009 a 2015 e possuir no mínimo dois anos de trajetória profissional após a conclusão do curso.

A amostra de participantes foi constituída, progressivamente, por um graduado sorteado de cada curso/ano, até que se obteve o critério de saturação, com 22 entrevistas realizadas.

Conforme descrito por Turato²³, a amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual de inequívoca aplicabilidade prática, podendo, a partir de sucessivas análises paralelas à coleta de dados, nortear sua finalização. O ponto de saturação da amostra depende, diretamente, dos objetivos definidos para a pesquisa, do nível de profundidade a ser explorado e da homogeneidade da população estudada.

Para iniciar a coleta de dados, uma carta convite foi enviada ao endereço eletrônico dos graduados para esclarecer

sobre os objetivos do estudo e realizar o agendamento. Entrevistas foram conduzidas na modalidade presencial ou virtual, após os esclarecimentos e concordância com os termos da pesquisa. Um roteiro semiestruturado explorou aspectos relacionados à aprendizagem interprofissional na graduação e como isso influenciou o trabalho em equipe e a prática colaborativa no contexto do trabalho em saúde, além das aprendizagens compartilhadas, papéis e responsabilidades envolvidos no cuidado centrado na pessoa. Abordaram-se os sentidos percebidos e sentimentos vivenciados ao refletir sobre a empatia, e dialogou-se sobre diferenciais percebidos na sua formação, quando comparados aos profissionais que compartilham os mesmos espaços de trabalho. O tempo médio de cada entrevista foi de 40 minutos. A coleta de dados ocorreu em 2018.

Minayo, Deslandes e Gomes²⁴ relatam que a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações, uma vez que é possível, por meio da fala, ter acesso aos dados da realidade de caráter subjetivo, como ideias, crenças ou maneira de atuar.

Os dados obtidos das entrevistas foram tratados com a técnica da análise de conteúdo, na modalidade temática, que permite descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos, extrapolando as aparências do que está sendo comunicado. Na análise temática, o tema é o juízo central que pode ser representado mediante uma palavra, uma frase ou um resumo^{24,25}.

As transcrições literais das entrevistas foram organizadas em um único documento, que foi lido e relido objetivando a identificação das unidades de contexto

(UCs) com suas respectivas unidades de registro (URs), assim como os núcleos direcionadores, as categorias e as subcategorias que emergiram das análises.

Segundo Franco²⁵, a UC é a parte mais ampla do conteúdo, ou seja, o contexto do qual faz parte a mensagem que será analisada. A UR é a menor parte do conteúdo, e pode incluir palavras, temas, personagens e/ou itens.

Para garantia do anonimato, as URs extraídas das entrevistas foram identificadas por combinação alfanumérica, sendo "P" de profissional, seguida de número sequencial (P1, P2, P3... P22).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entrevistas foram conduzidas com 22 profissionais graduados em um dos seis cursos da saúde da UNIFESP, *campus* Baixada Santista.

Buscou-se, na amostra, o equilíbrio na distribuição dos participantes em relação ao ano de conclusão do curso e à quantidade de profissionais por categoria. Assim, participaram quatro graduados da educação física (concluintes de 2012, 2014 e 2015), dois graduados da fisioterapia (concluintes de 2014), quatro graduados da nutrição (concluintes de 2011, 2012 e 2014), quatro graduados da psicologia (concluintes de 2011, 2012 e 2013), quatro graduados do serviço social (concluintes de 2013, 2014 e 2015) e quatro graduados da terapia ocupacional (concluintes de 2012, 2013 e 2015). Quanto à variável "sexo", 18 se autodeclararam como feminino e, quatro, como masculino. A Tabela 1 apresenta os dados de caracterização dos participantes.

Tabela 1 - Distribuição dos participantes por profissão, sexo, ano de conclusão e trajetória profissional, UNIFESP, 2024 (N=22)

Profissão	Participantes	Sexo	Ano de conclusão	Trajétoria profissional	
Educação física	P1	M	2013	Bolsista de mestrado.	
	P2	F	2014	Professora de educação física na Prefeitura Municipal.	
	P3	M	2012	Fez licenciatura em educação física e atua como <i>personal trainer</i> .	
	P4	M	2015	Treinador da equipe de futebol sub-11.	
Fisioterapia	P5	F	2014	Fez residência multiprofissional e atua em ambulatório, enfermaria hospitalar e domiciliar.	
	P6	F	2011	Fez especialização, mestrado e doutorado, e trabalha como autônoma em clínica.	
	P7	F	2014	Fez aprimoramento em nutrição e saúde pública e residência em saúde da família.	
Nutrição	P8	F	2011	Carreira acadêmica, e fez mestrado e doutorado.	
	P9	F	2012	Fez especialização em nutrição infantil, residência multiprofissional com pessoas com deficiência física incapacitante. Trabalha em clínica e ONG.	
	P10	F	2012	Trabalha em instituição filantrópica em parceria com o Ministério da Saúde-Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS.	
	P11	F	2013	Fez mestrado. Trabalha na Atenção Básica em equipes da ESF. Fez especialização em psicologia da infância.	
Psicologia	P12	F	2014	Especialização em psicologia da infância, e atua no setor de saúde mental/departamento de pediatria hospitalar como psicóloga educacional.	
	P13	F	2015	Residência em psico-oncologia e especialização em neuropsicologia.	
	P14	F	2012	Aprimoramento profissional em Unidade Básica de Saúde, com especialização em psicopatologia e saúde pública. Atua em Prefeitura Municipal/área de saúde mental e trabalho. Trabalha em clínica particular.	
	P15	F	2015	Atua na área da educação.	
	P16	F	2013	Fez especialização. Trabalha no Centro de Referência Especializado da Assistência Social-Medidas Socioeducativas.	
	Serviço social	P17	F	2014	Trabalhou em ONG. No momento, reside nos Estados Unidos. O diploma não é válido, não podendo exercer a profissão nem continuar os estudos.
		P18	M	2015	Faz mestrado em serviço social e política social. Atua com assessoria e consultoria em políticas de habitação, assistência social e saúde.

Terapia ocupacional	P19	F	2015	Faz mestrado e estuda saúde de mulheres trabalhadoras da limpeza adoecidas por LER/DORT.
	P20	F	2013	Faz mestrado e estuda saúde mental.
	P21	F	2015	Atua na atenção primária do Programa Saúde da Família.
	P22	F	2012	Faz mestrado e trabalha na Prefeitura Municipal, no setor de educação especial.

Observa-se que os graduados atuam em diferentes segmentos da sociedade, como serviços públicos da saúde, educação e campo social, Atenção Básica, ESF, saúde mental, saúde do trabalhador, medidas socioeducativas, reabilitação, organização não governamental, clínicas particulares, atendimento domiciliar, hospitais, entre outros. Nota-se que muitos participantes deram continuidade aos estudos ao nível de aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado, mantendo-se

atualizados em temáticas relevantes para o cuidado em saúde.

As entrevistas foram analisadas a partir do referencial da análise de conteúdo na modalidade temática^{24,25}. No núcleo direcionador “EIP e o preparo para o cuidado centrado na pessoa”, foram identificadas 100 URs, das quais emergiram duas categorias com suas respectivas subcategorias. O Quadro 1 apresenta esses resultados.

Quadro 1 – Categorias e subcategorias do núcleo direcionador EIP e o preparo para o cuidado centrado na pessoa, UNIFESP, 2024 (N=22)

Categorias	Subcategorias
1 — Visão holística do cuidado em saúde (62 URs)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Entendimento do contexto e história de vida da pessoa sob cuidado.</i> - <i>Desenvolvimento de uma visão humanizada da pessoa sob cuidado.</i> - <i>Necessidade da interação com a pessoa sob cuidado.</i>
2 — Desdobramentos do trabalho em equipe (38 URs)	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Busca de práticas comuns entre as profissões.</i> - <i>Resolutividade das demandas de saúde.</i> - <i>Capacidade de escuta qualificada.</i>

As percepções dos profissionais de saúde, em relação ao cuidado centrado na pessoa, estão ilustradas nos trechos extraídos das entrevistas.

A Categoria 1, **Visão holística do cuidado em saúde**, mostra a potência da experiência formativa ancorada na EIP

para o desenvolvimento de competências essenciais para o cuidado centrado na pessoa.

Na subcategoria *Entendimento do contexto e história de vida da pessoa sob cuidado*, os profissionais expressaram as seguintes percepções.

[...] *aprendemos e vivenciamos uma prática que considera aquela pessoa... aquele indivíduo que está inserido no contexto X de vida e com suas dificuldades socioeconômicas. As experiências de vida dessas pessoas são importantes e as levaram a ter um conhecimento do seu corpo... do seu contexto cultural, sobre o corpo, sobre os modos de vida e os costumes.* (P3)

[...] *todas as vivências compartilhadas e as disciplinas só fizeram grande sentido a partir do momento que conheci o meu paciente... o grupo de pacientes que eu estava trabalhando! Enfim, fez muito sentido essa oportunidade de estar no contexto da prática desde o começo da faculdade, compreendendo a interdisciplinaridade, a interprofissionalidade e o conceito ampliado de saúde.* (P8)

[...] *me formei numa universidade interprofissional, e o mundo do trabalho ainda não é interprofissional! O que me fez sentir durante a minha formação foi olhar o indivíduo na sua multidimensionalidade, valorizando a sua história, suas necessidades, seus desejos e compreendendo a pessoa na sua totalidade.* (P19)

A construção do cuidado em saúde perpassa o desafio de considerar o processo de saúde-doença-cuidado em uma perspectiva reducionista, com um olhar verticalizado, em que o cuidado está restrito a uma concepção puramente biomédica, dando espaço a uma visão holística

do cuidado na construção de ambientes de aprendizado interativos e colaborativos para resolução de problemas com vistas à integralidade do cuidado¹⁵. A centralidade na pessoa implica “considerá-la unidade singular e partícipe de coletivos, ou seja, articular a dimensão individual e coletiva da atenção à saúde, tal como na concepção de integralidade da saúde” (p. 907)¹⁸.

A importante participação dos usuários, família e comunidade na prática colaborativa torna clara a noção de que não se trata de uma prática restrita às relações entre profissionais, mas que avança no sentido de incluir esses atores como protagonistas no processo de cuidado na saúde²⁶.

Para Souto e Pereira²⁷, a integralidade no cuidado que se propõe é a que possibilita aos estudantes e profissionais de saúde: compreender o ser humano nas suas dimensões sociais, econômicas, culturais, psicológicas e biológicas; desenvolver a dimensão cuidadora na formação a partir do acolhimento, capacidade de escuta e de diálogo, vínculo, responsabilização, continuidade da assistência e trabalho em equipe; e operacionalizar o conceito ampliado de saúde.

Na subcategoria *Desenvolvimento de uma visão humanizada da pessoa sob cuidado*, os profissionais manifestam as seguintes reflexões:

[...] *consigo estar com o usuário de uma forma mais presente, mais completa, em relação ao que ele precisa! E consigo também transitar com outros profissionais para saber o tanto que a gente consegue produzir ações de cuidado que se aproximam cada vez mais do que o usuário precisa e espera.* (P11)

[...] transmitir compaixão, empatia, com interesse, se colocar no lugar do outro, por meio de uma prática acolhedora, mostrando que realmente quero acolher aquela pessoa... quero ajudar... que estou tentando fazer algo em prol dela... pelo bem dela... pelos ganhos dela em saúde e em outros aspectos além da saúde. Acho que isso é fundamental! (P14)

A centralidade na pessoa sob cuidado desenvolveu, nos profissionais graduados no currículo interprofissional, uma melhor percepção da integralidade no cuidado e da complementaridade dos saberes e fazeres das diferentes categorias profissionais apreendidas de forma ética, respeitosa, compartilhada e colaborativa.

A necessidade do desenvolvimento de práticas ancoradas na interprofissionalidade apresenta forte impacto na melhoria de sistemas de saúde, como também na compreensão da complexidade e natureza multifacetada das demandas dos usuários, reconhecendo o processo de saúde-doença em suas múltiplas dimensões (orgânicas, genéticas, psicossociais e culturais) e em sua determinação social^{1,5,7}.

A subcategoria *Necessidade da interação com a pessoa sob cuidado* revela aspectos como a confiança mútua e o entendimento do processo de adesão ao tratamento:

[...] percebo minha formação com forte ênfase do olhar para o cuidado em saúde, cuidado com e para o usuário. Isso extrapola essa questão da equipe profissional e vai para essa questão de olhar para o cuidado da pessoa, e isso é muito positivo na

hora de debater tanto com outros profissionais quanto em dialogar com os usuários. (P4)

[...] a interação com os usuários, estabelecendo um relacionamento de respeito, de escuta e de solidariedade. Por mais que a empatia seja algo que você muitas vezes não consegue alcançar naquele momento, considero que estes outros aspectos também compõem essa troca com o paciente. (P5)

A Organização Mundial da Saúde¹ afirma que as práticas interprofissionais no contexto do cuidado em saúde permitem fomentar espaços potentes para desenvolver competências, tais como comunicação, capacidade de análise crítica, trabalho em equipe e respeito entre os profissionais, minimizando os estereótipos e evocando a **prática da ética centrada na pessoa**.

O cuidado centrado na pessoa está associado à humanização, sobretudo ao âmbito relacional das interações entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. A necessidade de aprimoramento na relação entre profissionais e pacientes é apontada como condição fundamental para a centralidade no cuidado, seja no contexto de resgate da condição humana, na qualificação da assistência ou para o sucesso terapêutico. Para isso, empatia, respeito, solidariedade, escuta, apoio psicossocial, sensibilidade, afetividade, diálogo no cuidado em saúde, acolhimento e vínculo são apresentados como valores¹⁸.

A Categoria 2, **Desdobramentos do trabalho em equipe**, mostra que a formação de espaços interprofissionais possibilita o desenvolvimento de competências essenciais que potencializam o trabalho

integrado e constroem meios para a implementação de ações compartilhadas e colaborativas.

Peduzzi *et al.*⁶ afirmam que o trabalho em equipe constitui uma das formas de trabalho interprofissional com práticas colaborativas, e essa colaboração pode se dar na equipe ou no trabalho em rede com usuários e comunidade. Algumas características do trabalho em equipe são apontadas, como comunicação interprofissional, objetivos comuns, reconhecimento do trabalho dos demais componentes da equipe, interdependência das ações, colaboração interprofissional e atenção centrada no usuário.

A subcategoria *Busca de práticas comuns entre as profissões* considera a especificidade do olhar profissional e a definição de objetivos comuns, sendo expressa pelos profissionais a partir das seguintes reflexões:

[...] quando a gente fala em modelo médico-centrado ser combatido, isso pode ser um fortalecimento do próprio SUS como centralizador das linhas de cuidado... mas a gente não está falando que é para tirar o médico do protagonismo do cuidado em saúde, mas de ser um cuidado mais horizontal, com tendência a fortalecer a corresponsabilização tanto da população, da comunidade, quanto dos outros profissionais que estão atuando ao nosso lado. (P4)

[...] é importante reconhecer e valorizar o que cada profissional faz e como a gente pode trabalhar junto! Pois cada profissão vai tendo as suas especificidades e singularidades durante esse tempo. Acho que a gen-

te consegue trabalhar melhor quando se coloca no lugar do colega de outra profissão e pensamos juntos, para ter melhores resultados com os pacientes. (P20)

De acordo com Batista¹⁷, momentos compartilhados criam uma disponibilidade para conviver com o outro, conhecendo-o melhor, respeitando-o em suas singularidades e buscando construir relações interpessoais mais inclusivas e resolutivas.

À medida que os profissionais centram sua atenção na pessoa e em suas necessidades de saúde, eles operam simultaneamente um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e além de sua própria atuação profissional. Esse deslocamento é reconhecido como componente de mudança do modelo de atenção à saúde na perspectiva da integralidade, com potencial de impacto na qualidade da assistência²⁶.

A valorização da história de diferentes categorias profissionais, a consideração do outro como parceiro legítimo na construção de conhecimentos e o respeito pelas diferenças, em um movimento de busca, diálogo, desafio, comprometimento e responsabilidade, possibilitam construir meios de fortalecimento da formação na perspectiva da interprofissionalidade^{1,14,15,17}.

Na subcategoria *Resolutividade das demandas de saúde*, os profissionais apresentam os seguintes relatos:

[...] trabalho em equipe é aprendido com o outro, e configura-se como diversas formas de planejar e executar o cuidado em saúde... seja a partir de um caso, por demanda de trabalho ou por projetos... um cuidado

melhor com o paciente será também um cuidado que qualificará o sistema de saúde! Enfim, fica um olhar mais completo da pessoa que possibilita cuidar ou atingir o que a gente quer no final, alcançando as metas planejadas pela equipe. (P10)

[...] quando a gente pensa no cuidado, na clínica ampliada... no cuidado compartilhado... na integralidade do cuidado... no trabalho em equipe interprofissional, eu tenho que pensar que esses componentes, essas diretrizes de formação... elas são a base para eu começar a pensar como profissional de saúde e assumir o meu papel com o compromisso na resolução dos problemas junto aos outros profissionais, ao paciente e seus familiares. (P14)

Para Batista e Batista²⁸, a vivência de aprendizagens interativas na formação interprofissional é reconhecida como promotora do desenvolvimento de competências para a prática colaborativa. Nesse sentido, as ações compartilhadas e interprofissionais possibilitam compreender e atender às demandas de saúde da população, bem como desenvolver estratégias com vistas aos impactos positivos na melhora dos resultados em saúde.

Peduzzi *et al.*⁶ afirmam que “profissionais com diferentes formações na saúde, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação, articulam seu saber específico com o dos outros na organização do trabalho, o que possibilita tanto compartilhar as ações como delegar atividades a outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa” (p. 978).

A EIP pode contribuir para a formação em prol do trabalho colaborativo em equipe, intequipes e em rede de serviços, requerendo mudanças no tocante à comunicação, à socialização dos papéis profissionais e ao processo de trabalho em saúde^{6,7,29}.

A subcategoria *Capacidade de escuta qualificada* expressou as seguintes reflexões:

[...] a questão dessa escuta, não só uma escuta clínica, não só uma escuta atravessada apenas por uma questão psicológica, queixosa... mas uma escuta sensível, uma escuta que acolhe o diferente, que acolhe o outro e acolhe o diferente que existe em mim também. (P13)

[...] a minha função é proporcionar um ambiente de escuta não julgadora, uma escuta imparcial, auxiliando no desempenho do paciente ou do cliente de forma terapêutica... compreender e direcionar, ajudando a aliviar o sofrimento, a compreender aquilo que o paciente está sentindo e ter um direcionamento... uma compreensão daquilo que é apresentado. (P20)

Os relatos expressam uma postura ética e respeitosa, de valorização das histórias e de sensibilidade para com o outro. A condição de estar aberto para a escuta, para as demandas da pessoa, e de compreender as condições de vida e as necessidades do outro estabelece uma forte relação entre o profissional e a pessoa sob cuidado, constituindo-se movimentos importantes para a inclusão dos usuários, famílias e comunidade como protagonistas e integrantes da equipe.

O cuidado centrado na pessoa é um componente de mudança do modelo de atenção, com potencial para melhorar a qualidade da assistência e imprimir maior racionalidade aos custos dos sistemas de saúde, tendo como foco as necessidades da comunidade. O plano de interação e comunicação é decisivo nas relações interprofissionais de colaboração, pois o grau de envolvimento e participação das pessoas no cuidado está relacionado ao quanto se sentem confortáveis para questionar a autoridade profissional e a qualidade da relação¹⁸.

A implementação do plano de cuidado com a integração de saberes e práticas de cada categoria profissional em torno de um objetivo comum permite que os estudantes/profissionais percebam a importância da outra profissão, com a complementaridade do fazer de cada um, agregando conhecimentos, aprendendo com e sobre o outro, e reconhecendo os diferentes papéis profissionais²⁰.

A construção de caminhos para a EIP no contexto da graduação em saúde sinaliza mudanças necessárias para a valorização do trabalho em equipe e (re)situa o usuário como ator central na dinâmica da produção dos serviços de saúde. Esse movimento de ampliação dos processos de formação e trabalho em saúde contempla a integralidade no cuidado e o fortalecimento do trabalho em equipe centrado nas pessoas em uma abordagem individual, coletiva e colaborativa³⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A formação em saúde, a partir do currículo inovador e interdisciplinar, ancorado nos princípios e pressupostos da in-

terprofissionalidade, implantado em uma universidade pública da região Sudeste do país, proporcionou um arcabouço teórico-conceitual e metodológico aos profissionais graduados, tendo como marcos importantes o trabalho em equipe, a prática colaborativa, a integralidade no cuidado e o cuidado centrado na pessoa.

O fazer profissional de modo integrado com outras categorias fomentou a problematização acerca da melhoria da qualidade da atenção à saúde; a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS; e as diversas formas de constituir relações de cuidado alinhadas aos elementos-chave que compõem o universo da atenção centrada na pessoa.

Essa perspectiva de formação compreende um processo de deslocamento do foco da atenção dos profissionais de saúde, do saber técnico-científico de cada profissão para as demandas da pessoa com suas necessidades e expectativas, estimulando o envolvimento e a participação na elaboração do projeto terapêutico.

A experiência da integração das diferentes profissões para potencializar a aprendizagem interprofissional e o desenvolvimento de competências colaborativas foram declarados nas entrevistas a partir das percepções, ações, sentimentos e experiências vivenciados no processo formativo, sendo considerada uma oportunidade ímpar para os parâmetros nacionais e internacionais.

O profissional graduado com o currículo interprofissional percebe que sua formação agregou aprendizagens que os diferencia dos demais profissionais com quem atuam nos espaços do trabalho em saúde. Além do desenvolvimento de competências

específicas da sua categoria profissional e de competências comuns às profissões da saúde, avançou-se no desenvolvimento de competências colaborativas e atitudes que culminam com um modelo de profissional sensível às questões de saúde, com o reconhecimento e valorização das parcerias e da complementaridade entre as profissões, colocando-se no lugar do outro, com olhar ampliado para a multicausalidade das condições de saúde e cuidado humanizado e centrado na pessoa. Assim, além de constituir uma identidade profissional, avançou-se no desenvolvimento de uma identidade interprofissional.

O currículo implementado mostra contribuições e evidências importantes que poderão impulsionar mudanças no cenário da formação e do trabalho em saúde, por possibilitar a construção de uma identidade interprofissional diferenciada e reconhecida pelo seu modo de sentir, ver, ouvir e agir junto aos colegas de trabalho, usuários, familiares e comunidade, com vistas ao trabalho em equipe, à integralidade no cuidado, à atenção centrada na pessoa e à prática colaborativa interprofissional.

O desenvolvimento de competências colaborativas e interprofissionais revelou: as intencionalidades do currículo que perpassam pela formação docente para promover as trocas e o compartilhamento de saberes; a parceria com a rede de serviços de saúde, educação e campo social do município, na perspectiva de contribuir para a qualificação dos profissionais e dos serviços; a potência dos diferentes olhares na construção dos planos de cuidado; e o empenho da instituição de ensino para implementar um currículo inovador, diante de desafios e possibilidades de uma formação diferenciada para alcançar a meta prospectada no perfil dos egressos.

Destaca-se, também, a parceria com as secretarias de saúde, educação e campo social do município que concedeu abertura para a utilização de cenários de prática, em especial os serviços do SUS, possibilitando a articulação e a IESC. Esses territórios revelaram suas peculiaridades, complexidades e desafios, configurando-se como espaços potentes para as aprendizagens interprofissionais e o desenvolvimento de competências colaborativas na lógica da integralidade no cuidado e da atenção centrada na pessoa.

O presente estudo abre perspectivas para futuras pesquisas com foco na formação no/para o SUS, buscando avaliar a efetividade da participação conjunta e integrada dos cursos da área da saúde para o efetivo trabalho em equipe e a prática colaborativa interprofissional. Pondera-se a necessidade da realização de estudos que tenham os usuários como protagonistas e partícipes do processo de cuidado, capturando suas percepções e expectativas como parte integrante da equipe, tendo voz e vez para se pronunciar.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial de Saúde. Departamento de Recursos Humanos para a Saúde. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. 2010; [Acesso mar 20 2023]; Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-964974>
2. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. Interface. Botucatu.2016; 20(56):199-201. [Acesso mar 20 2024]; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>
3. Brasil. Edital n.º 10, 23 de julho de 2018. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-SAÚDE/Interprofissionalidade - 2018/2019. Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Diário Oficial da União. Publica-

- do em: 24/07/2018, Edição 141, Seção 3, p. 78. Disponível em: https://petsaude.org.br/images/editais_petsaude/edital_2018.pdf
4. Batista CB. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as Universidades. *Barbarói*. Santa Cruz do Sul. 2013; (38):97-125. [Acesso mar 20 2024]; Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/barbaroi/n38/n38a07.pdf>
 5. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface*. Botucatu. 2016; 20(56):185-96. [Acesso fev. 14 2024]; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>
 6. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab. Educ. Saúde*. Rio de Janeiro. 2020; 18(Supl.1):e0024678. [Acesso mar 20 2024]; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
 7. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACC, et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(04):977-83. [Acesso mar 20 2024]; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>
 8. Belotti M, Esposti CDD, Taño BL, et al. Formação para a interprofissionalidade e o matriciamento. *R. Saúde Públ. Paraná*. 2023; Mar.; 6(1):1-17. [Acesso mar 20 2024]; Disponível em: <https://doi.org/10.32811/25954482-2023v6n1.755>
 9. Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva interdisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004. p. 259-78.
 10. Biscarde DGS, Santos MP, Silva LB. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. *Interface* (Botucatu). 2014; 18(48):177-86. [Acesso mar 20 2024]; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0586>
 11. Zarpelon LFB, Terencio ML, Batista NA. Integração ensino-serviço no contexto das escolas médicas brasileiras: revisão integrativa. *Cienc. Saúde Colet*. 2018; 23(12):4241-8. [Acesso jul 14 2024]; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.32132016>
 12. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32(3):356-62. [Acesso jul 14 2024]; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300010>
 13. Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp H Jr, organizadores. *Avaliação comparilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. v. 1.
 14. Batista NA, Rossit RAS, Batista SHSS, et al. Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista. Santos Brasil. *Interface* (Botucatu). 2018; 22 (Supl.2):1705-15. [Acesso jan 25 2024]; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0693>
 15. Capozzolo AA, Casetto SJ, Nicolau SM, et al. Formação interprofissional e produção do cuidado: análise de uma experiência. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(Supl.2):1675-84. [Acesso jan 25 2024]; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0679>
 16. Universidade Federal de São Paulo. Projeto Político Pedagógico. A educação interprofissional na formação em saúde: a competência para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado. Disponível em: *[excluído para efeito da submissão]*
 17. Batista NA. Educação Interprofissional em Saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*. 2012; (2):25-8. [Acesso jan 25 2024]; Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4298824/mod_resource/content/1/educacao_interprofissional.pdf
 18. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface* (Botucatu). 2016; 20(59):905-16. [Acesso jan 25 2024]; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>
 19. Reeves_S, Perrier_L, Goldman_J, Freeth_D, Zwarenstein_M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; Issue 3:Art. No.:CD002213. [Acesso mar 28 2024]; Disponível em: DOI: <https://10.1002/14651858.CD002213.pub3>
 20. Lima AWS, Alves FAP, Linhares FMP, Costa MV, Marinus-Coriolano MWL, Lima LS. Percep-

- tion and manifestation of collaborative competencies among undergraduate health students. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020; 28:e3240. [Acesso mar 28 2024]; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3227.3240>
21. Minayo MCS. Sampling and saturation in qualitative research: consensuses and controversies. *Rev Pesqui Qualit*. 2019; 5(7):1-12. [Acesso jul 14 2024]; Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=2204111>
 22. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2017.
 23. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39(3):507-14. [Acesso mar 28 2024]; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000300025>
 24. Minayo MCS, Deslandes R, Gomes SF, organizadores. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29. Ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2010.
 25. Franco MLPB. Análise de Conteúdo. 4. Ed. Brasília: Liber Livro, 2012.
 26. Peduzzi M., Agreli HF. Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1525-34. [Acesso mar 28 2024]; Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
 27. Souto BGA, Pereira SMSF. História clínica centrada no sujeito: estratégia para um melhor cuidado em saúde. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*. 2011; 36(3): 176-81. [Acesso mar 28 2024]; Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-613412>
 28. Batista NA, Batista SHSS. Educação interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56): 202-4. [Acesso mar 28 2024]; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0388>
 29. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49(2):16-24. [Acesso mar 28 2024]; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003>
 30. Casanova IA, Batista NA, Ruiz-Moreno L. Interprofessional Education and shared practice in multiprofessional health residency programs. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl.1):1325-37. [Acesso jul 15 2024]; Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0186>

Contribuições dos autores:

Todos os autores contribuíram de forma igualitária para o desenvolvimento deste trabalho.

Fontes de Apoio ou Financiamento: Não se aplica.

Autor Correspondente:

Rosana Aparecida Salvador Rossit
rosana.rossit@unifesp.br

Recebido: 10/04/2024

Aprovado: 28/11/2024

Editor: Profa. Dra. Ada Clarice Gastaldi
