



Educação e colaboração interprofissional: resultados qualitativos de uma intervenção com residentes

Interprofessional education and collaboration: qualitative results from an intervention with residents

Ana Paula de Sousa Silva Baquião^{1*}, Bruna Costa de Almeida², Leila Garcia Ribeiro Silva², Leonardo de Melo Guedes³, Rodrigo Sanches Peres⁴, Fabiane Rossi dos Santos Grincenkov⁵

¹ Departamento de Psicologia, Programa de Pós-graduação Doutorado em Processos Psicossociais em Saúde, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora (MG), Brasil;

² Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora (MG), Brasil;

³ Departamento de Psicologia, Programa de Pós-graduação Mestrado em Processos Psicossociais em Saúde, Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora (MG), Brasil;

⁴ Docente do Instituto de Psicologia, Graduação e Pós-graduação, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia (MG), Brasil;

⁵ Docente do departamento de Psicologia, Graduação e Pós-graduação, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora (MG), Brasil.

***Autor correspondente:** Ana Paula de Sousa Silva Baquião – E-mail: anapaulasousa.psicologo@gmail.com

RESUMO

Apresentar resultados qualitativos de uma intervenção grupal voltada ao aprimoramento da educação e da colaboração interprofissional em residentes multiprofissionais e residentes médicos, com ênfase no contexto da atenção hospitalar. Trata-se de um estudo qualitativo, do qual participaram nove residentes. A intervenção desenvolvida com os participantes desmembrou-se em quatro encontros de duas horas de duração cada e promoveu atividades voltadas ao fomento de competências interprofissionais. Os encontros foram gravados em áudio e posteriormente transcritos, sendo que as transcrições foram submetidas à análise de conteúdo temática. Foram configuradas duas categorias básicas, cujos relatos correspondentes indicam que, de acordo com os participantes, a intervenção foi proveitosa já que, dialogicamente, lhes possibilitou tanto reconhecer obstáculos ao trabalho em equipe no campo da saúde quanto delinear expedientes capazes de superá-los. A intervenção gerou contribuições ao aprimoramento da educação e da colaboração interprofissional para com os participantes.

Palavras-chaves: Educação interprofissional. Práticas interdisciplinares. Profissionais de Saúde. Cuidado centrado no paciente. Pesquisa nos serviços de saúde.

ABSTRACT

To present qualitative results from a group intervention aimed at improving education and interprofessional collaboration in multidisciplinary residents and medical residents, with emphasis on the context of hospital care. This is a qualitative study, in which nine residents participated. The intervention developed with the participants was divided into four meetings lasting two hours each and promoting activities aimed at fostering interprofessional competences. The meetings were audio recorded and later transcribed, and the transcripts were subjected to thematic content analysis. Two basic categories were configured, whose corresponding reports indicate that, according to the participants, the intervention was beneficial in the sense that, dialogically, it enabled them both to recognize obstacles to teamwork in the health field and to outline expedients capable of overcoming them. The intervention generated contributions to the improvement of education and interprofessional collaboration with the participants.

Keywords: Interprofessional education. Interdisciplinary placement. Health Personnel. Patient-centered care. Health services research.

Recebido em Maio 20, 2022

Aceito em Julho 17, 2022

INTRODUÇÃO

No Brasil, a importância do trabalho em equipe para o atendimento das necessidades de saúde da população tem sido enfatizada desde o advento da Reforma Sanitária, movimento que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a Constituição Federal de 1988. Porém, apenas nas duas últimas décadas os conceitos de “educação interprofissional” e “colaboração interprofissional” alcançaram um nível mais expressivo de difusão no país, sobretudo graças a iniciativas educacionais pontuais, dentre as quais, no âmbito da graduação e da pós-graduação, respectivamente, o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) e as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMSs)¹.

Em nível global, algumas estratégias de aprendizagem compartilhadas em prol da reorientação da formação no campo da saúde foram propostas na década de 1960 e se desdobraram, anos depois, na delimitação do conceito de “educação interprofissional”². De acordo com uma definição reconhecida, por diversos autores, como particularmente informativa, tal conceito se refere às situações em que dois ou mais profissionais de saúde, de diferentes áreas, aprendem juntos de modo interativo para melhorar a qualidade da atenção à saúde³. A educação interprofissional, dessa maneira, é capaz de

contribuir para a superação da fragmentação do ensino e do trabalho no campo da saúde decorrente do modelo tradicional de formação⁴.

Já o conceito de “colaboração interprofissional” abrange uma série de aspectos das interações que se estabelecem entre profissionais de saúde de diferentes áreas e que se refletem em uma participação ativa de todos na tomada de decisões clínicas⁵. Como consequência, a colaboração interprofissional possibilita, por meio do trabalho em equipe, uma atuação sinérgica e articulada, a qual contrasta com aquela resultante das relações hierarquizadas que ainda se mostram habituais no campo da saúde⁶. Logo, é capaz de nortear o desenvolvimento de práticas voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde na perspectiva da integralidade.

Os conceitos de educação interprofissional e colaboração interprofissional, portanto, realçam que, no campo da saúde, a reformulação do modelo de atenção demanda a reorientação do modelo de formação⁴. No Brasil, um papel de grande relevância nesses processos interdependentes tem sido desempenhado nos últimos anos pelas RMSs enquanto modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu orientada para a educação em serviço e direcionada a profissionais de saúde, exceto médicos⁷. Contudo, ainda são escassas as pesquisas associadas a propostas interventivas executadas com a participação tanto de residentes

multiprofissionais quanto de residentes médicos. Este estudo tem como objetivo apresentar resultados qualitativos de uma intervenção grupal voltada ao aprimoramento da educação e da colaboração interprofissional em residentes multiprofissionais e residentes médicos, com ênfase no contexto da atenção hospitalar.

METODOLOGIA

Este estudo se afigura como um recorte de uma pesquisa mais ampla, de abordagem mista, em que foi utilizado um desenho quase experimental, tendo em vista sua indicação para os casos em que não é possível executar o controle experimental completo de uma intervenção, especialmente devido à inviabilidade de randomização⁸. No presente estudo, especificamente, serão contemplados os dados de natureza qualitativa da referida pesquisa. Cumpre assinalar que os estudos qualitativos no campo da saúde podem se ocupar de variados fenômenos humanos de caráter fundamentalmente subjetivo, cujas nuances não se traduzem adequadamente em indicadores numéricos⁹.

Fizeram parte do estudo, pela facilidade de acesso da equipe de pesquisa, residentes vinculados a três Programas de Residência em Saúde de um hospital universitário público, a saber: Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar, Programa de Residência Médica em Pediatria e

Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia. A princípio, foram considerados elegíveis residentes de primeiro ano. Porém, um residente de segundo ano, o qual tomou conhecimento da intervenção por meio de outros residentes, também foi autorizado a participar. A equipe de pesquisa tomou essa decisão levando-se em conta que houve planejamento do setor de trabalho do referido residente para viabilizar sua participação.

Assim, este estudo contou com nove participantes no total, sendo seis vinculados ao Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção Hospitalar; dois, ao Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia; e um, ao Programa de Residência Médica em Pediatria. É importante esclarecer que, entre os seis residentes multiprofissionais, havia dois fisioterapeutas, um psicólogo, um farmacêutico, um nutricionista e um assistente social. Vale ainda antecipar que, predominantemente, os participantes eram do sexo feminino (77,8%), solteiros (88,9%), católicos (44,4), se autodeclararam brancos (66,7%), residiam sozinhos (66,7%), se situavam na faixa etária de 26 a 30 anos (66,7%) e eram provenientes de universidades públicas (77,8%).

A intervenção desenvolvida com os participantes desmembrou-se em quatro encontros planejados e conduzidos pela primeira autora do presente estudo, com a orientação da última autora; e contou com

a colaboração de dois alunos de graduação que, após receberem treinamento, auxiliaram na preparação das atividades. Os encontros ocorreram entre fevereiro e março de 2020, às quintas-feiras, no período da tarde, e se estenderam por duas horas cada. Logo, a intervenção teve oito horas de duração no total.

No primeiro encontro, foi realizado um levantamento dos conhecimentos dos participantes sobre educação e colaboração interprofissional e das demandas e expectativas a respeito da intervenção. Com base nas informações obtidas, nos demais encontros foram abordadas bases conceituais dos referidos temas, bem como foram realizadas atividades voltadas ao fomento de competências interprofissionais conforme os domínios sistematizados na literatura especializada¹⁰, a saber: (1) cuidado centrado na pessoa, família e comunidade, (2) clarificação de papéis, (3) comunicação interprofissional, (4) resolução de conflitos, (5) dinâmica de funcionamento da equipe e (6) liderança colaborativa.

Para tanto, cada um dos encontros foi dividido em três momentos, em consonância com as diretrizes estabelecidas por Bastos¹¹ para a prática de grupos operativos. Estes são concebidos como recursos de aprendizagem compartilhada que possibilitam a problematização e a modificação de atitudes de determinado conjunto de pessoas e pressupõem o estabelecimento de vínculos entre elas. O primeiro momento (“Aquecimento”) se caracteriza pela

utilização de técnicas interativas para estimular a espontaneidade dos participantes, favorecer a integração do grupo e introduzir o tema a ser abordado. As técnicas utilizadas foram, respectivamente, as seguintes: “Apresentação invertida¹²”, “Travessia do rio¹³” e “Aquário¹⁴”.

O segundo momento (“Discussão”) tem como intuito fomentar debates livres sobre um tema previamente selecionado; e geralmente envolve o emprego de dinâmicas de grupo. As seguintes foram selecionadas para a intervenção em questão: “Descascando cebola” (adaptação de “Batata quente¹⁵”), no primeiro encontro; e “Telefone sem fio¹⁶”, no quarto encontro. Ademais, no segundo momento de cada encontro, trechos de filmes e vídeos serviram como disparadores dos debates. No terceiro momento dos encontros (“Fechamento e conclusão”), busca-se recapitular os principais pontos abordados e esclarecer eventuais dúvidas. Especificamente no último encontro, também foi executada uma atividade voltada à confraternização e à obtenção de feedbacks dos participantes sobre a intervenção.

Todos os encontros foram gravados em áudio e posteriormente transcritos. As transcrições foram analisadas qualitativamente por meio da análise de conteúdo temática proposta por Bardin¹⁷, a qual tem sido extensamente utilizada em pesquisas qualitativas no campo da saúde e consiste no desvelamento de núcleos de sentido cuja presença ou frequência possui

relevância para a consecução do objetivo de pesquisa. Ressalta-se que tal técnica se organiza em três etapas: (1) Pré-análise, (2) Exploração do material e (3) Tratamento dos resultados. A primeira tem como finalidade precípua tornar operacional o corpus, ao passo que a segunda visa, basicamente, à definição de categorias como sistemas de codificação e à identificação das unidades de registro (relatos) correspondentes; já a terceira busca a elaboração de inferências e interpretações.

Deve-se esclarecer que a pesquisa mais ampla da qual o presente estudo deriva foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de filiação das autoras (Protocolo nº 3.299.976); e foi desenvolvida em consonância com os cuidados éticos legalmente estabelecidos para pesquisas com seres humanos no país. Assim, todos os participantes formalizaram anuência quanto aos procedimentos mediante a assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por meio do qual, inclusive, foi-lhes assegurada a preservação de suas identidades.

RESULTADOS

A análise de conteúdo temática subsidiou a organização do corpus em duas categoriais básicas. A primeira categoria, denominada “Entraves”, reúne relatos sobre dificuldades na efetivação da

educação e da colaboração interprofissional que puderam ser identificadas ou enfatizadas nos debates desenvolvidos durante a intervenção. Uma dessas dificuldades seria, para os participantes, a falta de informações mais detalhadas, entre os próprios profissionais de saúde, sobre as atribuições dos colegas com que trabalham no contexto da atenção hospitalar, como se vê no Relato 1: “[...] não tem, às vezes, o conhecimento do que cada um faz e de como isso pode ajudar o paciente” (Participante 9 – médico).

Essa dificuldade, ainda acompanhando os participantes, daria margem a uma outra, a saber: a disseminação de estereótipos sobre os profissionais de saúde. Foi comentado que o psicólogo muitas vezes é visto, pelas pessoas em geral, como alguém que se dedica a “cuidar de pessoas doidas” (Participante 6 – médico), que o fisioterapeuta tende a ser confundido com “massagista e esteticista” (Participante 8 – farmacêutico) e que o médico comumente se comporta como se fosse “superior em relação aos outros profissionais de saúde” (Participante 4 – psicólogo). Houve unanimidade entre os participantes no que se refere à compreensão de que esses estereótipos podem prejudicar o trabalho em equipe e comprometer o atendimento das necessidades de saúde da população.

Uma terceira dificuldade mencionada pelos participantes foi o suposto engajamento de profissionais de saúde em práticas fragmentadas, as quais

se desdobrariam em retrabalho e acabariam por submeter os pacientes a procedimentos duplicados, principalmente aqueles destinados ao levantamento de informações para o acompanhamento da evolução clínica. O Relato 2 realça esse ponto de vista: “Tem hora que a gente chega, o paciente não quer conversar. E eu entendo, porque é muito monótono. Todo mundo perguntando a mesma coisa. É muito ruim” (Participante 3 – nutricionista). Encerrando a primeira categoria, deve-se apontar que o modelo tradicional de formação no campo da saúde foi enquadrado como a origem de barreiras à efetivação da educação e da colaboração interprofissional, pois valorizaria o desenvolvimento de competências altamente especializadas, conforme o Relato 3: “Os saberes são muito específicos, e a gente estuda muito tempo, cada um na sua área” (Participante 4 – psicólogo).

Já a segunda categoria, denominada “Caminhos”, agrega relatos concernentes às medidas que, decorrentes dos debates promovidos pela intervenção, foram vislumbradas pelos participantes como potencialmente benéficas à efetivação da educação e da colaboração interprofissional. O Relato 4 indica uma dessas medidas: “[...] tem que ter reunião. É importante um ambiente comum” (Participante 7 – fisioterapeuta). Portanto, a existência de espaços coletivos, nos quais seja possível, além de discutir casos, exercitar o diálogo em prol do trabalho em equipe, foi considerada essencial para

consolidar a interação entre os profissionais de saúde. Alguns participantes, a propósito, defenderam que seria responsabilidade dos serviços de saúde viabilizar esses espaços, inclusive reservando horários para tanto.

Igualmente foi citada pelos participantes a relevância de aprenderem uns sobre os outros para que possam trabalhar juntos de maneira complementar, sendo que o Relato 5 é emblemático nesse aspecto: “Acho que realmente [é importante] isso de entender o papel do colega dentro da assistência [...] Acho que entender o papel do outro vai ajudar” (Participante 5 – fisioterapia). Em acréscimo a essa medida, um participante sinalizou que seria necessário refinar a comunicação no campo da saúde, mediante, sobretudo, a eliminação de jargões típicos de determinadas categoriais profissionais, como ilustra o Relato 6: “Tem uns [profissionais de saúde] que é [sic] difícil de conversar. Esse desencontro de linguajar pode favorecer um conflito, né?” (Participante 8 – farmacêutico).

Uma quarta medida, concebida com certo tom confessional por um participante, diz respeito ao abandono da visão nosocêntrica (centrada na doença) que ainda orientaria a atuação de muitos profissionais de saúde, inclusive daqueles envolvidos com o ensino superior, como se vê no Relato 7: “No início da faculdade, eu e meus amigos via [sic] os professores falando da doença. E aí eu fiz um trato com meus amigos na época: ‘A gente nunca vai falar da doença e não lembrar do

nome do paciente'. Só que agora eu estou aqui [na intervenção] olhando, falando: 'Gente, eu acho que eu faço isso'" (Participante 2 – médico). Desse relato, se depreende que um compromisso pessoal em direção à humanização poderia qualificar o trabalho em equipe no campo da saúde mediante sua estruturação em torno de uma premissa comum.

DISCUSSÃO

Os resultados reportados indicam que, de acordo com os participantes, a intervenção foi proveitosa já que, dialogicamente, lhes possibilitou tanto reconhecer obstáculos ao trabalho em equipe no campo da saúde quanto delinear expedientes capazes de superá-los. Esses resultados podem ser considerados originais, pela inexistência de outro estudo com características metodológicas equivalentes. De qualquer modo, uma série de aproximações podem ser estabelecidas com pesquisas prévias considerando os achados. Já foi reportado, por exemplo, que muitos residentes multiprofissionais não possuem clareza acerca do papel que compete às diferentes categorias profissionais inseridas no contexto da atenção hospitalar¹⁸.

Alguns dos estereótipos sobre os profissionais de saúde aos quais os participantes aludiram também foram tematizados anteriormente por outros autores, como aqueles em relação aos psicólogos. Graças a essas iniciativas, hoje assume-se que a Psicologia, em seus

primórdios no Brasil, frequentemente se colocava a serviço do controle social dos indivíduos que apresentavam comportamentos "anormais", sendo que isso foi decisivo para a configuração de uma imagem social negativa dos psicólogos¹⁹. Vale reforçar que, já no início da intervenção, os participantes assumiram, majoritariamente, uma postura crítica diante das práticas fragmentadas, nomeadamente pelos prejuízos que causam aos pacientes. Inclusive esse tipo de postura é condizente com princípios da educação e da colaboração interprofissional de acordo com os quais a divisão técnica do cuidado em saúde não deve ensejar desarticulação^{2,3,5}.

Ainda assim, depreende-se do corpus que, com o transcorrer dos encontros, os participantes se tornaram mais conscientes da importância de se problematizar a formação no campo da saúde, também no âmbito das RMSs, para que as bases de uma atuação sinérgica possam ser estabelecidas firmemente, mediante a operacionalização de uma verdadeira abertura à integração de saberes e fazeres. Em essência, o mesmo ponto de vista foi defendido por muitos dos egressos de cursos de graduação do campo da saúde que participaram de uma experiência de aprendizagem compartilhada. Na pesquisa quanti-qualitativa por meio da qual essa experiência foi avaliada, a educação interprofissional foi reconhecida como potencializadora de atitudes favoráveis ao trabalho em equipe²⁰.

Conforme sublinhado por alguns dos participantes do presente estudo, o valor das reuniões para o fortalecimento da cooperação entre profissionais de saúde que compartilham o mesmo ambiente de trabalho coincide com os resultados de pesquisas prévias desenvolvidas com outros públicos. Em uma delas, cujo objetivo foi a exploração de percepções de profissionais de saúde de um serviço especializado na população idosa, verificou-se que reuniões de final de turno auxiliavam a firmar pactos coletivos no que diz respeito à tomada de decisões clínicas²¹. Já em uma pesquisa da qual participaram profissionais de saúde inseridos na Atenção Primária, foi apontado que as reuniões se afiguravam como os momentos mais oportunos para o diálogo e facilitavam a manutenção de relações horizontalizadas²².

Como mencionado, os participantes do presente estudo, principalmente na etapa final da intervenção, admitiram que se beneficiariam de um entendimento mais aprofundado sobre as atribuições das categorias profissionais além das suas próprias. Tal achado pode ser interpretado como um nítido alinhamento aos pressupostos da educação e da colaboração interprofissional^{2,3,5}, em particular quando se considera que a clarificação de papéis é elencada como um dos domínios das competências interprofissionais¹⁰. Aparentemente, o cuidado centrado na pessoa, família e comunidade igualmente se sobressaiu como uma competência interprofissional bastante estimulada pelos

encontros. Isso se demonstra na observação de que a maioria dos participantes revelou preocupação com a oferta de atendimentos personalizados, orientados pelo respeito e pela compaixão, acompanhando diretrizes estabelecidas para uma visão holística no campo da saúde²³.

Por fim, os resultados reportados sugerem que a intervenção foi benéfica também por ter trabalhado com os participantes a comunicação enquanto competência interprofissional. Cumpre assinalar que se encontra suficientemente estabelecido o fato de que a maneira como um profissional de saúde se dirige ao outro pode tanto favorecer quanto dificultar o estabelecimento da cultura de grupo de que depende a atuação cooperativa²⁴. Mais concretamente, uma pesquisa constatou que, para membros de equipes de referência e equipes de apoio matricial, a transversalidade da comunicação oportuniza a corresponsabilização, inclusive quanto às práticas voltadas à promoção da saúde²⁵.

CONCLUSÃO

O presente estudo sinaliza que a intervenção gerou contribuições ao aprimoramento da educação e da colaboração interprofissional para com os participantes, pois promoveu debates que conduziram à circunscrição tanto de problemas quanto de soluções no tocante ao trabalho em equipe no campo da saúde, nomeadamente no contexto da atenção

hospitalar. Trata-se de um achado relevante, sobretudo considerando-se que a intervenção, por sua brevidade, pode inspirar — inclusive com outros públicos, para além de residentes — outras experiências de aprendizagem compartilhadas. Estas, possivelmente, repercutirão de modo positivo no atendimento das necessidades de saúde da população; nesse sentido, pesquisas futuras poderão se ocupar da verificação dessa hipótese. Por outro lado, o presente estudo possui limitações, em especial por proceder de uma pesquisa mais ampla, baseada em um desenho quase experimental, já que a essa característica está associado um potencial de generalização mais restrito.

REFERÊNCIAS

1. Dias IMAV, Pereira AK, Batista SHSS, Casanova IA. A tutoria no processo de ensino-aprendizagem no contexto da formação interprofissional em saúde. *Saúde debate* [Internet]. 2016 Dez [acesso em 2022 Mai 6];40(111): 257-67. doi: 10.1590/0103-1104201611120.
2. Costa MVD, Peduzzi, M, Freire Filho JR, Silva CBG. Educação interprofissional em saúde. Natal: SEDIS-UFRN; 2018.
3. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface (Botucatu)*. [Internet] 2016 Mar [acesso em 2022 Maio 7];20(56):185-97. doi: 10.1590/1807-57622014.0092.
4. Freire Filho, JR, Silva, CBG, Costa, MV, Forster, AC. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde debate* [online]. 2019 [acesso em 2022 Julho 11]; 43(spe1): 86-96. doi: 10.1590/0103-11042019S107.
5. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodrigues L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical framework. *J Interprof Care*. 2005; 19 (Supl 1): 116-31. doi: 10.1080/13561820500082529
6. Oandasan I, D'Amour D, Zwarenstein M, Barker K, Purden M, Beaulieu, MD, Reeves S, Nasmith L, Bosco C, Ginsburg L, Tregunno D. Interdisciplinary education for collaborative, patient-centred practice: research and findings report. *Health Canada: Ottawa*; 2004. Disponível em: http://catalogue.iugm.qc.ca/GED_IUG/194662491284/Interdiscipline.PDF
7. Baquião APSS, Guedes LM, Marmora CHC, Peres RS, Grincenkov FRS. Interdisciplinarity and interprofessionality in teamwork: perceptions of multiprofessional residents in Hospital Care. *Acta Sci Health Sci* [Internet]. 2021 Fev [acesso 2022 Julho 11];43(1): e54332. doi: 10.4025/actascihealthsci.v43i1.54332
8. Dutra HS, Reis VN. Desenhos de estudos experimentais e quase-experimentais: definições e desafios na pesquisa em enfermagem. *Rev Enf UFPE*. 2016; 10(6):2230-41. doi: 10.5205/reuol.9199-80250-1-SM1006201639
9. Bosi MLM. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios.

- Ciênc Saúde Colet. [online]. 2012 Nov [acesso 2022 Julho 14]; 17(3):575-86. doi: 10.1590/S1413-81232012000300002
10. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A national interprofessional competency framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010. Disponível em: <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf>
 11. Bastos ABBI. A técnica de grupos-operativos à luz de Pichon-Rivière e Henri Wallon. *Psicol inf.* [Internet] 2010 Out [acesso 2022 Mai 4] 14(14): 160-169. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/jLxYcGqnXP4x3Fb5FC3DxGf/?format=pdf&lang=pt>.
 12. Dittz CP, Stephan F, Gomes DAG, Badaró AC, Lourenço LM. A terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno de ansiedade social. *Estud Pesq Psicol.* 2015; 15(3):1061-80. doi: 10.12957/epp.2015.19428
 13. Jonathas RT. Dinâmica de atravessar o rio [Internet]. San Francisco: Prezi. 23 de março de 2015 [citado em 2022 Julho 14]. Disponível em: <https://prezi.com/ruzbtyeujuhs/dinamica-de-atravesar-o-rio/>
 14. Priyam S, Sankeshwari RM, Vyavahare S, Ankola AV. Comparison of routine teaching with fishbowl and 1-min preceptor for dental undergraduate students: an interventional study. *Indian J Dent Res* 2020 [acesso em 2022 Julho 14]; 31(1): 48. doi: 10.4103/ijdr.IJDR_231_18
 15. Pereira FRL, Torres HC, Cândido NA, Alexandre LR. Promovendo o autocuidado em diabetes na educação individual e em grupo. *Ciênc Cuid Saúde.* 2010; 8(4):594-99. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v8i4.9686
 16. Hampf A. 10 exemplos de dinâmicas de grupo para melhorar a comunicação. [Internet] São Paulo: Clima Comunicação. 24 de junho de 2019 [citado em 2022 Julho 14]. Disponível em: <https://climacomunicacao.com.br/blog/exemplos-de-dinamicas-de-grupo/>
 17. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2016.
 18. Baquião APSS, Carvalho SM, Peres RS, Mármora CHC, Silva WMD, Grincenkov FRS. Percepções de residentes multiprofissionais de saúde sobre a interdisciplinaridade. *Saúde Pesq.* [Internet] 2019 Abr [acesso 2022 Mai 8];12(1):187-96. doi: 10.17765/2176-9206.2019v12n1p187-196
 19. Dimenstein, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Est Psicol (Natal)* [online]. 2001 Abr [acesso 2022 Julho 14]; 5(1):95-121. doi: 10.1590/S1413-294X2000000100006
 20. Aguiar-da-Silva RH, Scapin LT, Batista NA. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação (Campinas).* [Internet] 2011 Mar [acesso 2022 Maio 4];16(1):165-84. doi: 10.1590/S1414-40772011000100009.

21. Arruda LS, Moreira COF.
Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do núcleo de atenção ao idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. *Interface (Botucatu)*. [Internet] 2018 Mar [acesso em 2022 Maio 9];22(64):199-210. doi: 10.1590/1807-57622016.0613.
22. Previato GF, Baldissera VDA.
Retratos da prática interprofissional colaborativa nas equipes da atenção primária à saúde. *Rev Gaucha Enferm*. [Internet] 2018 [acesso em 2022 Mai 7];39:e2017-0132. doi: 10.1590/1983-1447.2018.2017-0132.
23. Health Foundation. *Person-centred care made simple*. London: Health Foundation; 2014. Disponível em: <https://www.health.org.uk/publications/person-centred-care-made-simple>
24. Clark PG. Narrative in interprofessional education and practice: implications for professional identity, providing patient communication and teamwork. *J. Interprof Care*. [Internet] 2014 Jan [acesso em 2022 Mai 6];28(1):34-9. doi: 10.3109/13561820.2013853652.
25. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc Saude Colet*. [Internet] 2015 Ago [acesso em 2022 Mai 7];20(8):2511-21. doi: 10.1590/1413-81232015208.11652014.