

- Robbins, A. (1999). **O poder sem limites**. São Paulo: Moderna.
- Rolnik, S. (2002). **Corpo, afeto e linguagem**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Saviani, D. (2010). **Interlocuções pedagógicas: conversa com Paulo Freire e Adriano Nogueira e 30 entrevistas sobre educação**. São Paulo: Autores Associados.
- Siegel, N. (2010). **Competências profissionais do mundo moderno: Liderança e as relações humanas**. Indaial: Grupo Uniasselvi.
- Silva, G. A. (2015). **Diário Cartográfico**. Recuperado em 10 de outubro de 2015, de <http://eps.otics.org/>.
- Silva, C. B. G. & Scherer, M. D. D. A. (2020). A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 24, e190840.
- Sobral, F. R. & Campos, C. J. G. (2012). Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revisão integrativa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 46(1), 208-218.
- Souza, E. C. (2011). Platão, Wittgenstein e a Complexidade. **Revista Trans/Form/Ação**, 34(3).
- Torres, P. L. (2007). Laboratório on-line de aprendizagem: uma experiência de aprendizagem colaborativa por meio do ambiente virtual de aprendizagem Eurek@ Kids. **Cadernos CEDES**, 27(73), 335-352.
- Vendruscolo, C., Zocche, D. A. A. & Adamy, E. K. (2016). Educação Permanente em Movimento: relato de experiência no sul do Brasil. In **12º Congresso Internacional da Rede Unida**.

TRABALHO EM EQUIPE PARA A CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS COLABORATIVAS NA SAÚDE

Evelyn de Britto Dutra
Ana Sílvia Pavani Lemos
Francini Lube Guizardi

Introdução

No campo da saúde, a colaboração mostra-se como ação essencial para a formação profissional, bem como na própria prática nos serviços de saúde. No entanto, existe uma carência de estudos que explorem a prática colaborativa no trabalho, no sentido de discutir seu conceito e de como realizá-la. Ao mesmo tempo, nota-se um enfoque nas discussões sobre a colaboração no âmbito educacional, promovida pela Educação Interprofissional em Saúde (EIP). Apesar de os dois termos estarem interligados, cada um é realizado em contextos diferentes, e a concretização de processos colaborativos no dia a dia do trabalho mostra-se como desafio que interfere diretamente na qualidade do cuidado prestado ao usuário.

A colaboração tratada aqui baseia-se, de acordo com D'Amour et al, (2008), na premissa de que as pessoas desejam trabalhar em conjunto, a partir de objetivos maiores compartilhados, mas sem perder seus próprios interesses e certo grau de autonomia e independência. Assim, coloca-se um grande desafio para a efetivação do trabalho em equipe interprofissional: conciliar a crescente especialização das profissões de saúde e o reconhecimento da integração entre eles (Peduzzi et al., 2016). Nesse sentido, surge a ideia da cooperação; de que, mesmo com a divisão do trabalho, existe uma relação de dependência entre as ações profissionais, fundamentadas na confiança no outro (Santos et al, 2016). Ao mesmo passo, coloca-se a necessidade de coordenação dos trabalhos, assim, Fuks et al, (2011) propõem a operacionalização da colaboração por meio de três aspectos (Modelo 3C): comunicação, coordenação e cooperação.

Cada vez mais o mundo exige uma prestação eficaz de serviços de modo acessível, contínuo e abrangente, impulsionando novas formas de organização do trabalho em saúde. Como exemplo, D'Amour et al, (2008)

utilizam a colaboração como o método que garante um serviço integral no acompanhamento pós-natal e na prevenção de problemas, num período curto de internação nos partos em países ocidentais.

San Martín-Rodríguez et al, (2005) destacam que o processo de colaboração requer voluntariedade dos profissionais, engajamento, corresponsabilidade e negociação. A equipe que trabalha de forma colaborativa reorganiza seu trabalho de uma abordagem individual para uma abordagem coletiva, com o objetivo de atender às necessidades dos pacientes em sua completude, garantindo um atendimento integral e holístico, com maior efetividade e qualidade na atenção à saúde. Existem evidências de que o trabalho em equipe e a prática colaborativa contribuem, por um lado, para o melhor acesso e qualidade da saúde e, por outro lado, para a satisfação dos profissionais de saúde (Peduzzi et al, 2020).

O trabalho em equipe se configura como um processo em que as ações são orientadas a um fim específico e comum, alcançado por meio da colaboração. A relação é marcada pela reciprocidade na comunicação e interação social, a qual pode assumir diferentes formas, conforme o nível de articulação das ações e da interação dos agentes (Peduzzi et al, 2020). As equipes potencializam os processos de trabalho, na medida em que permitem a interação e a troca de saberes e percepções diferentes em relação a um mesmo problema. Além disso, possibilitam a divisão das tarefas, reduzindo a carga de trabalho individual e compartilhando recursos (Peduzzi et al, 2016; Vivacqua & Garcia, 2011).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF), implementada como modelo prioritário de Atenção Primária à Saúde (APS), preconiza a organização do trabalho em saúde na modalidade de equipe com diferentes categorias profissionais, a fim de superar o modelo de saúde médico-centrado, fragmentado e especializado, ainda hegemônico nos serviços (Freire Filho, 2014). A ESF busca a articulação, autonomia, criatividade no fazer coletivo e responsabilidade no atendimento integral (Peduzzi & Agreli, 2018; Freire Filho, 2014).

Entretanto, a configuração de equipe agrupamento ainda predomina na prática dos serviços, em que cada integrante atua de forma individualizada, responsável por um pedaço do todo e com pouca integração com a equipe em si. A equipe multiprofissional¹² é um exemplo de equipe agrupamento, com pouca relação

¹² Existe uma variação de conceitos entre multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar, multiprofissional e interprofissional. Os prefixos multi, inter e trans, nesta ordem, denotam um grau crescente de interação,

dialógica entre os integrantes, por isso diz-se que existe a necessidade de avançar para as equipes interprofissionais. Para que a equipe ultrapasse o status de agrupamento, como uma justaposição de indivíduos, e alcance a modalidade de equipe integração, a colaboração é fundamental, pautada na integração dos indivíduos.

A partir da noção de que a equipe integração representa uma nova forma de organizar os trabalhos e de que existe a necessidade de um melhor entendimento dos processos colaborativos envolvidos e das ferramentas que promovem essa integração entre os profissionais, o presente estudo tem como objetivo identificar e analisar as experiências de trabalho em equipe apresentadas na comunidade de práticas do Ministério da Saúde. Assim, a compreensão de como a prática colaborativa tem se concretizado nas experiências em saúde será elucidada com base nas dimensões do Modelo 3C (comunicação, cooperação e coordenação) de colaboração.

Inicialmente, o capítulo abordou os conceitos do Modelo 3C, do trabalho em equipe, da colaboração interprofissional e da prática colaborativa e o método do estudo. Em seguida, os relatos foram caracterizados e analisados conforme as dimensões do Modelo 3C. Por fim, há uma discussão em torno dos relatos para a compreensão do trabalho em equipe no contexto da prática colaborativa. Espera-se que este estudo contribua para o debate sobre a realização da prática colaborativa no ambiente de trabalho na atenção básica em saúde, no alcance de equipe integração.

Referencial Teórico

As abordagens teóricas do estudo são fundamentadas em duas correntes diferentes de conhecimento: ciências da computação e saúde coletiva. As discussões sobre o processo de trabalho pautam-se na saúde coletiva, com definições de equipe apresentadas por autores de referência, como Marina Peduzzi. A concepção de equipes de trabalho em saúde parte do princípio de garantir a integralidade, envolvendo além dos profissionais de saúde, os usuários e as famílias na construção de objetivos comuns para o cuidado. Já a classificação das dimensões da colaboração baseou-se no sistema utilizado nas ciências da computação com interface nas ciências sociais (Modelo 3C), propondo uma primeira aplicação do modelo no contexto da saúde coletiva, para analisar as enquanto o termo seguinte se refere a área de integração, sendo disciplinar ou profissional (Peduzzi et al. 2020).

estratégias e ferramentas e evidenciar possíveis caminhos de práticas colaborativas na execução das atividades no trabalho em equipe.

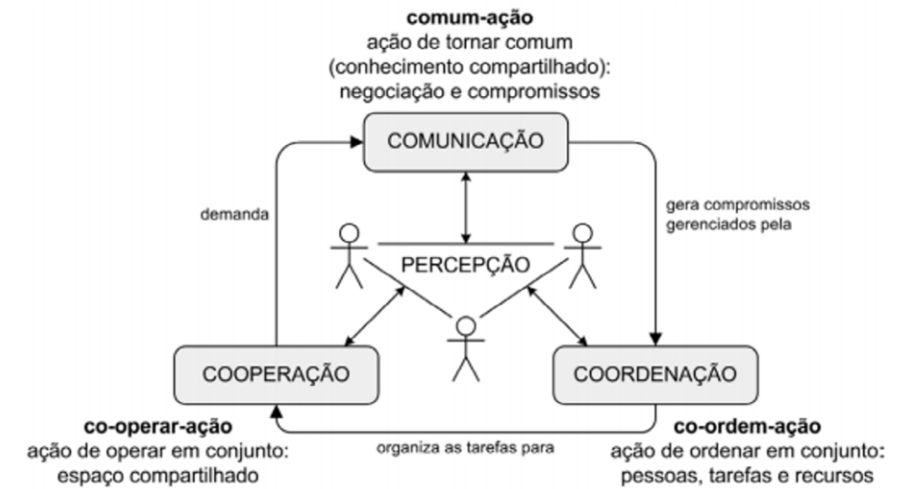
O Modelo 3C nasceu no âmbito de sistemas colaborativos, que criam um novo meio de comunicação e interação humana em ciberespaços¹³. Essa forma de interação ancora-se na inteligência coletiva, de caráter distribuído, que parte do reconhecimento e do enriquecimento mútuo para potencializar o processo de colaboração. O presente estudo utilizou o referido modelo para compreender como ocorre a operacionalização da colaboração nas práticas de serviços de saúde, a fim de superar a formação de equipe agrupamento. A extrapolação do Modelo 3C para o trabalho coletivo na saúde é uma proposta nova, pois as aplicações desse modelo foram encontradas somente em contexto de desenvolvimento de *groupware* para computadores em rede.

Para compreender a colaboração, Fuks et al, (2011) elaboraram uma representação lógica através do Modelo 3C. A origem desse modelo se deu em 1991, desenvolvida por Clarence Ellis, Simon Gibbs e Gail Rein no artigo “*Groupware: some issues and experiences*”, a partir do estudo do uso da tecnologia para apoiar o trabalho em grupo. O Modelo 3C destaca três dimensões essenciais da colaboração: 1°C de Comunicação, que significa o processo de **troca** de informação entre participantes, exercendo a negociação e a argumentação; 2°C de Coordenação, que representa o processo de **gerenciamento** de pessoas, atividades e recursos; e 3°C de Cooperação, que se refere ao processo de **produção** em um espaço compartilhado, de atuação conjunta de pessoas.

As palavras destacadas em negrito reforçam os aspectos relevantes no campo da colaboração, uma vez que existe uma relação orgânica entre as dimensões, conforme figura 1. A produção é o resultado das atividades de gerenciamento, que são permeados por troca e intercâmbio entre os sujeitos. Entretanto, essas interações são dinâmicas, afetadas por situações imprevistas, que exigem a renegociação (comunicação) que, por sua vez, demanda a reorganização das atividades (coordenação).

¹³ Definido como um espaço de comunicação aberto entre computadores, com a função de permitir “acesso a distância aos diversos recursos de um computador” (Levy, 1999, p.93).

Figura 1. Modelo 3C de Colaboração



Fonte: Fuks et al, (2011).

A mudança que o pensamento colaborativo e o trabalho conjunto promoveram tem sido discutido por diversos autores. Para Brna (1998), existem diferentes noções de colaboração que precisam ser trabalhadas de forma contextualizada quanto a divisão de trabalho, se a tarefa é dividida entre os participantes ou se existe um esforço sincrônico da resolução de um problema; quanto ao estado colaborativo, se a colaboração é compreendida como um estado ou como um processo; quanto ao propósito da colaboração, se a colaboração é um meio de aprender ou se é o fim em si; e quanto às obrigações, se os participantes aderiram ao contrato de obrigações implícitas nas relações ou não.

Novas formas de organização dos cuidados em saúde com base em práticas colaborativas podem ser estimuladas para que o serviço seja mais eficaz, o que inclui diferentes grupos profissionais (disciplinas), como também entre os diferentes níveis de atenção, primária, secundária e terciária (D’Amour et al, 2008). Segundo Morgan, Pullon e McKinlay (2015), existem evidências de que a colaboração interprofissional, principalmente em contextos de atenção primária, pode beneficiar os seguintes resultados: satisfação do paciente, satisfação no trabalho, processo de recrutamento e retenção de pessoal e segurança do paciente.

Esclarecendo o significado dos termos utilizados, ressalta-se a importância de compreender a diferenciação de trabalho em equipe, prática interprofissional e colaboração interprofissional, pois estes perpassam os mesmos fundamentos de interdependência, objetivos compartilhados e reflexividade. A diferença é o escopo de atuação em rede. Enquanto o primeiro não prevê o desempenho em toda rede de atenção à saúde, o segundo remete ao exercício efetivo da comunicação, articulação e colaboração entre diversos serviços e equipes da rede (Peduzzi et al, 2016). Diz-se, assim, que o trabalho em equipe precisa ser complementado pela prática interprofissional. Já a colaboração interprofissional representa o conceito guarda-chuva para os outros dois, reconhecida como a interação entre os profissionais de diferentes áreas, que dialogam e cooperam para prover serviços, a partir da consideração de posições distintas em relação a um mesmo problema complexo (Peduzzi et al, 2016; Morgan, Pullon & Mckinlay, 2015,).

O termo trabalho em equipe denota um nível mais profundo de trabalho, considerando equipes integradas e efetivas de um específico serviço. Quando extrapolado para a prática interprofissional, além de equipes de um mesmo serviço, também refere a colaboração com profissionais e equipes de outros serviços e outros setores. As duas perspectivas descritas estão inseridas no campo da colaboração interprofissional, nível mais amplo, que representa relações entre profissionais que desejam trabalhar juntos, porém mantêm seus próprios interesses, autonomia e independência (D'Amour et al, 2008).

A interprofissionalidade implica nas relações diferentes daquelas obtidas entre pessoas da mesma categoria ou grupo profissional. Refere-se às interações de diferentes disciplinas dentro de uma mesma equipe ou à relação de distintos grupos profissionais, como administração, enfermagem, medicina, serviço social, entre outros. Isto é, o trabalho de indivíduos que possuem culturas profissionais distintas, mas que estão trabalhando para uma meta específica e bem focada (Bigg, 1997).

Peduzzi et al, (2020) esclarecem que existe um consenso entre as diferentes classificações realizadas sobre o trabalho interprofissional, que estabelece níveis de colaboração baseado no grau de articulação das ações e de interação dos agentes (equipe integração). A articulação das ações se refere ao reconhecimento de sua interdependência. Já a interação dos agentes relaciona-se com o nível de compartilhamento de valores, objetivos e identidade entre os profissionais. O

outro tipo de equipe definido por Peduzzi (2001) como equipe agrupamento não se identifica com o trabalho interprofissional, pois se caracteriza pela justaposição das ações e agrupamento dos agentes.

Embora o termo “prática colaborativa” seja relativamente novo no contexto da saúde brasileira, existem grupos em âmbito mundial que se dedicam ao estudo desse campo, consolidado por meio do relatório da OMS intitulado “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”. Ele fornece ideias de estratégias para a redução da crise mundial na força de trabalho em saúde através da implementação da prática colaborativa (OMS, 2010). A publicação ainda traz a definição de prática colaborativa como “profissionais de saúde de diferentes áreas que prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços” (p. 13).

A Educação Interprofissional em Saúde (EIP) estimula a integração dos profissionais desde a graduação, como forma de incentivar a colaboração no trabalho em saúde. Nesse sentido, estudos científicos e políticas nacionais e internacionais têm preconizado a EIP com ênfase no trabalho em equipe, indicando que a prática colaborativa interprofissional contribui para a qualidade dos serviços em saúde. Inicialmente esse tema foi explorado pelo “Centro para o Avanço da Educação Interprofissional” (CAIPE) no Reino Unido, definindo como “ocasiões em que duas ou mais profissões aprendem umas com as outras para melhorar a colaboração e a qualidade do atendimento” (Barr, 2002, p. 6).

Laal et al, (2013) relata os benefícios do aprendizado em colaboração, em relação ao individual, posto que o aprendiz precisa ouvir diferentes perspectivas para articular e defender suas ideias, criando as suas próprias convicções. Os benefícios se desdobram em melhores resultados e maior produtividade, relações mais cuidadosas, solidárias e comprometidas e maior saúde psicológica, competência social e autoestima.

Material e métodos

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, de abordagem quantitativa e qualitativa. Os dados são secundários, uma vez que se trata de

relatos de experiências publicados em sítios eletrônicos. Os relatos de experiências foram disponibilizados na Comunidade de Práticas da Atenção Básica (CdP/AB), apresentando-se como campo de busca sobre o entendimento do trabalho em equipe interdisciplinar favorável a construção da prática colaborativa.

Para tanto, destaca-se a Comunidade de Práticas (CdP) como um ambiente colaborativo bastante positivo ao que se refere a disponibilização de experiências. Neste ambiente, a participação é livre, uma vez que os profissionais de saúde se unem para trocar informações de acordo com seus interesses e tempo disponível. Conforme Vivacqua e Garcia (2011), “as comunidades de práticas são centrais para o aprendizado e a disseminação de conhecimento dentro de organizações, já que criam um cenário favorável para a troca de lições aprendidas”. A partir dos relatos compartilhados nesse espaço, existiu a aproximação com narrativas de como esta prática é percebida pelos profissionais no cotidiano de trabalho nos serviços de saúde do SUS.

A Comunidade de Práticas da Atenção Básica foi uma plataforma virtual desenvolvida pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde em 2013 e no momento encontra-se desativada (novo.atencaobasica.org.br). A finalidade da CdP/AB era de reunir trabalhadores e gestores da saúde para trocar informações e compartilhar experiências. O ambiente colaborativo de aprendizagem promoveu a comunicação multidirecional (assíncrona, por meio de relatos de experiências, comunidades, e síncrona, através de fóruns de discussão).

O espaço virtual se destinou a divulgação do conhecimento sobre o trabalho em saúde pela organização de diversos espaços: a) relatos de experiência, principal ferramenta utilizada; b) comunidades, criadas pelos participantes sobre determinado tema; c) cursos gratuitos online. A aposta do espaço virtual é superar as barreiras da distância e isolamento a fim de potencializar encontros entre as pessoas que constroem o cotidiano da Atenção Básica nos variados contextos presentes em um país tão múltiplo e plural como o Brasil.

Para a seleção das experiências na CdP/AB, foram utilizadas as palavras-chave “trabalho em equipe” na ferramenta de busca disponível no site, resultando um conjunto de 483 relatos dentro de um universo de 7.820 disponíveis na plataforma até o dia 22 de agosto de 2017. Após uma leitura flutuante, os relatos que não apresentaram a descrição e o aprendizado com a experiência foram excluídos. Obteve-se então uma seleção de 141 relatos para análise em

profundidade identificados com a letra R seguida do número de ordem de leitura, por exemplo, o primeiro relato analisado é citado como R1, conforme apêndice.

A análise dos relatos da CdP foi direcionada para uma descrição geral e quantitativa das experiências, com dados sobre os autores (sexo, profissão e região) e os relatos (categoria e âmbito). E para uma análise de conteúdo, buscando os assuntos principais de cada relato, com a identificação das dimensões do Modelo 3C de Colaboração relacionados à modalidade de equipe integração.

Resultados e discussão

Aspectos gerais dos relatos

A análise do perfil dos autores dos relatos revelou a predominância do sexo feminino (82%) e do núcleo profissional de enfermagem (28%), seguidos das profissões de odontologia (9%), fisioterapia (8%) e medicina (8%). Houve uma grande quantidade de autores que não declaram a profissão (21%). Quanto ao local da experiência, houve maior prevalência de relatos da região nordeste (33%), seguidas das regiões sudeste e sul. Estes dados estão dispostos na tabela 01.

Tabela 1. Frequência dos relatos em relação às variáveis de sexo, profissão, localidade, âmbito e tema central.

VARIÁVEIS	FREQUÊNCIA
Sexo do autor	
Feminino	82%
Masculino	18%
Profissão do autor	
Enfermagem	28%
Odontologia	9%
Fisioterapia	8%
Medicina	8%
Psicologia	6%
Saúde Coletiva	4%
Nutrição	2%
Terapia Ocupacional	2%
Nenhuma	21%

Outras	12%
Região do autor	
Nordeste	33%
Sudeste	25%
Sul	16%
Norte	16%
Centro-Oeste	10%
Categoria do relato	
Gestão do Trabalho, Formação e Educação Permanente em Saúde	57%
Intersetorialidade e Promoção da Saúde	12%
Humanização no Sistema Único de Saúde	7%
Redes de Atenção à Saúde e Gestão do Cuidado	8%
Práticas de Vigilância em Saúde	6%
Equidade e Populações específicas	4%
Monitoramento, Avaliação e Auditoria	2%
Tecnologias de Informação na Saúde e Cibercultura	1%
Apoio Matricial	1%
Controle Social e Participação Popular	1%
Nenhum	2%
Âmbito do relato	
Local	37%
Municipal	43%
Nacional	13%
Estadual	4%
Nenhum	3%

Fonte: elaboração própria.

O perfil encontrado está em consonância com a literatura científica, que aponta a predominância do sexo feminino e da profissão de enfermagem nos serviços de saúde. Ademais, demonstra-se uma maior predisposição das enfermeiras em compartilhar relatos sobre o trabalho em equipe, o que pode refletir a frequente ocupação de postos de coordenação de equipe. Não obstante, em outros estudos sobre prática interprofissional colaborativa e educação interprofissional, a enfermagem foi mais citada, enfatizando o seu papel central na articulação em relação às demais profissões (Souza, 2016).

Em relação ao perfil dos relatos, mostram-se com maior frequência experiências do âmbito local e municipal (80%) e categorizados na temática de Gestão do Trabalho, Formação e Educação Permanente em Saúde (55%). As duas variáveis são indicadas pelo próprio autor do relato no momento de inserção da experiência e apontam que os relatos selecionados tratam da temática central do estudo relacionada à gestão do trabalho, vivenciadas por profissionais que se encontram mais próximos a população.

A partir da leitura integral dos relatos, os principais assuntos abordados foram Educação Interprofissional (45%), com predomínio do PET/GraduaSUS, Educação Permanente em Saúde (25%) e Educação em Saúde (11%), apresentados com os itens presentes em cada assunto, conforme tabela 2.

Tabela 2. Frequência dos principais assuntos abordados nos relatos.

ASSUNTOS	N	%
Educação Interprofissional	63	45
PET/GraduaSUS	54	86
Graduação	5	8
Residência Multiprofissional	4	6
Educação Permanente em Saúde	35	25
Reflexão sobre Processo de Trabalho	16	46
Capacitação	9	26
Tecnologia	4	11
Protocolos	3	9
Integração dos Profissionais	2	6
Humanização	1	3
Educação em Saúde (popular)	15	11
Ciclos de Vida	5	33
Hábitos Saudáveis	3	20
Gestantes	2	13
Obesidade	2	13
Diabéticos	1	7
Sala de Espera	1	7
Vacinação	1	7

Combate ao Aedes	9	6
Participação Social	4	3
Apoio Institucional	3	2
NASF	3	2
Busca Ativa	2	1
Cooperação Horizontal	2	1
Rede de Atenção	2	1
Avaliação de Programa	1	1
Indicadores de Saúde	1	1
Integração Ensino e Serviço	1	1

No geral, os relatos apresentaram diferentes contextos, assuntos, níveis de gestão e cenários de atuação. Apesar de a comunidade dispor preferencialmente de relatos da atenção básica, diversas experiências foram de outros pontos da rede, como hospitais. No tocante à formação e à educação permanente em saúde, historicamente há um predomínio do modelo uniprofissional e fragmentado em disciplinas. Este aspecto influencia na dificuldade de trabalhar de forma colaborativa, por isso diversas iniciativas de EIP têm sido implementadas em âmbito internacional e nacional (OMS, 2010).

Como exemplos de iniciativas com potencial para EIP no Brasil, podem ser citados as ações multiprofissionais na graduação e pós-graduação *lato sensu*, por exemplo, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), bacharelados interdisciplinares em saúde, os cursos de graduação em saúde coletiva e as residências multiprofissionais. Experiências nestes cenários de atuação foram os mais frequentes dentre os relatos analisados, que descrevem a importância da integração ensino-serviço-comunidade proporcionando uma formação diferenciada, com aprendizado crítico-reflexivo pautado no trabalho em equipe multidisciplinar (R27).

Grande parte dos relatos (45%) discorrem sobre o processo de aprendizado vivenciado pelos estudantes e equipes ou profissionais envolvidos nas experiências dos programas acima descritos. Esta modalidade de formação contribui para o fortalecimento da equipe integração, bem como da prática colaborativa, por

meio do reconhecimento dos papéis profissionais e da integração no processo de trabalho em saúde (Peduzzi et al, 2016). Conforme a exposição de um dos relatos:

O desenvolvimento de discussões partilhadas entre o grupo geral contribuiu para o fortalecimento das relações interpessoais e a construção do trabalho em equipe. Observou-se a necessidade de romper com o modelo tradicional de aprendizagem, inserindo o aluno como protagonista do processo de construção do conhecimento, instigando-o na elaboração de métodos de acordo com seu estilo de aprendizado. Para os alunos, o projeto tem proporcionado troca de experiências com os preceptores, sendo uma oportunidade de conhecimento prático que não é possível em uma graduação tradicional. Tutores e preceptores não são coadjuvantes, mas sim atores importantes no processo de construção, intermediando o elo de ensino entre a prática e a teoria (R53).

Em especial, a residência constitui uma proposta com grande potencial para o desenvolvimento da interprofissionalidade. Começa com a integração de profissionais de diferentes áreas e com diferentes experiências que juntos se dispõem a modificar as práticas de saúde visando a resolutividade dos serviços. A presença da residência impacta o território e o serviço, trazendo reflexões acerca dos processos de trabalho, a importância do planejamento, o incentivo a ações intersetoriais com escolas, por exemplo, ampliando a abordagem da saúde para um campo intersetorial (Brasil, 2006).

O trabalho interdisciplinar vivenciado na residência é discutido por Nascimento e Oliveira (2010) como uma forma de enfrentar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença de uma comunidade. Ainda segundo os autores, exige do profissional competências para reconhecer e valorizar os saberes existentes na equipe, estar aberto a trocas de conhecimentos e de experiências com os outros profissionais, como também para exercer uma liderança sem autoritarismo. Dessa forma, a residência é capaz de promover mudanças da prática de cuidado, refletindo num novo modelo de trabalho.

Nas experiências analisadas apareceu um relato que expressa a contribuição da residência multiprofissional como promotora de qualidade da prática refletindo em benefícios para o residente, o serviço e a comunidade:

Na atuação como residentes, o evento propiciou maior vínculo com a população, troca de saberes, transferência tecnológica entre as profissões, fortalecimento do trabalho em equipe, corresponsabilização no cuidado, conhecimentos acerca da HA e estratégias complementares de cuidado. Em especial, ampliou a percepção dos profissionais sobre a potência do trabalho compartilhado, o qual se reveste de benefícios imensuráveis na formação profissional e na qualidade dos serviços prestados à população, enfatizando a humanização como fundamento do processo de trabalho. Para os usuários, observou-se o interesse pelas mudanças de estilo de vida e o contato com formas alternativas de cuidado para além do uso de medicamentos, fortalecendo a autonomia e proatividade com relação a sua saúde (R55).

Mas, e se o profissional não passou por esta modalidade de formação e precisa atuar de forma colaborativa no trabalho em saúde? As habilidades colaborativas devem ser estimuladas e reafirmadas como um componente importante para alcançar os resultados esperados. A Educação Permanente em Saúde (EPS), busca a mudança de práticas dos profissionais por meio da possibilidade de revisitar suas ações e refleti-las, segundo o relato R9 que retrata a experiência da EPS no trabalho em equipe de uma unidade de saúde da família. Pode ser o caminho para efetivar a interprofissionalidade em ato.

Conforme a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), EPS refere-se ao aprendizado no trabalho, na medida em que se baseia nos conhecimentos e experiências que as pessoas já possuem, estimulando a problematização do processo de trabalho para enfrentar os problemas na realidade (Brasil, 2009). Um dos relatos (R9) contou sobre a EPS com foco inicial nos Agentes Comunitários em Saúde promovendo o empoderamento na discussão sobre determinados temas de saúde com a comunidade e qualificação das visitas domiciliares.

Outro relato (R51) descreveu ações educativas para que o profissional tenha maior facilidade e autonomia no acesso à rede de atenção psicossocial, com intuito de enfrentar os problemas no âmbito da saúde mental. Ainda neste relato, o autor enfatiza a EPS como um fator motivador dos participantes, que têm se esforçado para aprender a relevância do envolvimento dos membros da equipe e da construção coletiva dos conhecimentos.

Também houve a descrição de processos de trabalho em equipe com narrativas de mudanças do agir em saúde a partir de uma nova organização, o que permitiu uma

amplitude de saberes e diversidade de práticas (Gomes, 2009). Os contextos em que as equipes estão inseridas são contínuos e dinâmicos, as três dimensões caminham juntas num processo de interdependência, em situações de imprevistos, a cooperação demanda comunicação, que por sua vez, demanda coordenação para reorganizar tarefas. Portanto, discute-se, a seguir, os elementos encontrados nos relatos de experiência que direcionam suas práticas para a consolidação da equipe integração, algumas com maior abordagem em uma das dimensões do que outras.

1º C: Comunicação e processos de colaboração na equipe

A comunicação é um processo de troca de informação intrínseca a qualquer grupo, consistindo num elemento base, que pode ser estabelecido de diferentes maneiras. Para promover uma comunicação propícia à colaboração, revela-se importante a elaboração de uma linguagem comum da equipe, compartilhando o conhecimento e as opiniões, o que pode ser chamado de senso comum da equipe (Vivacqua & Garcia, 2011). Conforme Loiola (2015), a comunicação representa uma habilidade indispensável aos profissionais de saúde, com o intuito de concretizar a colaboração.

O relato sobre apoio institucional e o trabalho em equipe (R1) apontou, como um meio de comunicação entre a equipe, além da reunião semanal para o compartilhamento de experiências, demandas, inquietações e propostas, um encontro diário de 30 minutos, no início ou no fim da manhã, com objetivo de repassar as informações e pendências, como também de definição das tarefas do dia.

Outras ferramentas utilizadas foram a elaboração de instrumentos de informação e de auxílio para as atividades rotineiras, como roteiros, diário de campo para visitas, kit gestor (legislações pertinentes aos programas), dentre outros de fácil acesso aos integrantes para consultas periódicas (R8). Também foi relatado o uso da ferramenta de gestão *Kanban* por um ambulatório de fisioterapia para acompanhar as etapas de trabalho (R60). A ferramenta é uma forma de demonstrar visualmente o andamento (*status*) dos fluxos de produção de uma organização, geralmente associado ao uso de cartões e cores.

Na formação de uma equipe é comum o destaque de um indivíduo que assume a iniciativa e as responsabilidades pelas atividades propostas, exercendo

certa liderança. Contudo, a equipe não pode cair na armadilha de constituição passiva, isto é, um membro isoladamente analisa o problema e apresenta solução aos demais como forma de validação. A comunicação no trabalho em equipe prevê primordialmente a discussão das diferentes ideias e percepções dos membros no momento da construção, para que haja o ajustamento das opiniões, isto que os torna uma equipe integração.

Um exemplo de atividade importante no processo de trabalho da ESF é a criação do fluxograma de atendimento (R104). O processo de criação do fluxo representa um momento de reflexão dos percursos do usuário, da oferta de serviços, dos conflitos e das lacunas existentes, que podem ser revistos com a organização e a comunicação da equipe.

A forma de comunicar proposta no modelo de uma equipe integração é fundamentada no agir-comunicativo de Habermas, ocasionado “quando os atores tratam de harmonizar internamente seus planos de ação e de só perseguir suas respectivas metas sob a condição de um acordo existente ou a se negociar sobre a situação e consequências esperadas” (Habermas, 1989, p.165). De certa forma, representa um agir orientado para o entendimento mútuo da equipe, não há imposição ou manipulação entre as partes, mas sim um consentimento, em que a finalidade é o processo de mediação, interação entre os profissionais e não somente o resultado. Os benefícios desse processo foram destacados no seguinte relato (R1): *“É preciso também realçar os benefícios gerados pela prática de momentos de diálogo na equipe, pois esta se constitui um importante dispositivo para estruturação, organização, alinhamento, delineamento do trabalho, educação permanente e tomada de decisões”*.

2º C: Coordenação

A definição de coordenação adotada aqui se refere ao processo de organização de esforços, a partir da realização das atividades da equipe, que são interdependentes e articuladas. Cada área de conhecimento parte de uma especialização do saber e produz técnicas específicas daquele campo. O trabalho em equipe não pressupõe abolir essas especificidades, a contribuição de cada pessoa com o seu saber/técnica mostra um potencial que aprimora o desempenho grupal.

Uma vez respeitada as diferenças técnicas, a divisão do trabalho define papéis e permite uma coordenação orquestrada, que segundo Vivacqua e Garcia (2011), “as atividades individuais precisam ser fortemente coordenadas, pois somente um esforço conjunto sincronizado leva à solução do problema” (p. 42). Ressaltado por Laal et al, (2013), o indivíduo opta por uma das três formas de atuação, trabalha-se individualmente em direção a um objetivo não relacionado à meta dos outros, trabalha-se contra os outros em direção a objetivos diferentes ou trabalha-se com os outros em direção a um objetivo comum.

No contexto da saúde, há uma percepção de superioridade entre profissões, marcada pelos valores e normas sociais atribuídos ao modelo biomédico. A desigualdade nas relações é um fator que enfraquece a colaboração, e pode prejudicar o trabalho coletivo, na medida em que, segundo Peduzzi et al, (2016), quanto menor a assimetria de subordinação maior a integração na equipe. Por outro lado, existem domínios comuns, atribuídos a todas as profissões da saúde nos diferentes enfoques, como, acolhimento, grupos educativos, vigilância, entre outros. Portanto, a conformação da equipe deve ser flexível, levando em conta a especialização dos saberes, sem perder a atuação nos conhecimentos comuns. A equipe integração concilia a dualidade entre estas atividades de acordo com as competências dos participantes e contexto do serviço.

Um dos instrumentos de coordenação utilizados (R1) foi uma planilha mensal de divisão de tarefas por semana, com a lista de atividades e escala de profissionais. Então, a cada semana, um membro é responsável por desenvolver uma tarefa, por exemplo, atender demanda espontânea, responder e-mail e atualizar a agenda. Outro caso apresentado, é a utilização de protocolos para organizar a agenda de atendimentos de acordo com as competências dos profissionais (R104).

Dessa forma, a coordenação em prol da colaboração dialoga com o conceito de campo e núcleo de competências. Campo é caracterizado pela intersecção de áreas de uma especialidade-raiz, isto é, refere-se ao conhecimento, habilidades e atitudes comuns e compartilhados pelas profissões da saúde. Já o núcleo diz respeito às atribuições de determinada especialidade, mostrando a sua relevância, como uma área específica de atuação no cuidado em saúde (Campos et al, 1997). Os programas de EIP como Residência Multiprofissional, PET/GraduaSUS, entre outros, têm suas ações baseadas nestes conceitos.

3º C: Cooperação

A cooperação corresponde a sincronia na utilização dos recursos para a produção do cuidado. Para isso, é necessário um espaço partilhado, que pode ser físico ou virtual, mas que garanta o compartilhamento das tarefas a serem realizadas (Vivacqua & Garcia, 2011). Dois dispositivos são apontados por Peduzzi et al, (2016) como facilitadores na organização da produção dos serviços, como a reunião e a supervisão de equipe.

A reunião de equipe representa um recurso não computacional, simples de ser realizado, que geralmente utiliza de outros recursos, como registros das reuniões anteriores, prontuários, entre outros. É um momento de diálogo entre os membros de uma equipe, considerado, por unanimidade, uma estratégia de estreitamento de suas relações para o melhor desempenho e planejamento, conforme pesquisa realizada por Peruzzo et al, (2018). O uso das reuniões de equipe para discussão de casos e construção coletiva das agendas garante maior fluidez, de modo que, na falta de um membro, os outros possam dar seguimento aquela ação (R1). Nessa experiência a agenda é compartilhada na internet para que todos tenham acesso, mesmo quando não estão no local de serviço. Peduzzi et al, (2016) indica o estabelecimento de uma rotina de reuniões no cronograma de organização do trabalho com frequência, duração e local definido, já que a manutenção da integração e da colaboração deve ser considerada um investimento permanente e necessário. Entretanto, a equipe não pode cair na armadilha do mero cumprimento de uma formalidade, esvaziada de sentido. Os membros precisam assegurar as reuniões de equipe como um espaço de construção do trabalho colaborativo.

Apesar de a supervisão de equipe estar mais ligada à dimensão da coordenação, ela também é primordial na cooperação. Ao contrário do que muitos pensam, a supervisão na equipe integração não é realizada por alguém detentor do saber, mas pelo trabalho conjunto da própria equipe ou com apoio de um agente externo. “Trata-se de um recurso que auxilia a equipe a perceber, de um lado, seu modo de sentir, pensar e agir e, de outro, a monitorar de forma compartilhada a articulação das ações dos diferentes profissionais para assegurar que a finalidade e os objetivos propostos sejam alcançados” (Peduzzi et al, 2016, p.4).

Outra forma de promover a cooperação é através da autonomia técnica do conjunto dos integrantes, que ocorre quando os profissionais estão no mesmo local,

porém de forma assíncrona (em tempos diferentes). Isso é muito comum na Atenção Primária, em que cada profissional trabalha separadamente em seu espaço de atuação, seja consultório, acolhimento ou visita domiciliar. Nesse sentido, por mais que existam momentos diferentes, aquele profissional faz parte de uma equipe, que compartilha objetivos maiores, tornando a autonomia profissional interdependente em relação ao julgamento e à tomada de decisão de outros integrantes, uma vez que existe a complementaridade dos trabalhos especializados (Peduzzi et al, 2016).

Alguns relatos abordaram projetos de cooperação horizontal, que significa a troca de experiências entre equipes por meio da observação e comparação dos métodos de trabalho (R4). Também foi evidenciado o potencial da tecnologia na promoção do processo colaborativo nas equipes, com a utilização de planilhas eletrônicas para controlar os focos do mosquito *Aedes* pelos agentes de endemias (R96). Isso despertou a importância do registro das atividades e informações coletadas a fim de monitorar e avaliar as ações em saúde: “*a partir disto, demos uma correta utilização dos inúmeros dados que diariamente coletamos. Seja no processo de transmissão de conhecimento, como também, em nossa auto avaliação*”.

O quadro 1 sintetiza as principais estratégias relatadas nas experiências para promover uma melhor organização do trabalho no sentido de alcançar uma integração no trabalho em equipe.

Quadro 1. Principais estratégias descritas nos relatos da CdP para melhorar os 3C e promover a equipe integração.

Estratégias	Descrição
Agenda compartilhada na internet:	Disponibilização da agenda em meio eletrônico para acesso de todos, garantindo o prosseguimento das ações.
Capacitações:	Ações intencionais e planejadas que têm como missão fortalecer conhecimentos, habilidades, atitudes e práticas que a dinâmica das organizações não oferece por outros meios.
Cooperação Horizontal*:	Troca de experiências entre equipes de diferentes regiões por meio da observação e comparação dos métodos de trabalho.

Encontro diário de 30 minutos:	Repasse de informações e pendências, como também definição das tarefas do dia.
Equipe de Apoio Institucional:	Formação de uma equipe de nível estadual/federal para apoiar os processos de trabalho das equipes saúde da família.
Fluxograma:	Diagrama para representação dos fluxos de atendimento.
Kanban:	Cartão de sinalização que controla os fluxos de atendimento e acompanhamento.
Planilha eletrônica:	Ferramenta de gestão do trabalho para o registro e controle de informações.
Planilha mensal de divisão de tarefas:	Elenco de atividades cotidianas e escala de profissionais para dividi-las, assim, cada semana um membro é responsável em desenvolver cada tarefa.
Protocolos:	Orientações para padronizar condutas e estabelecer critérios e normas na atenção ao usuário.

* Estratégia do Ministério da Saúde

Afinal o que é necessário para se alcançar a Prática Colaborativa?

Para existir a prática colaborativa na Atenção Primária depende-se do conceito trabalhado pela OMS (2010) que existem três elementos essenciais: a prática interprofissional, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e o cuidado centrado no usuário, destacadas em lilás na figura 2. A prática interprofissional se traduz na configuração das equipes de Saúde da Família, partindo das características discutidas sobre o trabalho colaborativo. Nesse contexto, um dispositivo capaz de ampliar as ações interprofissionais é o NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família), a retaguarda especializada, que realiza o apoio matricial, as ações de educação permanente, e os atendimentos individuais e/ou compartilhados.

Apenas três relatos analisados (2%) se referiram à atuação do núcleo (tabela 2) e enfatizaram a integração do sistema educacional com o de saúde através do Programa Saúde na Escola (PSE): *“Não podemos pensar e falar em saúde somente dentro de um espaço específico como a Unidade Básica de Saúde,*

é necessário expandir fronteiras e ultrapassar limites em nossos esforços de fazer a saúde ser não só um direito, mas também, de fato, um dever de todos” (R37). Observa-se, conforme Aguiar (2013), que a complementariedade do trabalho do NASF potencializa a clínica através da prática comunicativa e dos saberes de outros profissionais em direção à integração.

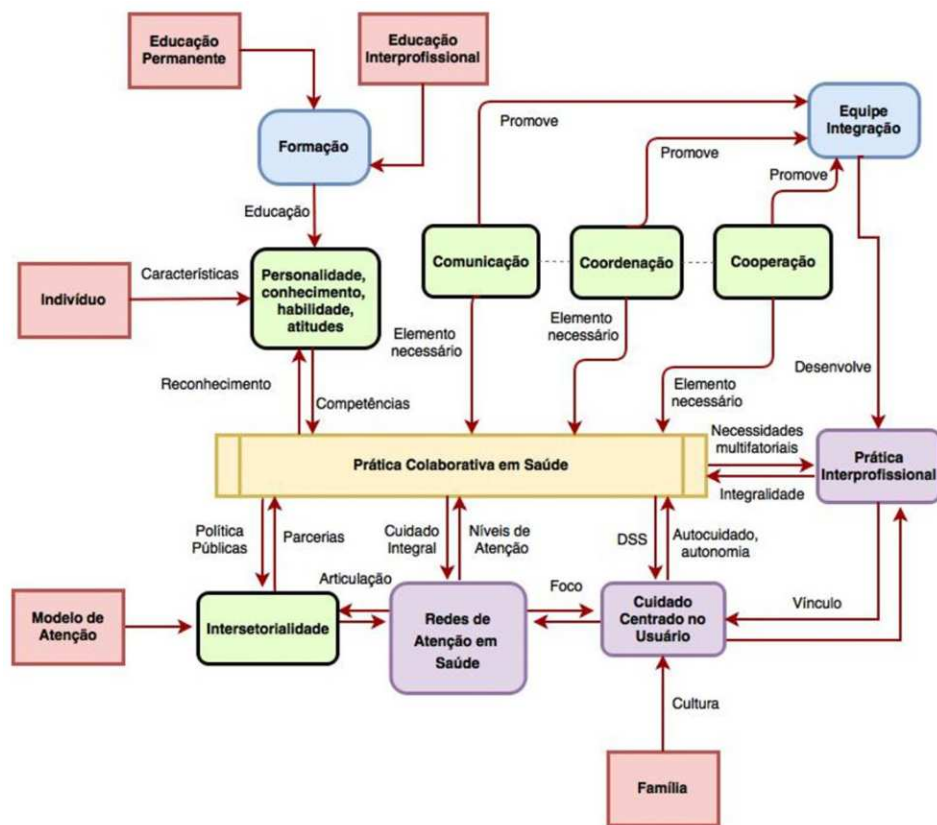
Mesmo que haja a interprofissionalidade na equipe, a prática colaborativa não se restringe ao trabalho de uma única equipe, ela prevê a articulação entre equipes de diferentes serviços de saúde na rede de atenção (Silva, 2014). Para existir essa articulação, o sistema deve ser composto por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas dispostos numa rede horizontal de atenção à saúde, em que os serviços de menor densidade tecnológica, como os de Atenção Primária, devem ser dispersos. Ao contrário, os de maior densidade tecnológica, como hospitais, tendem a ser concentrados. Assim, a organização destes pontos de serviços de saúde precisa ser vinculada entre si por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente com o intuito de oferecer uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária (Mendes, 2011).

Existem diversos formatos de redes, que podem ser estruturadas por linhas de cuidado. A organização de uma Rede de Atenção Psicossocial no Estado do Paraná melhorou a segurança e a qualidade do serviço por meio do estabelecimento de referência e contra referência aos usuários (R57). Outro relato discorreu sobre um instrumento chamado redograma que identifica a rede social por meio de classificação da intensidade do diálogo e presença dos parceiros na unidade (R76). *“Assim, a RAS, na prática, vai além das estruturas e parcerias preconizadas pelos modelos de gestão, sendo dinâmica, viva e, principalmente, humana, o que não é retratado pelos mapas institucionais”*. Muitas vezes a existência de um equipamento social no território não garante a articulação em rede com as equipes de saúde, sendo necessário o estímulo contínuo na consolidação da rede com o estabelecimento de vínculos e conexões entre as partes envolvidas.

O elemento de cuidado centrado no usuário considera o indivíduo em sua singularidade, e sua necessidade é o foco central da atenção em saúde. Pode ser definido como “processo de parceria ou coprodução entre profissionais e usuários para o planejamento, desenvolvimento e avaliação do cuidado, apropriado às necessidades de saúde com respeito às preferências, valores, situação familiar,

condição social e estilo de vida” (Silva, 2014). Cada caso requer a elaboração de um plano de cuidado compartilhado considerando o usuário e sua família na tomada de decisão, de acordo com os valores de dignidade, autonomia e respeito no gerenciamento do autocuidado. No SUS, esse elemento é prejudicado, no sentido que o nível primário (APS/ESF) é centrado na família, porém o sistema de saúde é voltado em estruturas procedimentais e nas doenças (Silva et al, 2015). O caminho para enfrentar esta contradição é o fortalecimento do cuidado centrado no usuário, cuidar com as pessoas ao invés de cuidar para as pessoas.

Figura 2. Elementos interdependentes necessários para consolidação da prática colaborativa.



Os quadrados destacados de vermelho representam os pré-requisitos de uma prática colaborativa: modelo de atenção, centrado na família, indivíduo

e educação. Em suma, o modelo de atenção voltado para uma abordagem de produção do cuidado, o vínculo com o usuário e sua família considerando seus valores, a educação interprofissional e permanente, o indivíduo e sua subjetividade para colaborar, juntos consolidam um cenário propício ao exercício da prática colaborativa. Aguiar (2013) destaca que o desejo e a disponibilidade de colaborar são imprescindíveis para promover uma colaboração interprofissional. A personalidade, a habilidade, o conhecimento e a atitude do profissional influenciam a forma de interação com os demais participantes da equipe, por isso se faz necessário a integração dos profissionais.

Profissionalmente, ficou clara a influência das características pessoais no processo de trabalho e, conseqüentemente, em todo o funcionamento dos serviços de saúde. Esta conclusão nos fez refletir sobre a necessidade de trabalhar aspectos subjetivos na graduação, como comunicação verbal e não verbal, gerenciamento de conflitos, trabalho em equipe, intersetorialidade, interprofissionalismo, entre outros. Os conhecimentos técnicos de cada área do conhecimento envolvida não são suficientes para garantir o bom funcionamento do serviço, e, conseqüentemente a melhoria de vida e saúde da população assistida! (R32).

Alguns relatos mostraram experiências de autoconhecimento e fortalecimento do grupo com emprego de dinâmicas, como a “árvore da vida” (R11) e a “tenda do conto” (R64), aplicados nas equipes para gerar um vínculo de apoio, importantes para o trabalho em equipe-integração e, conseqüentemente, para conquistar os demais elementos que consolidam a prática colaborativa.

Entretanto, nem sempre as relações entre os profissionais são livres de desentendimentos, ainda mais quando se trata de práticas de colaboração, que partem da premissa do compartilhamento do poder. A falta do reconhecimento do trabalho e da área de conhecimento do outro pode ser um impeditivo à prática e motivar conflitos positivos ou negativos, a depender de como ocorrem e são conduzidos. Souza (2016) evidencia que as principais causas de conflitos decorreram de divergências sobre condutas terapêuticas, chegada de novos profissionais, ausência de colaboração, ausência de reconhecimento do trabalho do outro, discordâncias nas divisões das atividades realizadas. A ocorrência do conflito mostra um espaço adequado para a expressão de diferentes visões

dos profissionais e impulsiona os participantes a pensarem em estratégias de enfrentamento. Portanto, o conflito não deve ser considerado somente pelo lado negativo; os benefícios decorrentes dele também devem ser valorizados, pois podem apontar um caminho para a colaboração entre os profissionais.

Os participantes precisam estar motivados e com o alinhamento dos objetivos para que a colaboração seja realmente realizada. Isso significa um nível de conhecimento e confiança entre os membros da equipe, que são alcançadas com o tempo, ao conhecer a forma de trabalho de um colega de modo a potencializar as características e contribuições individuais. A relação de confiança na equipe é essencial para os participantes acreditarem no potencial do grupo e fazer com que seja um trabalho produtivo (Fuks et al, 2011). Em uma equipe sem objetivos definidos há o risco de interesses pessoais e/ou profissionais sobressaírem frente aos interesses dos usuários.

A interrelação das dimensões da colaboração, no Modelo 3C (comunicação, coordenação e cooperação), também foi representada na figura 2, como elementos necessários para a prática colaborativa. Peruzzo et al, (2018) apontam os desafios do trabalho em equipe que recaem na dificuldade de operar as três dimensões como: desconhecimento e/ou desconsideração do papel e experiências dos demais membros da equipe, aspecto que gera relações conflituosas e distantes; sobrecarga de trabalho e falta de recursos; desvalorização e desmotivação dos profissionais; indefinição dos resultados a serem alcançados, dentre outros desafios. Muitas dessas fragilidades são decorrentes de um modelo uniprofissional e verticalizado de comunicação, surgindo “a necessidade de instrumentalizar os trabalhadores de saúde, desde a graduação, com saberes que proporcionem o exercício de práticas comunicativas dialógicas” (Coriolano-Marinus et al, 2014, p.1367).

Conjugada a essa perspectiva, a OMS discorre sobre três mecanismos de incentivo à prática colaborativa: de apoio institucional, de cultura de trabalho e de ambiente, os quais dialogam com os 3C. O primeiro mecanismo se relaciona à importância da corresponsabilização entre equipe e gerência com modelos claros de governança, protocolos estruturados, descritos como apoio institucional. O mecanismo de cultura de trabalho refere-se aos espaços de tomada de decisão compartilhada para planejar os processos, como colegiado gestor, reunião de equipes, já descritos anteriormente como estratégias para alcançar a colaboração no trabalho coletivo. Por último, o mecanismo de ambiente diz respeito ao

ambiente físico e às instalações que facilitem a comunicação e a organização de espaços de forma a eliminar barreiras para colaboração eficaz (OMS, 2010), que se assemelha ao dispositivo de ambiência, que integra a Política Nacional de Humanização, claramente organizado em torno da dimensão da cooperação.

Desse modo, a prática colaborativa se concretiza quando a colaboração é implementada nas práticas dos serviços, conforme a influência dos elementos da Figura 2. Nesta situação, o trabalho em equipe representa um nível singular, influenciado pelos objetivos e condições de trabalho. Os efeitos positivos conquistados pela interprofissionalidade produzem mudanças em dois âmbitos, o primeiro referente à equipe propriamente dita, propiciando um melhor clima de equipe em relação às interações dos profissionais e aumentando a satisfação no trabalho. O segundo refere-se às mudanças no cuidado em saúde a partir do comprometimento com a segurança dos usuários e redução de erros clínicos (Reeves, 2016).

Considerações finais

O estudo identificou e analisou experiências de trabalho em equipe que trouxeram reflexões e estratégias utilizadas no cotidiano dos serviços de saúde e apresentaram potencial colaborativo. Os componentes da prática colaborativa (Figura 2) e as estratégias que promoveram um processo de trabalho em equipe integrado (Quadro 1) representam caminhos possíveis para promover a colaboração de acordo com a realidade de cada serviço. Apesar do trabalho em equipe ser o cerne da Atenção Primária, formação de equipes integração, baseadas em práticas colaborativas permanece limitada. Usualmente a configuração das equipes ocorre principalmente como agrupamento, em que as atribuições são definidas e limitadas a um processo mecânico e inflexível de trabalho, que cria uma falsa convicção de que todos os problemas enfrentados não estão sob sua governabilidade.

As dimensões do modelo 3C estão interligadas em um processo de complementariedade, não há hierarquia entre elas e sim interdependência, em uma relação que não é linear. Na comunicação, é essencial construir linguagens e objetivos comuns, que incluam e ponderem o potencial e o desejo de seus membros. Na coordenação, com a divisão de trabalho e a responsabilização das atividades do grupo, é relevante considerar a expertise dos profissionais e reconhecer

sua importância recíproca. As duas dimensões anteriores integram o âmbito do planejamento, na perspectiva que são “contratos” prévios que precisam ser acordados para o bom funcionamento de uma equipe. Na dimensão de cooperação, o processo de trabalho é facilitado com a organização das dimensões anteriores, e com a definição de como são realizados e concretizados os planos de equipe.

Portanto, a pesquisa analisou os componentes da colaboração do Modelo 3C à luz das práticas relatadas no campo da saúde, apresentando estratégias para a colaboração, uma vez que são vários os fatores relacionados com a prática colaborativa. Sua complexidade exige empenho e mecanismos de articulação que extrapolam e não podem ser reduzidos à formação de uma equipe integrada, e requerem um modelo de trabalho em rede e intersetorial. Espera-se que haja uma maior aproximação dos conceitos relacionados à colaboração no intuito de mostrar o potencial de um trabalho integrado entre os sistemas de educação e de saúde. Tanto na formação, com a EIP, quanto no próprio trabalho das equipes, com a EPS, a Prática Colaborativa se mostra fundamental para enfrentar os problemas e promover qualidade nos serviços de saúde.

Referências

- Aguiar C. (2013). Atuação do Enfermeiro de Atenção Básica no Âmbito da Articulação da Prática Interprofissional. Dissertação, (Título de Mestre em Ciências), São Paulo.
- Barr, H. (2002). **Interprofessional Education: Today, Yesterday and Tomorrow**. CAIPE, Higher Education Academy, Learning & Teaching Support Network for Health Sciences & Practice, Occasional, Paper 1.
- Biggs, S. (1997). **Interprofessional collaboration: problems and prospects**. J. Ovretveit, P. Mathias, T. Thompson (Eds.), *Interprofessional Working for Health and Social Care*, Palgrave Macmillan, Houndsmills, England, pp. 186-200.
- Bittencourt, C. S. Grassi, D. Arusievicz, F. & Tonidandel, I. (2004, março). Aprendizagem Colaborativa Apoiada por Computador. **Novas Tecnologias na Educação**, CINTED-UFRGS, v. 2, n. 1.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica**. (2013). Acolhimento à Demanda Espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília – DF.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. (Série E. Legislação em Saúde). **Portaria Nº 2.436** de 21 de setembro de 2017.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2009). **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília**. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. (2006). **Residência multiprofissional em saúde:** experiências, avanços e desafios. Brasília. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf Acesso em: 02 de dezembro de 2019.
- Brna, Paul. (1998, setembro). **Modelos de colaboração**. Rev. Bras. de Informática na Educação, n. 3, p. 9 – 15.
- Campos, G. W. S. Chakour, M. & Santos, R. C. (1997, janeiro). Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000100025&lng=en&nrm=iso. Acesso 16 Jan. 2020.
- Coriolano-Marinus, M. W. L. Queiroga, B. A. M. & Ruiz-Moreno, L. Lima, L. S. (2014). Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1356-1369.
- D'Amour, D. Goulet, L. Labadie, J. F. San Martín-Rodríguez, L. & Pineault, R. (2008). **A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations**. BMC Health Serv Res, 8:188. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-188>
- Ellis, C.A., Gibbs, S.J. & Rein, G.L. (1991). Groupware - Some Issues and Experiences. In: **Communications of the ACM**, v. 34, n. 1. 1991, p. 38-58.
- Ferracioli, Laércio. (1999, agosto). Aspectos da Construção do Conhecimento e da Aprendizagem na Obra de Piaget. **Cad. Cat. Ens. Fís**, v. 16, n. 2, p. 180-194.
- Freire Filho, J.R. (2014). **Formação Interprofissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Ribeirão Preto.
- Freire, Paulo. (1987). **Pedagogia do oprimido**. 17 Ed. Rio de Janeiro, editor paz e terra.
- Gomes, R.S. (2009, setembro). **O trabalho no programa saúde da família do ponto de vista da atividade: a potência, os dilemas e os riscos de ser responsável pela transformação do modelo assistencial**. Tese de doutorado (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública), Rio de Janeiro.
- Habermas J. (1989). **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Laal, M. Naseri, A. S. Laal, M. & Khattami-Kermanshahic, Z. (2013). What do we achieve from learning in collaboration? **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, v. 93, p. 1427-1432.
- Lévy, P. (2015). **A inteligência coletiva: por uma antropologia do ciberespaço**. Tradução de Luiz Paulo Rouanet. 10ª. ed. São Paulo: Edições Loyola.
- Lévy, P. (1999). **Cibercultura**. Tradução de Carlos Irineu da Costa. 3ª. ed. São Paulo: Editora 34.
- Loiola, A. A. (2015). **Competências e habilidades nos currículos da graduação em saúde coletiva no Brasil**. Monografia, (Especialização). Brasília.
- Mendes, E. V. (2011). **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Morgan, S. Pullon, S. & Mckinlay, E. (2015, julho). Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. **International Journal of Nursing Studies**, vol. 52, edição 7, p. 1217-1230.
- Organização Mundial da Saúde - OMS. (2010). **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa**. Redes de Profissões de Saúde Enfermagem e Obstetrícia Recursos Humanos para a Saúde. Genebra: OMS.
- Peduzzi, Marina, Agreli, Heloisa Lima Fernandes, Silva, Jaqueline Alcântara Marcelino da, & Souza, Helton Saragor de. (2020). Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, 18(Supl. 1), e0024678. Epub 16 de março de 2020.

- Peduzzi, M. & Agreli, H, F. (2018). Teamwork and collaborative practice in Primary Health Care. **Interface** (Botucatu), 22(Supl. 2):1525-34.
- Peduzzi, M. Carvalho, B. G. Mandú, E. N. T. Souza, G. C. & Silva, J. A. M. (2011). Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para construção da prática interprofissional. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n 2, pp. 629-646.
- Peduzzi, M. Oliveira, M. A. C. & Silva, J. A. M. (2016). Trabalho em Equipe, Prática e Educação Interprofissional. In: Martins MA, Carrilho J, Alves VA, Castilho EA, Cerri GG, editores. **Clínica Médica**. 2ª ed. Barueri: Manoele, pp. 171-9.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**; v. 35, n1, pp.103-9.
- Peruzzo, H. E. Bega, A. G. Lopes, A. P. A. T. Haddad, M. C. F. L. Peres, A. M. & Marcon, S. S. (2018). **The challenges of teamwork in the family health strategy**. Escola Anna Nery, 22(4), e20170372. Epub 02 de agosto de 2018. <https://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0372>.
- Fuks, H. Raposo, A. B. Gerosa, M. A. Pimentel, M. Filippo, D. Lucena, C. J. P. Teorias e modelos de colaboração. In: Pimentel, M. & Fuks, H. (2011). **Sistemas Colaborativos**. Editora Elsevier, série Campus, SBC.
- Reeves S. (2016). Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface** (Botucatu). vol.20, n.56, pp.185-197.
- San Martín-Rodríguez, L. Beaulieu, M. D. D'Amour, D. & Videla, M. F. (2005). The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. **Journal of Interprofessional Care**. 1(Supl)132-147.
- Silva, J. A. M. Peduzzi, M. & Orchard, C. (2015). Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Esc. Enferm., USP**, vol. 49(Esp2), pp. 16-24.
- SILVA JAM. Educação Interprofissional em Saúde e Enfermagem no Contexto da Atenção Primária. Tese de doutorado (Doutorado em Ciências), São Paulo, 2014.
- Souza, G.C. Peduzzi, M. Silva, J. A. M. & Carvalho, B. G. (2016). Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional? **Rev. Escola Enfermagem USP**, vol. 50, n. 4, pp. 642-649.
- Starfield B. (2002). **Atenção primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, Ministério da Saúde.
- Vigotsky, L. S. (1987). **Pensamento e Linguagem**. Tradução de J. L. Camargo. São Paulo: Martins Fontes.
- Vivacqua, A. S. & Garcia, A. C. B. (2011). **Ontologia de Colaboração**. In: **Sistemas Colaborativos**. Editora Elsevier, série Campus, SBC.
- Santos, José Luís Guedes dos, Lima, Maria Alice Dias da Silva, Pestana, Aline Lima, Colomé, Isabel Cristina dos Santos, & Erdmann, Alacoque Lorenzini. (2016). Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 37(1), e50178. Epub February 26, 2016.

Apêndice

RELATO	TÍTULO
R1	Apoio Institucional - O trabalho em equipe
R2	Humanização, Dots, Trabalho Em Equipe
R3	Integração de Equipes
R4	Troca de experiências através do projeto Cooperação Horizontal
R5	Comissão de Revisão de Prontuários: uma aposta para a qualificação do trabalho em equipe
R6	Vivenciando e refletindo: o processo de trabalho das equipes de saúde da família
R7	Trabalho de equipe - multiprofissionais da ESF com diabéticos dependentes.
R8	O trabalho em equipe multiSABERES das oito referências dos Programas Mais Médicos/PROVAB em SP
R9	Educação permanente no trabalho em equipe: relato de experiência em uma unidade de saúde da família
R10	A reestruturação do espaço físico: recepção, salas de acolhimento. Resgate do trabalho em equipe
R11	Árvore da Vida: Fortalecendo o Autoconhecimento e o Trabalho em Equipe na Estratégia de Saúde da Família
R12	A intersetorialidade do trabalho das equipes de Atenção Básica e vigilâncias no combate ao aedes!
R13	Apoio Institucional: Principal ferramenta para a mudança na dinâmica de trabalho das Equipes de Saúde da Família no município de Caruaru Pernambuco.
R14	A importância do trabalho em Equipe na Estratégia de Saúde da Família para o levantamento das necessidades odontológicas: uma experiência de avaliação odontológica em domicílios das quadras 10 e 50 - Gama Leste/Brasília/DF
R15	Potencializando o trabalho de equipes de ESF na favela da Maré (RJ) no cuidado aos usuários com sofrimento psíquico em contextos de violência através do apoio matricial do NASF e do suporte do Comitê Internacional da Cruz Vermelha - CICV.
R16	Manual de rotinas e procedimentos serviço de cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial 2ª edição
R17	Diretrizes para atuação profissional no núcleo do Ministério da Saúde em São Paulo
R18	Educação Permanente - Aprendendo em serviço para Cadastro e Pagamento
R19	Projeto SPA Urbano - ESF Anita Pinheiro - Cordeirópolis/SP
R20	Projeto mãe cidadã: dinâmica com as gestantes sobre alimentação completar
R21	Processos participativos para a reestruturação dos fluxos de trabalho.
R22	Colcha de Retalhos - Aprendizado em Saúde Coletiva
R23	A experiência de tutores nas atividades desenvolvidas por acadêmicos de diferentes cursos da saúde
R24	Apertando o cinto - módulo 39 - CEEP na cidade de Parnaíba - PI
R25	Estratégia EBS para divulgar importância dela prevenção do câncer de mama
R26	Roda de Conversa UBS Mangueiras

R27	Uma experiência de Odontologia no PET-SAÚDE
R28	HACKSUS - Maratona Tecnoeducacional para a Saúde
R29	SALA DE APOIO À AMAMENTAÇÃO E POSTO DE COLETA DE LEITE HUMANO NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
R30	A visão dos profissionais da UBS sobre a formação acadêmica na área da saúde
R31	Comunidade escolar unida: Todos os dias 10 minutos contra o mosquito Aedes aegypti.
R32	Experiência interprofissional no PET-Saúde/GraduaSUS: equipe da enfermagem
R33	Relato de experiência - “ Unidade Básica de Saúde da Bauxita” e “PSF Caminhar” - Ouro preto/MG
R34	Práticas educativas no gerenciamento de conflitos: o papel da Supervisão de Enfermagem do Hospital Federal de Bonsucesso
R35	Aprendizagem no Trabalho: Aprimorando os processos de trabalho do NEMS/AP
R36	Os Cursos de Práticas Integrativas e Complementares na CdP e o Processo de Facilitação
R37	A Importância da atuação do NASF no Programa Saúde na Escola no município de Benevides/Pa
R38	Santa Terezinha Contra a Dengue
R39	Trabalhando com os pequenos para torna-los grandes cidadãos
R40	Todos juntos contra a dengue
R41	A teia da aprendizagem: oficina de metodologia ativa
R42	Dia D da Campanha de Multivacinação
R43	Ação PET Saúde São Joaquim alusiva ao dia 1º de dezembro - Dia mundial da luta contra AIDS
R44	PET- Saúde GraduaSUS - UFRJ Macaé - Enfermagem
R45	PET Saúde - GraduaSUS – Campina Grande/PB: Um relato sobre a Formação Interprofissional em Saúde
R46	PET-Saúde/GraduaSUS uma experiência para formação cidadã em Aracaju Sergipe
R47	Hora do cuidado: oficina de higiene corporal dos bebês
R48	PET-Saúde Gradua-SUS Cariri: Educação ambiental sob o enfoque lúdico
R49	PET- Saúde GraduaSUS - UFTM Curso de Terapia Ocupacional
R50	Conhecimento!!!
R51	Educação Permanente como ferramenta de promoção da saúde mental no trabalho
R52	PET/Saúde HIPERDIA Gurupi
R53	Relato de experiência do Grupo de Farmácia - Pet-Saúde/GraduaSUS UFOB/SMS de Barreiras/BA
R54	PETGraduaSus e Interprofissionalidade: o primeiro encontro; namoro, paixão e casamento
R55	Residência em ação: Evento Saúde em dia - prevenção e combate à hipertensão arterial
R56	Curso NASF - Mato Grosso
R57	Rede de Atenção Psicossocial Intersetorial - Evoluindo a partir da RAPS

R58	Capacitação nas ações básicas de saúde para os agentes indígenas de saúde do DSEI-CE
R59	Gerenciando o cuidado de enfermagem através dos protocolos assistenciais
R60	O uso da ferramenta Kanban na Gestão de um Ambulatório de Fisioterapia
R61	Projeto “De Olho no Mosquito”
R62	O processo de formação no acolhimento a demanda espontânea na Atenção Básica
R63	Experiências lúdicas no enfrentamento da dengue em escolas da zona rural do interior maranhense
R64	A tenda do conto: histórias, nossas histórias, dias de luta, dias de glória
R65	Estratificação de Vulnerabilidade Familiar no município de Cáceres-MT
R66	Ações desenvolvidas pelo grupo tutorial do curso de medicina do PET-Saúde-GraduaSUS UFPI-FMS
R67	PET GraduaSUS Ações Para Promoção Da Saúde Com Adolescentes No CRAS Los Angeles
R68	Relato de experiência do PET GraduaSUS no PSF residencial COXIPO I - CUIABÁ/MT
R69	Hands-on Comunidade de Práticas - DAB/MS
R70	PET GraduaSUS: dialogando sobre o protagonismo estudantil na formação em enfermagem
R71	Planejamento e execução da primeira atividade das alunas de Farmácia no Heimaba.
R72	Rodas de conversa com educação permanente em unidade de saúde mental de um hospital geral público
R73	Relatório PET GraduaSUS Fortaleza/Maracanaú –Psicologia
R74	Pet-saúde/GraduaSUS Campina Grande/PB: reuniões de planejamento em grupo
R75	Grau de implementação do programa de puericultura na Estratégia Saúde Da Família - USF Josefa Barros
R76	Dinâmica de Rede - Equipe Mata
R77	Realize seu exame citológico e conquiste o sorriso saudável
R78	Semana do bebê todos juntos pela primeira infância
R79	Manhã saudável: desenvolvendo boas práticas de saúde
R80	Iniciando a vivência na saúde pública por meio do PET-Saúde GraduaSUS
R81	Relato de Experiência do PET-GraduaSUS UNIVASF
R82	Relato da equipe da medicina do PET-GraduaSUS na ESF Vila Parque Ibituruna Em Governador Valadares/MG.
R83	Ação do grupo PET-farmácia na avaliação da assistência farmacêutica em duas UBS da cidade de pelotas
R84	Análise da adequação dos planos de ensino dos componentes curriculares de odontologia às DCNs
R85	Pet Saúde Gradua-SUS Cariri Cearense na Romaria
R86	Relato de experiência Pet GRADUA SUS UFSM - Santa Maria
R87	Relato de experiência: PET Saúde/GraduaSUS Enfermagem
R88	Experiência PET UFBA 2016

R89	Planejamento, organização e implantação de um Programa Assistencial para Gestantes e seus Familiares
R90	O julgamento do cigarro - ação antitabagismo em um colégio
R91	Experiências interprofissionais vivenciadas no contexto do PET-Saúde/GraduaSUS
R92	Educar para uma vida mais saudável
R93	A vivência do residente no Projeto Consultório Itinerante de Odontologia (PCIO) no estado do Pará
R94	Aprender juntos para trabalhar juntos
R95	Cooperação Horizontal: Troca de experiência Igaracy/ Serra Grande
R96	Planilhas eletrônicas como ferramenta de gestão do trabalho de campo dos Agentes de Endemias.
R97	PET Saúde GraduaSUS: Encontros do Grupo Ampliado 2 em Palmas-TO
R98	Diagnóstico situacional em Unidades de Saúde da Família: um relato do grupo tutorial de Farmácia
R99	Construindo as Diretrizes do Contrato Organizativo de Ação Pública do Ensino Saúde
R100	Indicadores de realização de cirurgias com segurança
R101	As vantagens de uma vida saudável.
R102	Educação Permanente em Saúde: Experiências em Saúde da Família
R103	Novembro Azul em USF/Riacho do Sangue: fazendo multiplicadores de Educação em Saúde
R104	Acolhimento a demanda espontânea com estratificação de risco: uma experiência inovadora no município
R105	A EAD como aliada na capacitação dos profissionais para o controle do Aedes aegypti
R106	Estratégia de Saúde da Família de Sítio Novo – TO. “Quem somos e o que fazemos”
R107	Intersetorialidade na estimulação psicomotora de crianças de uma escola no município de João Pessoa
R108	Visitas domiciliares, ações educativas em saúde, ferramentas valiosas no combate ao mosquito aedes aegypti
R109	Projeto de Erradicação do Aedes aegypti com foco educacional
R110	Mutirão de Combate ao Aedes aegypti: Itacuruba- PE
R111	Formação Continuada em Práticas de Promoção do Bem Viver Indígena
R112	Estratégias de Educação Permanente voltadas aos trabalhadores do Departamento de Atenção Básica – o Mês da Saúde 2016
R113	PET-Saúde/GraduaSUS e Residência Multiprofissional: aprendendo sobre trabalho interdisciplinar
R114	Perfil da situação de saúde das comunidades do Extremo Sul da Bahia: integração, formação e interdis
R115	Implantação do Conselho Local de Saúde na USF Feira VI: “Quem sabe faz a hora, não espera acontecer!”

R116	Grupo tutorial de enfermagem da UERN, Campus Caicó-RN: a experiência do PET Gradua-SUS no CAPS III
R117	Implementação da Educação Permanente em UBS do município de Pelotas
R118	Possibilidades e desafios do PET-saúde/GraduaSUS em um serviço de atenção especializada
R119	Manual Operativo da Rede Escola no município de Marília
R120	PET-Saúde/Gradua SUS: a Fonoaudiologia de mãos dadas com o ensino-serviço-comunidade.
R121	Tecendo a Educação Permanente em Saúde no DEPREPS/SGTES/MS: percepções, desejos e necessidades de trabalhadores (as)
R122	Circulando Saberes: Educação Permanente na RAPS
R123	Experiência do Grupo Enfermagem PET Saúde/GraduaSUS, parceria UFPel e Secretaria Municipal de Saúde
R124	PET-Saúde/GraduaSUS Amazonas: interação para transformação
R125	A Psicologia e as Políticas Públicas de Saúde: Avanços na Formação para o SUS
R126	PETGraduaSUS: a experiência do grupo de saúde mental - Juiz de Fora/MG
R127	Terapia Ocupacional na Atenção Básica: a inserção em Unidades de Saúde de Vitória-ES por meio do PET GraduaSUS
R128	Relato de experiência do grupo da Fisioterapia do PET-Saúde/GraduaSUS em Governador Valadares, MG.
R129	PET Saúde Gradua-SUS UnirG Gurupi-TO Avançando
R130	Promoção de Saúde Bucal aos povos das águas amazônicas em Belém do Pará
R131	Utilização da técnica de estimativa rápida para identificar necessidades e prioridades no território
R132	Medicina/UniFOA no GraduaSUSPETGraduaSUS 2016/2017 – maio /outubro 2016
R133	Experiência adquirida em Uma Unidade de Saúde de Nova Serrana
R134	RELATÓRIO COORDENAÇÃO GERAL GraduaSUSPETGraduaSUS 2016/2017
R135	Oito meses de PET Saúde GraduaSUS UFPel- experiências marcantes!
R136	Enfermagem no SUS e para o SUS - Contribuições do PET-GraduaSUS ENFERMAGEM PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA
R137	PET-Saúde/GraduaSUS: Uma Experiência de Integração ENSINO-SAÚDE em Teixeira de Freitas-Ba
R138	Tutoria de Campo: empoderamento para intervenção na realidade
R139	Vivências do Serviço Social no PET-Saúde/GraduaSUS da UFPI e Fundação Municipal de Saúde de Teresina
R140	O PET GraduaSUS na articulação ensino-serviço-comunidade na formação em saúde coletiva/UFRN
R141	#Mulher#ResidênciaMulti#ViolênciaObstétrica