

---

# arquivos analíticos de políticas educativas

Revista acadêmica, avaliada por pares,  
independente, de acesso aberto, e multilíngue



Arizona State University

---

Volume 31 Número 39

11 de abril de 2023

ISSN 1068-2341

---

## Itinerários Formativos na Residência Multiprofissional em Saúde da Família: Educação e Colaboração Interprofissional

*Bryan Silva Andrade*

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal)  
Brasil

*Rosana Quintella Brandão Vilela*

Universidade Federal de Alagoas (UFAL)  
Brasil



*Jorge Luis de Souza Riscado*

Universidade Federal de Alagoas (UFAL)  
Brasil

**Citação:** Andrade, B. S., Vilela, R. Q. B., & Riscado, J. L. S. (2023). Itinerários formativos na residência multiprofissional em saúde da família: Educação e colaboração interprofissional. *Arquivos Analíticos de Políticas Educativas*, 31(39). <https://doi.org/10.14507/epaa.31.7022>

**Resumo:** Este estudo parte da discussão acerca da formação de profissionais de saúde no contexto da Residência Multiprofissional. Visa contribuir com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde no estado de Alagoas, investigando os itinerários formativos para colaboração e integração interprofissional. Parte do pressuposto de que a experiência de trabalho em equipes no contexto da Residência Multiprofissional em Saúde possibilita a vivência de novas fronteiras da integralidade no SUS, mediante o processo de colaboração e integração interprofissional. Tem como objetivo analisar a colaboração e integração interprofissional em um programa de residência multiprofissional em Saúde da Família. Trata-se de uma pesquisa qualitativa em um estudo transversal e exploratório dirigido de acordo com as diretrizes éticas preconizadas pelo

Página web: <http://epaa.asu.edu/ojs/>

Facebook: /EPAAA

Twitter: @epaa\_aape

Artigo recebido: 14/6/2021

Revisões recebidas: 16/5/2022

Aceito: 16/6/2022

Conselho Nacional em Saúde. Foram realizadas entrevistas individuais e semiestruturadas, a partir de um roteiro de entrevista com perguntas sobre o processo de trabalho em equipe interprofissional no decorrer da experiência do primeiro ano de residência, mantendo a atenção em situações vividas como experiências novas, inesperadas e/ou conflituosas no processo de integração e colaboração entre os residentes. Para análise dos dados, as narrativas dos residentes foram organizadas em duas categorias temáticas que expressaram os processos de aprendizagem para colaboração e integração interprofissional, a saber: do desamparo à cooperação; e da colaboração e integração interprofissional. Foi identificado que o contexto do trabalho em equipe oportunizou aos residentes experiências interpessoais de convergências e divergências que os provocaram a buscar soluções em seus recursos pessoais, oportunizando a reflexão acerca da prática da interprofissionalidade. Considera-se que houve aprendizagem significativa entre os residentes quanto a colaboração e integração interprofissional no que se refere aos aspectos da formação, comunicação, resolução de conflitos, liderança e desenvolvimento pessoal.

**Palavras-chave:** internato; residência; educação interprofissional; equipe multiprofissional

### **Training itineraries of multiprofessional residency in family health: Education and interprofessional collaboration**

**Abstract:** This study starts from the discussion about the training of health professionals in the context of multiprofessional residence. It aims to contribute to the strengthening of the Unified Health System in the State of Alagoas, investigating training itineraries for collaboration and interprofessional integration. It assumes that the experience of working in teams in the context of multiprofessional residency in family health enables integrality in the SUS through the process of collaboration and interprofessional integration. A qualitative research in a cross-sectional and exploratory study conducted in accordance with the ethical guidelines recommended by the National Health Council, it analyzes collaboration and interprofessional integration in a multiprofessional residency program in family health. Individual and semi-structured interviews were conducted, based on an interview script with questions about the teamwork process interprofessional during the experience of the first year of residency, paying attention to situations experienced as new, unexpected and/or conflicting experiences in the process of integration and collaboration among residents. For data analysis, the residents' narratives were organized into two thematic categories that expressed the learning processes for collaboration and interprofessional integration, namely: from helplessness to cooperation and from collaboration and interprofessional integration. Results showed the context of teamwork provided residents with interpersonal experiences of convergences and divergences that provoked them to seek solutions in their personal resources, providing opportunities for reflection on the practice of interprofessionalism. We believe that there was significant learning among residents in relation to collaboration and interprofessional integration, specifically aspects of training, communication, conflict resolution, leadership and personal development.

**Keywords:** internship; residency; interprofessional education; multiprofessional team

### **Itinerarios formativos en residencia multiprofesional en salud de la familia: Educación y colaboración interprofesional**

**Resumen:** Este estudio parte de la discusión sobre la formación de profesionales de la salud en el contexto de la Residencia Multiprofesional. Tiene como objetivo contribuir al fortalecimiento del Sistema Único de Salud en el Estado de Alagoas, investigando itinerarios formativos para la colaboración y la integración interprofesional. Se asume que la experiencia de trabajo en equipo en el contexto de la Residencia Multiprofesional en Salud posibilita la experiencia de nuevas fronteras de integralidad en el SUS, a través del proceso de colaboración e integración

interprofesional. Tiene como objetivo analizar la colaboración e integración interprofesional en un programa de residencia multidisciplinar en Salud de la Familia. Se trata de una investigación cualitativa en un estudio transversal y exploratorio realizado de acuerdo con los lineamientos éticos recomendados por el Consejo Nacional de Salud. Se realizaron entrevistas individuales y semiestructuradas, a partir de un guión de entrevista con preguntas sobre el proceso de trabajo en equipo interprofesional durante la experiencia del primer año de residencia, prestando atención a situaciones vividas como experiencias nuevas, inesperadas y / o conflictivas en el proceso de integración y colaboración entre residentes. Para el análisis de los datos, las narrativas de los residentes se organizaron en dos categorías temáticas que expresaron los procesos de aprendizaje para la colaboración y la integración interprofesional, a saber: del desamparo a la cooperación y de la colaboración y la integración interprofesional. Se identificó que el contexto de trabajo en equipo brindó a los residentes experiencias interpersonales de convergencias y divergencias que los llevaron a buscar soluciones en sus recursos personales, brindando espacios de reflexión sobre la práctica de la interprofesionalidad. Creemos que hubo un aprendizaje significativo entre los residentes en relación a la colaboración y la integración interprofesional en aspectos de formación, comunicación, resolución de conflictos, liderazgo y desarrollo personal.

**Palabras-clave:** internado; residencia; educación interprofesional; equipo multidisciplinario

### **Itinerários Formativos na Residência Multiprofissional em Saúde da Família: Educação e Colaboração Interprofissional**

A constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 1990 como produto do movimento da Reforma Sanitária, foi apontada como um mobilizador de uma ascendente participação de profissões que antes estavam ausentes no setor da saúde pública. Tal fato se condiciona ao arcabouço jurídico que estabeleceu o SUS, surgindo como contraposição ao complexo médico industrial, bem como ao modelo de formação fragmentado em conhecimentos pautado nas especialidades e na sobrevalorização da doença em aspectos meramente biológicos, reduzidos ao individual (Brasil, 2006). Esse sistema de saúde se propõe a superar a visão, até então hegemônica, de concentrar as práticas de saúde apenas em procedimentos curativos de patologias. Para tanto, adota um conceito ampliado de saúde, considerando a complexidade dos processos saúde-doença nos indivíduos e nas coletividades.

Ao longo da instituição do SUS, tanto as formações em saúde como os modos de fazer dos profissionais são revisitados, enraizando-se uma outra forma de compreender e produzir a assistência em saúde. Isso ocorre em razão da necessidade de mudanças no ensino, na saúde e na assistência, com o intuito de possibilitar a atenção integral à saúde da população, em oposição às formas tradicionais dos currículos e de práticas em saúde, mormente marcados pela biomedicina (Brasil, 2006).

A integralidade, portanto, não é tão somente uma diretriz do SUS, é uma atividade política que caminha para a construção de um sistema de saúde equânime. Assim, a integralidade se opõe a qualquer reducionismo que desumaniza as relações para a saúde (Mattos, 2001).

O objetivo da integralidade é promover novas instâncias para promoção da saúde, pressupondo a organização dos processos de trabalho em equipes integradas, com relações horizontalizadas e produzindo humanidade ao priorizar o cuidado centrado nas necessidades de saúde dos usuários. Nesse caminho, a integralidade conduz a visão dos profissionais de saúde acerca da construção do conhecimento, da formação em saúde, da estruturação dos serviços e das práticas,

constituindo-se como orientadora para ruptura com os moldes tradicionais na área da saúde (Gonzalez & Almeida, 2010).

Assim, para que se promova a integralidade, as políticas de educação e de saúde necessitam de maior articulação entre a realidade dos processos de trabalho – presentes na orientação política do SUS – e a educação profissional – presente nos currículos de formação.

Entre os anos 2001 e 2004 foram criadas, com base na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em saúde, constituindo-se como uma indicação para a formação que deve contemplar o sistema de saúde vigente. Assim, pode-se afirmar que as DCN são uma importante conquista na área da educação, já que favorecem a construção de maiores compromissos da Universidade com o SUS (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

Além das mudanças curriculares nos cursos de graduação na área da saúde, surgem, como nova estratégia no âmbito da formação profissional em nível de pós-graduação, as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS). As ações de apoio do Ministério da Saúde à RMS tiveram início no ano de 2002, porém sua consolidação teve como embrião a criação da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 (Brasil, 2005). Esta Lei, naquilo que faz referência à criação das Residências em áreas profissionais da Saúde, pode ser entendida como expressão da busca pela consolidação do SUS a partir de uma integração intersetorial entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), compreendendo que a articulação entre ensino e serviço seria um potencial intrínseco para o seu desenvolvimento.

Tal fato está intimamente relacionado com os desdobramentos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), criada um ano antes, em 2004, por meio da Portaria GM/MS nº 198 (Brasil, 2004), por sua vez reformulada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007 (Brasil, 2007). Esta política se fundamenta na proposta da aprendizagem-trabalho, buscando superar a dicotomia entre teoria e prática – alimentada por perspectivas tradicionais de educação –, ao compreender que a aprendizagem só é significativa quando surge do contexto ao qual se aprende (Brasil, 2006).

A articulação entre os conceitos da PNEPS (Brasil, 2004) e as RMS (Brasil, 2005) está presente na Resolução nº 02 do MEC de 13 de abril de 2012 que apresenta as Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional. De acordo com esta resolução, os Programas Pedagógicos (PP) das RMS, além de proporem a integração multiprofissional e interdisciplinar em suas ações pedagógicas, devem promover a integração entre ensino, serviço e comunidade, tendo como foco as necessidades e realidades locais e regionais, além de se orientar pelos princípios e pelas diretrizes do SUS (Brasil, 2012).

Nesta perspectiva, a integração ensino-serviço, proposta pela criação das RMS e coadunada à orientação da aprendizagem no trabalho proposta pela PNEPS, tem no residente o agente de processos socioeducacionais críticos, provocando mudanças na formação, atenção e gestão na saúde, e promovendo aprendizagem. Assim, o protagonismo dos trabalhadores do SUS, da comunidade e dos residentes convergeria em forças sinérgicas para construção de maior autonomia na atenção à saúde e no desenvolvimento do SUS.

A PNEPS faz uma distinção entre a Educação Continuada e a Educação Permanente. A primeira, diz respeito à agenda de capacitações técnicas dos trabalhadores do SUS. Caracteriza-se por demandas administrativas e/ou políticas difundidas hierarquicamente em sentido descendente pela gestão, seja para manutenção seja para mudanças das condutas laborais do corpo técnico. Tais ações educativas, em geral, baseiam-se em modelos educacionais pautados na fragmentação da realidade, seguindo diretrizes de transmissão de saberes em formato informativo sobre aspectos técnico-instrumentais para pretensa atualização dos trabalhadores (Brasil, 2009).

Por outro lado, a Educação Permanente compreende que o processo de ensino-aprendizagem deve ser incorporado ao cotidiano das organizações e ancorado ao trabalho dos profissionais. Nesse processo, a aprendizagem se dá a partir do contato do trabalhador da saúde com os desafios inerentes ao exercício profissional. Tais desafios o provocariam a buscar transformações em sua realidade, acarretando em um processo de participação direta no desenvolvimento de competências em suas atividades laborais. Assim, a proposta de Educação Permanente tem enfoque dialógico e crítico em seus processos de aprendizagem e se organiza de forma a valorizar a autonomia dos trabalhadores em refletir criticamente, tomar decisões, planejar e atuar, enfatizando uma trajetória ascendente e descentralizada das ações educativas (Brasil, 2009).

No contexto da RMS, o processo de aprendizagem deve ser conduzido por metodologias que facilitem a construção de competências compartilhadas numa perspectiva de interações multiprofissionais e interdisciplinares, o que pressupõe que seja uma atividade de colaboração e integração (Brasil, 2012).

A integração entre ensino, serviço e comunidade prevista nas diretrizes das residências multiprofissionais tem na inserção do residente junto às equipes de saúde um papel fundamental para sua instituição como agente aprendiz-transformador. São as equipes de saúde que farão a inserção dos residentes no universo cultural dos trabalhadores do SUS, bem como transferirão os vínculos existentes entre a comunidade e a equipe de saúde.

Nesse âmbito, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta o “Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa”, em que incentiva e oferece ideias para sua implementação. Ela considera a educação interprofissional e a prática colaborativa como uma estratégia importante para redução da crise mundial da força de trabalho em saúde (OMS, 2010).

A educação interprofissional e a prática colaborativa, por sua vez, quando integradas em sua formação e prática, despontam como uma ação que visa qualificar os profissionais de saúde para viabilização de serviços de excelência que possam fortalecer a promoção e prevenção na superação dos problemas globais em saúde (OMS, 2010).

A educação interprofissional ocorre nas ações entre estudantes com formações distintas, onde aprendem “sobre os outros, com os outros e entre si” (OMS, 2010). Ela conduz a formação para práticas colaborativas, tornando-se a chave para a possível integração entre os diversos saberes objetivados na atuação profissional.

A colaboração e a integração no contexto do trabalho em saúde devem ser entendidas como um esforço interprofissional na articulação entre diversas categorias para o trabalho em equipe. Por sua vez, as equipes interprofissionais são formadas por categorias profissionais que compartilham conhecimentos e práticas para o planejamento e a execução de ações no seu contexto de trabalho. Constrói-se, assim, um campo de integralidade nas ações em saúde com o intuito de superar a fragmentação do trabalho e promover saúde (D’amour et al., 2005).

Em referência aos aspectos apresentados acerca da colaboração interprofissional, pode-se considerar que a aprendizagem, nesse contexto, não é apenas uma simples interação social, mas um esforço colaborativo entre pessoas na cooperação para fazer um indivíduo como membro do corpo social. Assim, aquele que aprende é estimulado e apoiado por seus pares, ao passo que seus conhecimentos prévios são usados como potencial para aprender aquilo que se apresenta à sua experiência (Chaiklin, 2011).

Conhecer os liames da colaboração e integração interprofissional entre os residentes, pressupõe analisar não apenas os percursos dos residentes em sua formação, mas também compreender como produzem seus conhecimentos nesse contexto de aprendizagem. Portanto, esta pesquisa tem por objetivo analisar a colaboração e integração interprofissional em um programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no estado de Alagoas.

## Percurso Metodológico

O contexto de estudo desta pesquisa está ancorado nas discussões sobre itinerários formativos. As necessidades acadêmicas para tais discussões surgiram com a ampliação e o desenvolvimento de ferramentas teórico-metodológicas de avaliação da integralidade em redes de cuidado à saúde no âmbito do SUS, denominadas de itinerários terapêuticos (Gerhardt et al., 2016; Pinheiro et al., 2016).

O termo itinerário faz alusão à constituição de uma história, uma trajetória humana. Na pesquisa sobre itinerários terapêuticos o enfoque é dado aos tensionamentos resultantes das experiências de adoecimento e da busca de cuidados à saúde por usuários do SUS. Desse modo, é possível apreender os limites e as dificuldades das linhas de cuidado à saúde, tendo o usuário como centro da atenção, compreendendo suas escolhas e soluções diante de impasses vividos (Pinheiro et al., 2016).

Como campo específico e derivado da pesquisa de itinerários terapêuticos, o itinerário formativo visa analisar questionamentos que surgem nos percursos de profissionais do SUS que estejam em processo de aprendizagem, sobretudo em contextos que rompem com a normalidade, elucidando dilemas capazes de provocar novas fronteiras para a aprendizagem (Silveira & Pinheiro, 2016).

Como forma de responder às indagações desta investigação acerca de contextos específicos de processos educativos e considerando o fenômeno do ensino-aprendizagem como processo histórico e cultural, a presente pesquisa pode ser caracterizada como um estudo transversal e exploratório baseado em uma perspectiva qualitativa, evidenciando o aspecto social do fenômeno estudado (Minayo, 2013).

O estudo teve como cenário a Residência Multiprofissional em Saúde da Família de uma Universidade pública no estado de Alagoas. Foram considerados sujeitos desta pesquisa os profissionais em formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família na referida instituição. Trata-se de uma amostra não-randomizada, elencada por conveniência, consistindo-se de pessoas de ambos os sexos, em uma faixa etária a partir de 18 anos.

Foram incluídos como sujeitos de pesquisa aqueles residentes que, no ano de 2017, estiveram em atividade na rede de Atenção Primária à Saúde, período em que cumpriram a programação curricular para o primeiro ano de residência denominado de R1.

Quanto ao critério de exclusão, foram excluídos como sujeitos de pesquisa aqueles residentes que participaram como orientandos em condição de tutoria com o pesquisador responsável por este estudo, a fim de evitar constrangimento e possível distorção dos dados em razão de aspectos institucionais presentes na relação professor-aprendente.

Dos oito residentes que se configuravam nos critérios de inclusão, seis aceitaram colaborar com o estudo. Como forma de preservar a identidade dos participantes da pesquisa foram utilizados nomes fictícios de personagens da cultura grega para identificá-los, descritos no Quadro 1.

### Quadro 1

#### *Identificação dos Participantes da Pesquisa*

<b>NOME</b>	<b>SEXO</b>	<b>PROFISSÃO</b>
Hera	Feminino	Nutrição
Pã	Masculino	Odontologia

NOME	SEXO	PROFISSÃO
Perséfone	Feminino	Fisioterapia
Diana	Feminino	Terapia Ocupacional
Perseu	Masculino	Fonoaudiologia
Atena	Feminino	Fonoaudiologia

Para a produção de dados foram realizadas entrevistas individuais e semiestruturadas, com base em roteiro de entrevista com perguntas sobre o processo de trabalho em equipe interprofissional no decorrer da experiência do primeiro ano de residência, mantendo a atenção em situações vividas como experiências novas, inesperadas e/ou conflituosas no processo de integração e colaboração entre os residentes.

As entrevistas foram realizadas durante os meses de julho e agosto de 2018, sendo conduzidas pelo pesquisador responsável. Para facilitar o acesso aos participantes, a instituição concedente disponibilizou uma sala climatizada, devidamente estruturada e com a privacidade necessária para realização da atividade.

Após a leitura, aceite e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), foi iniciada a entrevista fazendo-se uso de um gravador digital de áudio de forma a auxiliar na captura fidedigna dos relatos, bem como de diário de campo ao final de cada entrevista.

Em momento posterior, os áudios captados das entrevistas foram transcritos com fidelidade e sem alterações. Quanto aos diários de campo, eles foram utilizados para a construção da análise.

A entrevista foi eleita como estratégia para que os sujeitos da pesquisa produzissem narrativas dos itinerários de aprendizagem acerca da interprofissionalidade no contexto da RMS.

A pesquisa com narrativas se caracteriza como uma forma de acessar aspectos da experiência vivida na articulação entre a dimensão pessoal e a inscrição social e histórica de um fenômeno. Assim, considera-se uma forma de apreender os significados que constroem visões de mundo e respostas a dilemas surgidos nas trajetórias de experiências de quem narra (Moreira et al., 2016).

Para análise dos dados, as narrativas dos residentes foram organizadas em categorias temáticas *a posteriori* que expressaram os processos de aprendizagem para colaboração e integração interprofissional, observadas com base nos dilemas vividos no decorrer da experiência dos residentes no primeiro ano de atividades, a saber: **Do desamparo à cooperação;** e **Da colaboração e integração interprofissional.**

Para fundamentar a análise dos dados foram utilizadas obras literárias técnico-científicas e os artigos científicos indexados nas plataformas SciELO, BVS e PUBMED, publicados nos últimos dez anos ou reconhecidas como obras históricas de referência.

Como principal referência em obras literárias técnico-científicas destaca-se a publicação da OMS que fundamenta a educação interprofissional e a prática colaborativa, intitulada “Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa”.

## Análise de Dados e Discussão

As categorias de análise foram produzidas *a posteriori* para que as experiências dos residentes pudessem despontar como eixo central da produção de conhecimento desta pesquisa, compreendendo a imersão no cotidiano da profissão em saúde como campo privilegiado para aprendizagem.

Buscando acompanhar a jornada de cada entrevistado e seus temas de fronteiras para aprendizagem, manteve-se o foco nos sentidos produzidos com as vivências dos residentes. Com isso,

foram trazidos para análise dois percursos convergentes à colaboração e integração interprofissional, intitulados como: **Do desamparo à cooperação**; e **Da colaboração e integração interprofissional**.

Na categoria **Do desamparo à cooperação** foram analisadas as experiências significativas na residência em relação à percepção e ao enfrentamento de situações críticas. Em **Da colaboração e integração interprofissional** elucida-se aquilo que se apresentou como aprendizado significativo em relação à interprofissionalidade.

As narrativas dos entrevistados foram citadas diretamente como forma de ilustrar as singularidades e as generalidades presentes na experiência da residência. Assim, considera-se melhor discutir e comunicar o tema central deste estudo.

### **Do Desamparo à Cooperação**

O contato inicial dos Residentes com a Instituição de Ensino Superior (IES) apresentou-se com uma intensa vivência de situações conflituosas que fizeram eclodir de maneira generalizada entre os residentes o sentimento de desamparo.

A primeira experiência relevante acerca do referido desamparo adveio da transição da coordenação da residência, logo na chegada da nova turma, momento de seus primeiros contatos com a instituição, carregados de expectativas acerca da residência.

[...] a gente chega e tal, tá ansioso pra encontrar, imagina o que vai ser a residência e tal, tem carga horária tem isso, aí você começa a se preocupar, se organizar na sua vida pra isso e quando chega, não tem nada disso, você fica lá jogado [...]. (Perséfone)

Nesse momento, sem definições acertadas ou mesmo fragilmente definidas em relação à orientação sobre o desenvolvimento das atividades, os residentes se depararam com as contingências que se atravessaram no caminho escolhido para suas carreiras.

Em se tratando de escolhas, Sartre, filósofo existencialista francês, considera que elas são ações de intencionalidade da consciência que buscam trazer sentido à própria existência. No entanto, escolher é perceber, mais cedo ou mais tarde, o vazio de si, lançando-se em direção ao mundo como forma de aplacar a terrível angústia de ser responsável pelo que ainda não conhece, o que se apresenta como a condição humana de estar condenado a ser livre. (Vieira Junior et al., 2016)

No começo foi bem angustiante, porque praticamente eu fui jogada na residência, então se eu não conhecesse uma pessoa, eu nem saberia onde eu estaria. (Hera)

Nesse cenário, a angústia do desamparo trouxe à tona a responsabilidade de se constituírem como residentes, ação concretizada mediante decisões coletivas entre eles. Em assembleia decidiram, em oposição às orientações institucionais, que seria mais adequado esperar a coordenação resolver as pendências imediatas, e como se preparavam estudando para o início das ansiadas atividades:

A gente assumiu a responsabilidade, exatamente de não se lançar ao campo enquanto essas questões burocráticas estivessem sido feitas. Isso foi uma decisão da nossa turma. (Perseu)

De acordo com Piaget (1994), a autonomia está vinculada à relação de interdependência entre o desenvolvimento moral e o desenvolvimento intelectual. Considerando que o processo de construção da autonomia figura como a saída de um estado de egocentrismo que se apresenta pela construção de relações de respeito unilateral (coação) em direção à capacidade de descentrar cognitivamente e construir relações de respeito mútuo (cooperação), identificamos este ponto da trajetória dos residentes como o início de um processo de aprendizagem sobre a interprofissionalidade que não se expressa por um aspecto técnico do resultado de um currículo, mas como uma aprendizagem no campo pessoal reconhecida por eles (Camargo & Becker, 2012).

A frustração pela ausência de uma figura que representa a autoridade, como é o caso de um coordenador, colocou à prova a autonomia de todos. Ao depositarem no representante institucional não apenas expectativas em relação a suas responsabilidades formais, mas também a naturalização de uma autoridade para dirigi-los, os situou em um campo de heteronomia:

[...] você fica lá jogado, às vezes você vem por conta, se reúne pra estudar, se não a gente fica em casa [...] aí fica assim, aquele clima [...] os pais até perguntam “e aí não vai hoje não?”, aí eu “não porque não tem nada, vou ficar em casa. (Perséfone)

A heteronomia se caracteriza por relações em que a ordem advém de fora. Está vinculada a um primeiro momento do desenvolvimento moral cujas relações de respeito são pautadas pela unilateralidade, chamadas de coação. Nesse tipo de relação de obediência uma figura é imantada de autoridade ou de prestígio e é vista como um diferente hierarquicamente superior de onde emana a ordem (Camargo & Becker, 2012; Piaget, 1994):

Assim, fui jogada, passei [...] fui jogada, nem me disseram nada, pra onde eu ia, onde eu ia ficar, nada. Então isso pra mim já era difícil [...]. (Hera)

Por outro lado, a experiência coletiva do diálogo acerca dos fatos que assolavam a todos e das decisões tomadas, onde rejeitaram a entrada em campo enquanto não existisse um plano institucional definido para suas atividades – determinando limites e assumindo responsabilidades – configurou-se como uma experiência de cooperação relevante na perspectiva do desenvolvimento moral.

Segundo Piaget (1994), a cooperação é expressão da autonomia da consciência, pois se apresenta como uma relação de respeito mútuo vinculada à percepção de igualdade e justiça:

Naquele ano o R1 e R2 ficou muito próximo, por conta das problemáticas. E aí a gente decidiu que não iria entrar, iria aguardar a organização [...]. (Perseu)

Como observado, aquilo que inicialmente foi identificado como um problema aparentemente alheio aos incautos residentes, fazendo-os pensar que estavam reféns da instituição, relacionando-se como subordinados a uma ideia de poder coercitivo e cosmogônico depositada na representação de um coordenador, os levou à necessidade de convergência entre seus pares residentes.

Partiu-se da compreensão de que a aprendizagem da interprofissionalidade, bem como de qualquer conhecimento, tem início com o desejo de autorrealização que projeta a imagem do postulante a um futuro. Até este ponto da narrativa foi abordado o itinerário da chegada dos residentes nessa experiência, a seguir embarcar-se-á na trajetória do trabalho em equipe e da colaboração interprofissional.

### **Colaboração e Integração Interprofissional**

A formação das equipes interprofissionais dos participantes desta pesquisa foi elaborada pela coordenação da residência, porém possibilitava trocas entre membros antes do início das atividades em campo com a condição de seguir o critério das categorias profissionais e formar grupos heterogêneos.

Em relação à experiência geral dos residentes, a etapa da realização das atividades em equipe se configurou como eixo central da aprendizagem acerca da interprofissionalidade.

Para Reeves et al. (2010), o trabalho em equipe é a dimensão mais micro da colaboração interprofissional, como expressa a Figura 1.

**Figura 1***Colaboração Interprofissional*

Fonte: Peduzzi e Agreli (2018).

Tomando-se por base esse entendimento, a colaboração interprofissional se refere à dimensão macrocós mica e complexa da rede de trabalho em saúde. A prática interprofissional colaborativa seria uma dimensão média que representa a multiplicidade das ações em saúde e suas articulações entre pessoas, equipes, políticas, instituições etc. Por fim, o trabalho em equipe se caracteriza como a dimensão microcós mica e, portanto, mais específica e técnica da rede. Em consequência, tem maior referência nas categorias profissionais, sendo este trabalho a força motriz da rede que forma a colaboração interprofissional (Peduzzi & Agreli, 2018).

Como a colaboração interprofissional está condicionada ao desenvolvimento do trabalho em equipe interprofissional, e este trabalho em equipe pressupõe o convívio e a construção de vínculos, é nesse contexto que diferentes profissionais se integram e se percebem como pertencentes a relações de interdependência (Reeves et al., 2010).

Habermas (2012), em seu conceito sobre Trabalho, distingue dois componentes interdependentes: trabalho e interação. Em sua perspectiva, o trabalho corresponde à dimensão instrumental, cuja ação é teleológica e se sustenta em técnicas e tecnologias reconhecidas como válidas pela esfera social. No caso da interação, refere-se à dimensão comunicativa, regida pelo diálogo, na qual a reflexão e a tomada de decisão definem normas e metas que vigoram como referência das expectativas comportamentais para sustentação da reciprocidade entre pares.

Em relação à dimensão comunicativa presente no âmago das interações interprofissionais entre os residentes, destaca-se a dificuldade de assertividade. Agir de maneira assertiva significa comunicar pensamentos e sentimentos de forma honesta, objetiva e adequada ao contexto (Lange & Jakubowski, 1978, citado por Grilo, 2012).

[...] eu não queria que aquele grupo fosse o meu de trabalho, mas como tava começando, na época eu não queria dizer não [...] era que eu não gostava da forma de trabalho daquelas pessoas no momento. (Perseu)

No exemplo acima verifica-se uma forma passiva de interação comunicativa com a equipe, na qual a ausência de expressão verbal acerca dos pensamentos e sentimentos dificulta a construção do vínculo necessário ao desenvolvimento das ações coordenadas.

O estilo passivo de resposta a situações interpessoais é motivado pela necessidade de evitar conflitos, porém tal evitação contribui para que os interlocutores ignorem os afetos presentes no indivíduo passivo (Grilo, 2012).

[...] eu não queria expor eles, não sabia como expor na forma de não criar conflitos maiores, decidi ficar, aceitar, e aí foi essa a forma de escolha. (Perseu)

[...] ela fez de conta que não viu [...] aí era a conversa ou esperar o tempo passar pra resolver [...] e foi deixado pra lá. Acho que geralmente acabava sendo assim as resoluções de conflito com ela. [...] até, quando não tinha pra onde fugir né, até se tentava conversar. (Diana)

Por outro lado, falar não significa ausência de conflito ou integração com a equipe. A maneira de se comunicar assertivamente passa pela adequação da fala de forma que ambos os interlocutores sejam respeitados em seus pensamentos, sentimentos e crenças. Assim, o estilo de resposta agressivo está no outro extremo do passivo (Grilo, 2012).

Nunca tavam entendendo, nunca tavam, aí acabava falando muito e esse falar muito soava às vezes como essa postura autoritária que é dono da razão, mas na verdade eu tava posicionando minha opinião e querendo ouvir as outras, e aí quem falava, a gente trabalhava junto, quem não falava, ficava calado me enxergando como autoritária, e acabava que não fazia nada em direção à mudança. (Atena)

As dificuldades comunicativas criaram um clima desfavorável de insegurança que tendia a aprofundar as diferenças entre eles, inviabilizando os ajustes necessários para a tomada de decisão na convergência dos objetivos do trabalho.

[...] a gente não tinha uma comunicação do próprio trabalho, das atividades que estavam acontecendo, nem uma comunicação nossa com a gente mesmo pra diminuir esses conflitos [...] depois a gente recuperou isso, porque sentia que precisava. (Atena)

Por definição, clima de trabalho em equipe se constitui pela gama de significados e percepções compartilhadas entre seus membros em relação a políticas, práticas e procedimentos. De acordo com o estudo realizado por Agreli (2017) as equipes que mais apresentam participação nas tomadas de decisão são aquelas em que há melhor clima de trabalho.

Articulados às dificuldades de integração comunicativa, os residentes enfrentaram desafios objetivos na execução e no desenvolvimento do trabalho, aspectos da dimensão instrumental. Tais desafios trouxeram à tona a percepção das relações de interdependência entre os membros da equipe:

[...] aí quando chegava lá ninguém sabia o que ia fazer! Aí durante muito tempo, eu ficava no papel de organizar a equipe [...] eu não queria ficar com aquela impressão que as pessoas teriam de mim, então eu cheguei a conversar com eles, essa retomada de atitude, de passar a fazer as coisas [...]. (Perseu)

Pode-se considerar que as contingências do trabalho em uma equipe desintegrada, mas institucionalmente criada, compeliram Perseu a uma tomada de decisão monocrática em relação às responsabilidades coletivas. Dessa forma, ele passa a assumir uma função na equipe que é legitimada ao mesmo tempo pela sua cooperação e pela heteronomia dos demais.

Eu assumi a passividade pelo fato de que como líder, eu acho que ele (Perseu) tem inerente a ele uma liderança maior [...]. Ele que sabia [...] aí a gente meio que ficava passivo ele tinha essa experiência [...] e também da personalidade dele. É ele tem uma personalidade mais de levar as pessoas [...]. (Pã)

Como observado no caso de Pã, sua heteronomia era mantida por uma atitude de esquiva em relação à responsabilidade de aprender, sendo justificada por uma ideia de liderança inata, técnica e por isso necessariamente autocrática (autoridade).

[...] minha personalidade é de levar um pouco mais assim é, nem é de passividade, é uma personalidade que eu sei que eu não tenho propriedade pra falar, se eu tiver propriedade pra falar, eu bato de frente, mas se eu não tiver, aí eu vou pra quem eu acho que tá fazendo certo [...]. (Pã)

Conforme Piaget (1994), a atitude cooperativa é possível quando o indivíduo aceita e relativiza a realidade percebida por ele, criando múltiplas perspectivas para coordená-la. Assim, o ponto de vista pessoal não é entendido como absoluto e nem é totalmente renunciado, passando a coexistir com as demais perspectivas. Portanto, a cooperação não é um ato de submissão ou de abnegação, mas de solidariedade, carregado pelo sentimento de justiça, seu aspecto moral, e pela lógica da reciprocidade, seu aspecto cognitivo – ao cooperar o sujeito empreende algo que ao mesmo é para o outro e para si mesmo.

[...] se você não pode contribuir com cem por cento, contribua com cinquenta [...] fica como se fosse irresponsável e tal, e algumas vezes até já passamos por irresponsáveis, porque a gente planeja uma coisa e chega no momento e não tá ou [...] não vem. Aí pronto acaba prejudicando a equipe de uma certa forma. (Perséfone)

A liderança em uma equipe interprofissional é papel de todos, fator colaborativo para integração. Assim como na Educação Permanente, o estilo de liderança deve colaborar com a aprendizagem de todos, mantendo seu foco na superação dos desafios da Atenção em Saúde e facilitando o desenvolvimento da autonomia.

[...] é fundamental que a gente saiba conhecer o outro [...] a gente conhecendo com quem a gente tá trabalhando, [...] até onde a gente pode ir. [...] porque assim, existem pessoas, por exemplo, que demoram muito pra fazer as coisas e tem outras que querem fazer muito rápido, então conhecendo isso, a gente começa a tentar [...] vai andando e isso vai facilitando a convivência e o trabalho [...] quando você começa a trabalhar com pessoas você tem que saber conduzir tudo, por que trabalhar com pessoas é muito complicado. (Hera)

Entre os estilos de liderança pesquisados e identificados no campo do trabalho, os líderes transformacionais estão mais alinhados com a ética da solidariedade e dos valores democráticos. Um líder transformacional visa promover a emancipação de seus seguidores por meio da construção de um contexto favorável ao diálogo e à reflexão. Busca estimular moralmente seus colaboradores comprometendo-se com valores de interesse coletivo e com o estímulo da autorrealização em uma atitude aberta a autorreflexiva na busca de consenso (Vizeu, 2011).

[...] essa coisa de opiniões diferentes, personalidades diferentes, alguém que critica, alguém que não critica, o que se posiciona e o que não se posiciona, então, é parte do trabalho em equipe. Hoje eu vejo assim, mas na época eu fiquei muito angustiada. (Atena)

Sobre a percepção dos residentes acerca de experiências significativas que possibilitaram a compreensão da integração interprofissional as visitas domiciliares estiveram sempre presentes.

[...] a gente viu ali que já tinha [...] o olhar da nutri pra onde ia, o olhar da fisio pra onde vai, [...] a partir daí, na próxima visita a gente já ficava: ‘ó isso aqui eu não sei, mas a minha colega não veio hoje, ela é nutri e talvez ela possa lhe ajudar nisso’. Então foi enriquecedor saber em que papéis, em que situação o outro profissional pode tá ali ajudando e que eu possa identificar também quem que pode ajudar, mesmo sem eu ter aquela especialização, ter aquela graduação, eu posso identificar com mais tranquilidade e até mesmo dar alguma orientação que seja, digamos assim, do profissional de saúde de uma maneira geral e não só daquela graduação [...].  
(Diana)

[...] claro teve todo um processo né, foi aos poucos, mas a cada momento que estávamos juntos avaliando um mesmo paciente, um mesmo indivíduo, era perceptível que várias coisas que eles observavam, eu também poderia ter observado e que pra intervir, pra orientar em como limpar uma língua, fazer alguma coisa do tipo, ou apenas, sei lá, prestar atenção, perguntar como tá a alimentação do paciente, eu também poderia ter feito, ter perguntado isso como fisioterapeuta [...]. (Perséfone)

As visitas domiciliares em equipes foram relatadas como a compreensão de terem “saído da caixinha”. Essa expressão esteve presente na fala de alguns residentes para tentar explicar a maneira como conseguiram perceber a fragmentação e a limitação de suas visões de especialista quando integraram seus conhecimentos.

Trabalhar com pessoas de outras profissões eu acho que é completamente o nosso trabalho e dá uma dimensão maior, a gente acaba saindo um pouquinho [...] da nossa caixinha da nutrição e adquire outras dimensões. A gente vê outras profissões que podem complementar o que você sabe e agregar coisas novas [...]. (Hera)

[...] teve diversos momentos que a gente viu a intersetorialidade, viu as profissões se cruzarem, por exemplo, [...] a gente fez uma visita domiciliar e foi uma visita intersetorial, eu com meu olhar de dentista, ele com o olhar de fono. A gente aprendeu e foi uma coisa que eu acho que vou levar até... [...]. (Pã)

Por fim, identificou-se que, ao final desse itinerário, os relatos apontam para experiências significativas de aprendizagem que são reconhecidas como autonomia. Ao olharem para a própria história eles reconhecem que não saíram da residência sem a percepção de que se transformaram em certos aspectos.

[...] a gente conseguiu aprender a trabalhar com as adversidades. Assim, a trabalhar, a impor-se, se impor, a ir à frente, a fazer aquilo que achava que deveria fazer, então a gente criou uma autonomia. (Hera)

[...] eu acho que era importante eu coordenar, era uma atribuição que hoje eu percebo que foi bom, porque eu desenvolvi algumas habilidades que eu não tinha até então [...]. (Perseu)

Eu avalio como positivo, positivo, e eu acho que mais positivo pessoalmente que profissionalmente [...] foi uma experiência que me moldou pra relações na vida, assim, de outros contextos, enfim. (Atena)

[...] eu acho que crescimento mesmo, até como ser humano, é uma coisa que me, me marcou bastante e eu acho que foi um despertar também pra mim, pras coisas minhas, objetivos meus de vida, foram reafirmados também... [...] penso de que forma eu posso tá ajudando essas pessoas [...] me despertou outros sonhos, outras coisas [...] então assim, eu digo que foi uma experiência além da formação profissional entende? (Perséfone)

Muito boa! Foi muito enriquecedora [...]. Aprender a ouvir e de compreender, né, que aquele outro profissional também seu espaço naquele seu, assim naquele seu usuário. (Diana)

À vista do exposto, a dimensão interpessoal do trabalho em equipe se apresentou como aspecto influenciador dos resultados alcançados pelos residentes, sendo referência direta para colaboração e integração entre eles. Ao final de tudo o exercício reflexivo acerca do vivido foi o caminho pessoal para produção de sentido e aquisição da aprendizagem de maneira significativa.

### **Considerações Finais**

A inserção de profissionais de diversas categorias distintas para o trabalho em equipe dentro do contexto do SUS faz das RMS caminhos singulares para qualificação e compreensão da lógica proposta pelas Políticas de Saúde do Brasil.

Aprender em equipe no SUS é viver o princípio da Integralidade de maneira orgânica. Aprendizagem-trabalho não significa um fazer protocolar, mas uma oportunidade de trilhar caminhos orientados pela realidade que afeta seus protagonistas.

Esta pesquisa manteve seu olhar nas provocações advindas do cotidiano de residentes lançados a um campo aberto de possibilidades. Para além do currículo, nos permitimos acompanhá-los em suas narrativas dos campos fronteiriços de aprendizagens para extrair sua ressonância em forma de angústias, enfrentamentos e realizações.

A colaboração e integração interprofissional são desafios complexos que vêm impulsionando os profissionais da saúde a experiências que transcendem a fragmentação dos saberes. Elas conduzem seus atores a imersões no universo ético da alteridade e os convidam a protagonizar o trabalho sem cindir trabalho e vida.

No percurso de aprendizagem empreendido pelos residentes, identificou-se que a autonomia e as relações interpessoais formaram complexos significativos em seus percursos.

Lidar com limites e tomar decisões diante de um conflito pessoal, interpessoal ou institucional passou a fazer parte do cotidiano. Tal experiência trouxe à tona uma série de demandas que a princípio não foram compreendidas como pertinentes à sua qualificação profissional, mas foram incorporadas ao repertório dos residentes ao final do itinerário.

Nesse itinerário ficou evidente que as sequelas do modelo biomédico que forma profissionais fechados em seus conhecimentos específicos acarretou em dificuldades de colaboração e integração. Contudo, as próprias demandas da Atenção Básica, como a realização de visitas domiciliares, os levaram a imersões no universo de conhecimento dos profissionais de suas equipes, o que se tornou fundamental para a compreensão da complementariedade entre eles.

No campo subjetivo que atravessa a integração e colaboração interprofissional, despontaram como temas relevantes a comunicação e a liderança. Ficou a compreensão de que a comunicação é campo fundamental para o exercício e manutenção dos vínculos que sustentam a equipe de trabalho. Não apenas pelo trabalho, mas pela necessidade do convívio diário para trabalhar.

A liderança, por sua vez, apresentou-se como elemento catalizador de diferentes processos de colaboração, dentro da dinâmica de trabalho das equipes. Aqui, o exercício da liderança diz respeito à facilitação existente em cada membro do grupo, com o intuito de promover uma relação de colaboração e integração interprofissional.

Por fim, o que os residentes substanciaram ao final do itinerário, além de memórias reflexivas, foram integrações entre dimensões cognitivas e afetivas, mesmo que contraditórias. A exemplo de lamentarem a ausência de certos conteúdos desejados enquanto reconhecem que aprenderam com o vivido.

## Referências

- Agreli, H. L. F. (2017). *Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde*. (Tese de Doutorado em Ciências). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Brasil. (2004, 16 de fevereiro). Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, p. 34.
- Brasil. (2005, 01 de julho). Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 1.
- Brasil. (2006). *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- Brasil. (2007, 22 de agosto). Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, Seção 1, p. 34.
- Brasil. (2009). *Política nacional de educação permanente em saúde*. Ministério da Saúde. (Série B. Textos básicos de saúde). (Série Pactos pela saúde 2006, 9).
- Brasil. (2012, 16 de abril). Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF.
- Camargo, L. S., & Becker, M. L. R. (2012). O percurso do conceito de cooperação na epistemologia genética. *Educação & Realidade*, 37(2), 527-549. <https://doi.org/10.1590/S2175-62362012000200011>
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1400-1410. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500036>
- Chaiklin, S. (2011). A zona de desenvolvimento próximo na análise de Vigotski sobre aprendizagem e ensino. *Psicologia em Estudo*, 16(4), 659-675. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722011000400016>
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., Rodriguez, L. S. M., & Beaulieu, M.-D. (2005). Conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 116-131. <https://doi.org/10.1080/13561820500082529>

- Gerhardt, T. E., Burille, A., & Müller, T. L. (2016). Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In T. E. Gerhardt, R. Pinheiro, E. N. F. Ruiz, & A. G. Silva Junior (Orgs.), *Itinerários terapêuticos: Integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde* (pp. 27-97). CEPESC: UERJ: ABRASCO.
- González, A. D., & Almeida, M. J. (2010). Integralidade da saúde: Norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 757-762. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000300018>
- Grilo, A. M. (2012). Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 283-297.
- Habermas, J. (2012). *Teoria do agir comunicativo I: Racionalidade da ação e racionalização social*. Martins Fontes.
- Leal, T. C. M., & Moreira, L. V. C. (2012). O estudo da família no itinerário formativo do pedagogo/professor: concepções de docentes e formandos de um curso de licenciatura em Pedagogia da cidade de Salvador. In *Anais, 1 Congresso Internacional Interdisciplinar em Ciências Sociais e Humanidades* (Vol. 1). Niterói, RJ.
- Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: Algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 39-64). Abrasco.
- Minayo, M. C. S. (2013). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec.
- Moreira, D. J., Bosi, M. L. M., & Soares, C. A. (2016). Uso de narrativas na compreensão dos itinerários terapêuticos de usuários em sofrimento psíquico. In T. E. Gerhardt, R. Pinheiro, E. N. F. Ruiz, & A. G. Silva Junior (Orgs.), *Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde* (pp. 223-235). CEPESC: UERJ: ABRASCO.
- OMS. (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. OMS.
- Peduzzi, M., & Agreli, H. F. (2018). Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*, 22(2), 1525-1534. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>
- Piaget, J. (1994). *O juízo moral na criança*. Summus.
- Pinheiro, R., Gerhardt, T. E., Ruiz, E. N. F., & Silva Junior, A. G. (2016). O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In T. E. Gerhardt, R. Pinheiro, E. N. F. Ruiz, & A. G. Silva Junior (Orgs.), *Itinerários terapêuticos: Integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde* (pp. 13-24). CEPESC: UERJ: Abrasco.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444325027>
- Silva, L. C., & Brotto, M. E. (2016). Residência multiprofissional em saúde e serviço social: Dilemas na formação e trabalho profissional. *Em Pauta*, 14(37), 126-149. <https://doi.org/10.12957/rep.2016.25396>
- Silveira, R., & Pinheiro, R. (2016). O mundo como fronteira: itinerários formativos de estudantes de Medicina nas experiências de Internato Rural na Amazônia. In T. E. Gerhardt, R. Pinheiro, E. N. F. Ruiz, & A. G. Silva Junior (Orgs.), *Itinerários terapêuticos: Integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde* (pp. 163-181). CEPESC: UERJ: Abrasco.
- Vieira Junior, C. A. V., Ardans-Bonifacino, H. O., & Roso, A. (2016). A construção do sujeito na perspectiva de Jean-Paul Sartre. *Revista Subjetividades*, 16(1), 119-130. <https://doi.org/10.5020/23590777.16.1.119-130>
- Vizeu, F. (2011). Uma aproximação entre liderança transformacional e teoria da ação comunicativa. *RAM, Revista de Administração. Mackenzie*, 12(1), 53-81. <https://doi.org/10.1590/S1678-69712011000100003>

## Sobre os Autores

### Bryan Silva Andrade

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

bryanpsicologia@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5231-1519>

Graduação em Psicologia. Tutor da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal), Brasil.

### Rosana Q. B. Vilela

Universidade Federal de Alagoas

zanavilela@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3910-4678>

Docente do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Brasil.

### Jorge Luís de Souza Riscado

jorgeluisriscado@hotmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7015-0798>

Docente do Programa de Pós-graduação em Ensino na Saúde. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Alagoas, Brasil.

---

# arquivos analíticos de políticas educativas

Volume 31 Número 39

11 de abril 2023

ISSN 1068-2341

---



Este artigo pode ser copiado, exibido, distribuído e adaptado, desde que o(s) autor(es) e *Arquivos Analíticos de Políticas Educativas* sejam creditados e a autoria original atribuídos, as alterações sejam identificadas e a mesma licença CC se aplique à obra derivada. Mais detalhes sobre a licença Creative Commons podem ser encontrados em <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>. *Arquivos Analíticos de Políticas Educativas* é publicado pela Mary Lou Fulton Teachers College, Arizona State University. Os artigos que aparecem na AAPE são indexados em CIRC (Clasificación Integrada de Revistas Científicas, España) DIALNET (Espanña), [Directory of Open Access Journals](#), EBSCO Education Research Complete, ERIC, Education Full Text (H.W. Wilson), PubMed, QUALIS A1 (Brazil), Redalyc, SCImago Journal Rank, SCOPUS, Socolar (China).

Sobre o Conselho Editorial: <https://epaa.asu.edu/ojs/about/editorialTeam>

Para erros e sugestões, entre em contato com [Fischman@asu.edu](mailto:Fischman@asu.edu)

**EPAA Facebook** (<https://www.facebook.com/EPAAAPE>) **Twitter feed** @epaa\_aape