

Percepção e manifestação de competências colaborativas em discentes da graduação em saúde*


Ana Wlândia Silva de Lima¹

 <https://orcid.org/0000-0002-4109-888X>

Fábia Alexandra Pottes Alves²

 <https://orcid.org/0000-0002-2478-5346>

Francisca Márcia Pereira Linhares²

 <https://orcid.org/0000-0001-9778-5024>

Marcelo Viana da Costa³

 <https://orcid.org/0000-0002-3673-2727>

Maria Wanderleya de Louvor Coriolano-Marinus²

 <https://orcid.org/0000-0001-7531-2605>

Luciane Soares de Lima²

 <https://orcid.org/0000-0003-4598-8959>

Objetivo: analisar a percepção e manifestação de competências colaborativas para o trabalho em equipe entre discentes de graduação em saúde que vivenciaram o módulo integrador do estágio curricular na perspectiva da educação interprofissional. **Método:** estudo qualitativo, desenvolvido com a estratégia da pesquisa-intervenção. Participaram 28 discentes de cinco cursos de graduação em saúde. Os dados foram apreendidos em três grupos focais realizados com os discentes da graduação ao término de cada semestre letivo. Para a análise dos dados adotou-se a técnica da pesquisa-intervenção e da hermenêutica dialética à luz do referencial teórico da formação em saúde, da educação interprofissional. **Resultados:** a cultura uniprofissional, a experiência da integração das diferentes formações e as competências colaborativas foram perceptíveis e manifestadas pelos discentes nos relatos e nas ações em equipe multiprofissional, desenvolvidas com os indivíduos e as famílias, durante a experiência do módulo integrador do estágio curricular. **Conclusão:** a experiência de integração do estágio curricular na perspectiva da interprofissionalidade favoreceu nos discentes a percepção e manifestação de competências colaborativas necessárias para o trabalho em equipe.

Descritores: Relações Interprofissionais; Capacitação Profissional; Competência Profissional; Educação Superior; Atenção Primária em Saúde; Integralidade em Saúde.





* A publicação deste artigo na Série Temática "Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem" se insere na atividade 2.2 do Termo de Referência 2 do Plano de Trabalho do Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil. Artigo extraído da tese de doutorado "Processo de construção e implementação do estágio curricular interprofissional na graduação em saúde", apresentada à Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Recife, PE, Brasil.

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Vitória de Santo Antão, PE, Brasil.

² Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Recife, PE, Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Escola Multicampi de Ciências Médicas, Caicó, RN, Brasil.

Como citar este artigo

Lima AWS, Alves FAP, Linhares FMP, Costa MV, Marinus-Coriolano MWL, Lima LS. Perception and manifestation of collaborative competencies among undergraduate health students. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3240. [Access   ]; Available in:  . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3227.3240>.

mês dia ano

URL

Introdução

O modelo de formação em saúde no Brasil acontece hegemonicamente de forma uniprofissional e disciplinar, balizado pela regulamentação das profissões em torno da reserva de mercado e focado na concepção fisiopatológica da vida⁽¹⁻³⁾. Um modelo que reproduz-se no processo de trabalho desses profissionais, com práticas isoladas, não favorecendo o trabalho em equipe, subjetivando o indivíduo/cliente e hierarquizando o cuidado, em um crescente desacordo com as complexas necessidades do mundo contemporâneo, cada vez mais interconectável⁽³⁻⁶⁾.

Em 1998 a Organização Mundial da Saúde, a Organização Pan Americana de Saúde, universidades e pesquisadores em todo o mundo listam diversas ações macro, meso e micro políticas necessárias para readequar o modelo de formação dos profissionais de saúde⁽⁶⁻⁹⁾.

Dentre as sugestões de mudanças em nível meso político que envolve mudanças curriculares e estratégias metodológicas mais ativas, a Educação Interprofissional (EIP), vem sendo reconhecida para a readequação no modelo de formação e prática profissional, que atenda as necessidades de saúde da população a partir do desenvolvimento de competências colaborativas para o trabalho em equipe potencializando a eficácia e a qualidade do cuidado em saúde⁽²⁻⁹⁾.

O modelo de formação por competência surge no início do século XX por uma demanda do mundo do trabalho⁽¹⁰⁻¹¹⁾, na tentativa de qualificar os profissionais para a resolução de problemas inesperados, promovendo competências para o aprender a aprender, mobilizando conhecimentos, atitudes e habilidades plásticas e ampliadas, que dêem conta das inúmeras e diferentes necessidades da sociedade⁽¹¹⁾. Ainda, o desenvolvimento de competências está atrelado a aprendizagem significativa no qual o indivíduo constroem memórias emocionais vivenciadas e experimentadas em seu processo de aprender⁽¹⁰⁾, o que exige rever o processo de ensino-aprendizagem focando no discente e no fazer prático^(3,10-13).

A EIP é conceituada como a aprendizagem integrada e interativa entre duas ou mais profissões de saúde permitindo uma maior compreensão dos papéis específicos de cada profissional, potencializando o desenvolvimento de competências colaborativas para o trabalho em equipe⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Desta forma, compreende-se que a experimentação e o conviver interativo, são potenciais para o desenvolvimento de competências colaborativas.

Revisões sistemáticas, envolvendo estudos na última década, analisaram o perfil de estudantes que vivenciaram experiências de EIP, descrevem mudanças em relação ao desenvolvimento de competências colaborativas para trabalhar em equipe como: desenvolvimento de

valores e ética para o cuidado humanizado, melhor comunicação entre os membros da equipe, identificação e reconhecimento dos papéis profissionais elevando o nível de respeito entre as categorias profissionais, favorecendo a complementaridade, a qualidade e a segurança do cuidado⁽¹⁶⁻¹⁷⁾. Entretanto, as competências colaborativas não se desenvolvem de imediato, necessitam de prática contínua e de colaboração interprofissional. Competências como ética/valores e papéis profissionais são menos desenvolvidas que comunicação e trabalho em equipe⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

Estas evidências, consubstanciaram grupos de pesquisas e associações de diferentes profissões em saúde, que vêm identificando e consolidando conhecimentos, atitudes e habilidades para o trabalho em equipe, construindo painéis e matrizes de competências colaborativas que foram desenvolvidas diante das experiências mundiais de EIP, a exemplo do *Canadian Interprofessional Collaborative Health* (CICH) e do grupo norte americano *Interprofessional Education Collaborative* (IPEC). Estes painéis vêm sendo fortemente recomendados como balisadores para a inserção dessas competências nos currículos de formação, possibilitando posterior avaliação do perfil de egressos, para a acreditação das experiências de educação interprofissional⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

O IPEC publicou em 2016 uma atualização do seu painel de competências que está organizado em dois princípios centrais - cuidado orientado a comunidade e população e centrado no paciente/indivíduo e na família; estes, envolvem quatro domínios/competências essenciais - valores/ética para a prática interprofissional; papéis e responsabilidade para a prática colaborativa; comunicação interprofissional; trabalho em equipe interprofissional (Figura 1). Os quatro domínios/competências, elencam 42 sub-competências compreendendo o eixo teórico de cada domínio⁽¹⁹⁾.

Entretanto, a efetividade da EIP no desenvolvimento dessas competências ainda necessita de evidências mais robustas. A literatura recomenda o desenvolvimento de estudos com uma maior qualidade e rigor metodológico em relação a mensuração do desenvolvimento das competências utilizando abordagens metodológicas mistas e complementares⁽¹⁵⁻²²⁾.

Avaliar a efetividade da aprendizagem está entre as necessidades das organizações que investem em Treinamento, Desenvolvimento e Educação (TD&E). A literatura dessa área, indica três importantes categorias como sendo preditoras dos resultados: as características dos treinandos (motivacionais, cognitivas, afetivas, profissionais); do desenho instrucional e da entrega; e do contexto organizacional, (suporte, clima, cultura, antes, durante e após o treinamento)⁽²³⁾.



Figura 1 (tradução nossa) - Princípios, domínios/competências essenciais IPEC*

Considerando esse contexto, este estudo teve como objetivo analisar a percepção e manifestação de competências colaborativas para o trabalho em equipe entre discentes de diferentes formações em saúde que vivenciaram uma experiência de integração no estágio curricular na perspectiva da educação interprofissional. Além disso, contribuir utilizando uma proposta metodológica qualitativa congruente com a proposta da EIP.

Método

Estudo qualitativo, norteado pela pesquisa-intervenção (PI). Nesta estratégia metodológica intervenção e análise se realizam concomitantemente, na medida em que se reflete e problematiza a teoria e a prática, mobilizá-se os atores em um movimento de implicação, levando-os a coletivamente identificar as necessidades de mudança/transformação pessoal e institucional, processo que se alinha com a proposta de reflexão da EIP no que diz respeito a articulação e implicação de diferentes atores macro, meso e micro institucionais para sua implementação e efetivação na readequação do modelo de formação e da prática dos profissionais de saúde^(9-14,24-25).

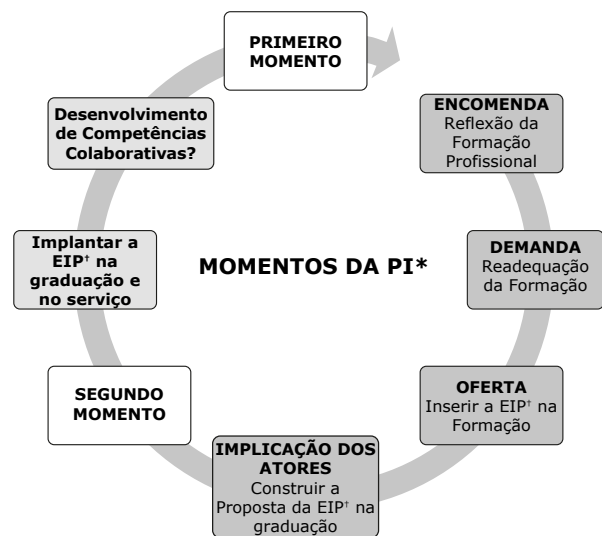
A PI utiliza-se de conceitos específicos objetivando compreender a realidade social estudada, desarticulando as práticas e os discursos instituídos, partindo do processo mobilizador e transformador da realidade⁽²⁶⁻²⁷⁾.

* Interprofessional Education Collaborative⁽¹⁹⁾ - Este documento pode ser reproduzido, distribuído, exibido publicamente e modificado, desde que a atribuição esteja claramente declarada em qualquer trabalho resultante e seja usada para fins não comerciais, científicos ou educacionais - incluindo desenvolvimento profissional - . Se o trabalho foi modificado de qualquer forma, todos os logotipos devem ser removidos.

Esta PI desenvolveu-se em dois momentos sequenciais como descrito na Figura 2.

O desenvolvimento da PI em dois momentos, teve como objetivo mobilizar os diferentes atores (docentes, profissionais de saúde, discentes), implicando-os em um movimento de reflexão e discussão do modelo de formação profissional em saúde envolvendo-os para a construção de uma proposta instrucional coletiva, integrando ensino e serviço, de forma que a implementação nos currículos dos cursos e na prática dos serviços, não acontecesse de forma verticalizada e descontextualizada^(3,9).

O primeiro momento correspondeu a ideação da PI, com a reflexão da prática e do cenário de formação profissional, desencadeando a *encomenda*, seguindo para a *demanda*, à necessidade de readequação do modelo de formação dos profissionais de saúde, tendo como dispositivo estratégico nesta pesquisa, a educação interprofissional. Para atender a essa demanda *ofertou-se* a proposta de inserção da EIP na formação em saúde. Todo esse processo exigiu a mobilização dos diferentes atores institucionais, por meio de reuniões e oficinas resultando como produto final a proposta do módulo integrador do estágio curricular, entre os cursos de graduação em saúde da IES. O segundo momento da PI, correspondeu a experimentação direta da proposta pelos discentes de graduação em saúde. Este artigo analisou este segundo momento da PI.



*Pesquisa Intervenção; †Educação Interprofissional

Figura 2 – Momentos da Pesquisa-Intervenção

Participaram desta PI, 28 discentes da graduação, sendo, quatro do bacharelado em educação física, e seis de cada um dos bacharelados em enfermagem, nutrição, saúde coletiva e seis da licenciatura em ciências biológicas. Estes discentes foram selecionados por meio

de um edital do PET-Saúde Gradua SUS, como bolsistas (12) e voluntários (16), ao qual esta pesquisa estava vinculada. Como critério de inclusão o discente deveria está matriculado no semestre do estágio curricular obrigatório do seu curso, em que a atividade prática ocorresse na Estratégia de Saúde da Família(ESF), no Núcleo de Apoio a Saúde da Família(NASF), para os bacharelados e na Escola de Educação Básica, para as licenciaturas. Esta PI desenvolveu-se no segundo semestre 2016, no primeiro semestre de 2017 e no primeiro semestre de 2018.

Os discentes foram distribuídos em duas equipes multiprofissionais em cada semestre letivo para atuar nos dois cenários de formação prática, localizados em um território de saúde vinculado a IES. Este território foi selecionado, considerando os critérios de integração ensino-serviço local e a adesão ao Programa de Educação pelo Trabalho para à Saúde – PET-Saúde desde 2010.

O módulo integrador do estágio curricular correspondeu a 80 horas por semestre, sendo realizado em um dia fixo na semana nos dois cenários de formação. As atividades das equipes discente multiprofissional, desenvolvidas tanto na ESF/NASF quanto na escola, foram orientadas a seguir como proposta instrucional, os princípios centrais do IPEC(2016)⁽¹⁹⁾, ou seja, desenvolver o cuidado orientado à população/comunidade e centrado nas necessidades do paciente/indivíduo e sua família. Durante o processo de trabalho, os discentes deveriam atuar sempre em equipe multiprofissional, formada por no mínimo dois discentes de diferentes formações. A atividade prática no cenário da ESF iniciou-se com o reconhecimento deste território, de uma microárea e com indicação da equipe da ESF, de três famílias com necessidades complexas.

A equipe discente por meio de visitas domiciliares, iniciou o processo de reconhecimento da área, da micro-área e de vínculo com a família e seus componentes. A partir daí, o processo de trabalho colaborativo foi ativado para a construção do diagnóstico familiar e do plano integrado de cuidados a ser desenvolvido com a família ou com um membro específico. Este plano, era reavaliado quinzenalmente, pela equipe discente junto a família/indivíduo. Todo esse processo foi orientado pelos preceptores (profissionais de saúde da ESF e do NASF) e tutores (docentes da IES) durante as supervisões diretas e indiretas do estágio curricular.

A produção dos dados se deu por meio de três grupos focais realizados com as equipes discente multiprofissional, ao final de cada semestre letivo. Os grupos focais tiveram uma duração média de duas horas e foram mediados pela pesquisadora com o auxílio de

um roteiro de perguntas que contemplava a *estrutura* do módulo integrador (avaliação crítica do estágio integrado) o *processo* (a experiência vivenciada e de como se desenvolveram as atividades em equipe) e os *resultados* (a compreensão dos papéis profissionais e a ação em equipe multiprofissionais junto ao território e a família). A mediadora atuava fazendo ligações e ancoragens entre as falas favorecendo o debate e o livre diálogo entre os discentes. Os grupos focais contaram com um colaborador externo, que atuou como relator, registrando os tópicos e aspectos mais relevantes da discussão, da comunicação não verbal e no controle dos equipamentos de gravação de imagem e voz. Ao final de cada grupo focal, os tópicos e registros foram lidos pelo relator e validado pelos participantes. O registro eletrônico de imagens e falas foram gravados na fimadora *Sony Splashproof exmor R*.

A percepção e manifestação das competências colaborativas, foram apreendidas nos grupos focais, a partir do relato das experiências vivenciadas pelos discentes no módulo integrador do estágio curricular. Os relatos foram organizados por semestre, com seu posterior enquadramento segundo os princípios centrais e os domínios/competências do IPEC(2016)⁽¹⁹⁾ que foram utilizados como eixos temáticos nesta pesquisa.

Para a análise dos relatos, adotou-se as técnicas da pesquisa-intervenção e da leitura compreensiva da hermenêutica dialética⁽²⁴⁻²⁸⁾, buscando compreender em todo o processo, os *analísadores*, que emergiram nas ações e/ou nos discursos, envolvendo o fenômeno estudado à luz dos referenciais teórico-conceituais da formação em saúde e da educação interprofissional.

A estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da IES estudada, CAEE nº 55947616.3.0000.5208, parecer Nº 2.669.748. Preservando o sigilo dos participantes, foram utilizados siglas para designar os discentes de acordo com o curso de graduação: Discente de Enfermagem (DEnf), de Saúde Coletiva (DSC), de Educação Física (DEF), de Nutrição (DNut), de Ciências Biológicas (DCB) e os números indicando a sequência de inserção no estudo.

Resultados

O perfil sócio demográfico dos discentes, revelou que, 93% residiam nos municípios do interior de Pernambuco. A idade média era de 22 anos, cinco eram do sexo masculino e 23 do sexo feminino. A maioria, 22 discentes estavam no último semestre de graduação e 16 tinha alguma experiência anterior, em projetos de extensão na comunidade e no serviço como o (VERSUS) - Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de

Saúde e o (PET-Saúde) - Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, e com o movimento estudantil universitário.

A seguir, são descritos os relatos dos discentes considerando inicialmente, o processo organizacional e o desenvolvimento do módulo integrador do estágio curricular, seguido do enquadramento destes relatos nos princípios, domínios/competências do IPEC, reconhecidos para a prática interprofissional colaborativa e compreendidos como eixos temáticos, nesta pesquisa.

No momento inicial do módulo integrador do estágio curricular, houve certo desconforto com a formação das equipes multiprofissionais composta por um discente de cada formação, especialmente quando percebia-se a inexperiência acadêmica de estudar/atuar com outra formação diferente da sua. *Achei horrível, horrível! Quando falou isso eu olhei assim, pensei e agora, fiquei tenso e assustado, essa oportunidade de trabalhar com outros de saber lidar com outros cursos não temos, eu não tive. Passou pela cabeça em desistir (DCB3).*

Ao longo da experiência, esses desconfortos foram sendo dirimidos, reduzindo o estranhamento com a experimentação da integração. *Antes, a gente era mais separado, né? Tipo, cada um na sua, que pena que vai terminar, eu acho que funcionou bem, assim, a gente conseguiu alcançar os objetivos (DEnf 2). É perceptível hoje, a desenvoltura da equipe, tá melhor que no começo, o que é normal né? (DCB1). Agora eu entendi, depois de todo o processo eu entendi, eu consigo trabalhar melhor e aprendi com a experiência, tá mais tranquilo pra mim, eu consigo ver que tem como trabalhar assim com grupos distintos, porque é muito mais fácil agente trabalhar com pessoas que pensam da mesma forma que a gente né?(DCB 3).*

O momento do estágio curricular, na atenção básica e no ensino básico, foi visualizado como oportuno, permitindo a integração efetiva entre as diferentes formações de saúde e educação. *Quem diria que esse grupo estaria trabalhando assim, porque na universidade não trabalhamos assim, agente nem se vê. As aulas de enfermagem são a tarde, de nutrição e educação física são de manhã, e a gente a noite, não se consegue ter uma junção desses cursos né? De trabalhar junto, de ter uma prática mesmo em equipe, porque no estágio só do seu curso é uma coisa, já aqui é totalmente diferente, e o quanto eu já aprendi aqui é inexplicável (DSC 6). O que ficou mais forte na vivência do estágio foi a parceria, a troca de informação de conhecimento de um curso com outro e poder perceber que de certa forma um complementa o outro, nós estamos ali com conhecimentos diferentes, mas com um propósito único (DNut 4).*

Identificou-se contudo, que a carga horária estabelecida para o módulo integrador do estágio de 80 horas no semestre, deveria ser maior, permitindo

uma maior exposição a experiência integradora. *No início a gente tinha uma visão tão assim da proposta, chegando à metade do estágio foi que realmente eu entendi como seria (DCB 1). Pra mim, eu me senti desfocada, não compreendia o meu papel, agora eu consigo exergar o papel de cada um aqui (DSC 1).*

A manifestação e percepção das competências, foram evidenciadas nos relatos seguintes, descritos sequencialmente nos eixos temáticos estabelecidos para a pesquisa.

Princípios: cuidado orientado na comunidade e centrado no indivíduo, família – princípios centrais que ampliam a visão a cerca das necessidades da comunidade e da família/usuário. *Com as visitas conseguimos ver a complexidade da família, tipo a gente generalizou, viu o social e as outras necessidades (DSC 6). A gente quer focar só naquilo que é da nossa ossada e quando vem os diferentes conhecimentos, a gente vê que consegue alcançar a família de maneira bem mais ampla (DEF 4). Eu acho que tanto a gente consegue atender a família de uma forma mais holística como eles se sentem mais assistidos nesse sentido (DEnf 6). A gente percebe que a saúde engloba tudo, desde o social, o psicológico até realmente o fisiológico, que a gente foca muito na academia, somos condicionados a só pensar na patologia em si e quando vive a realidade da comunidade, no dia a dia, ver que não é só o processo saúde doença tem muita coisa por trás, que transcende muito o que a gente pensa, que vê na faculdade (DSC 6).*

Competência 1 - Valores/ética para a prática interprofissional: Trabalhar com pessoas de outras profissões para manter um clima de respeito mútuo, compartilhar valores, perceber as necessidades reais dos indivíduos. *São diversos olhares profissionais, então o que eu não percebo ela já percebe e quando a gente vem pra Unidade após a visita, pra fazer o plano de cuidados, ai começa a articular, eu pensei em fazer isso, ai já o outro, mas tem isso que eu observei, então, realmente quando junta fica bem mais amplo (DEnf 6). Também não adianta a gente ficar falando essas coisas pra família se ela não tiver interesse em colocar em prática, tem que ter o interesse deles (DNut 6).*

Competência 2 - Papéis e responsabilidades profissionais para a prática colaborativa: reconhece seu próprio papel e de outras profissões para avaliar adequadamente e atender às necessidades de cuidados de saúde dos pacientes. *Eu enquanto enfermeira quero fazer o melhor para aquele paciente, naquela visita, mas, tem coisa que mesmo eu dando o meu melhor, se não tiver outro profissional de outra área, eu posso tentar e fazer um pouco do que ele faz, mas não posso fazer como ele, então assim mais uma vez a importância do trabalho em equipe (DEnf 5). Eu nunca tinha tido a experiência de trabalhar em conjunto com outro profissional, então, eu pude ver a capacidade dela somada com a minha, para o bem-estar do paciente (DEF 4). A gente*

tem concepções erradas, que nutrição é isso, educação física só faz isso, a gente brinca muito na faculdade, educação física é só na quadra, só joga bola, rs, e quando a gente tá assim juntos que vê a importância de cada um e que vai além do que imaginávamos, essa terceira família foi um grande exemplo, eu pensei assim, meu Deus uma senhora acamada, o que vai ter pra ela de atividade física, aí (DEF) na visita deu um show, uma senhora acamada vai fazer mais exercícios do que eu faço, rs, eu não tinha essa visão, não conseguia imaginar tudo que ele colocou em prática (DEnf 6).

Competência 3 - Comunicação interprofissional: comunicar-se com pacientes, famílias, comunidades e profissionais de saúde de forma ágil e responsável, dirimir conflitos interpessoais na equipe, para a promoção, manutenção, prevenção da saúde e tratamento da doença. *Outra coisa que eu percebi é que a gente precisa falar, porque se tem um problema tem que tentar resolver, e só conversando, procurando soluções para o que se quer resolver né? Não adianta a gente ter um problema e não discutir sobre ele. A situação que vivenciamos foi um exemplo disso né?, tivemos que parar e discutir o que estava prejudicando o andamento das ações da equipe (DSC 2).*

A linguagem com o usuário/cliente, é uma competência comunicacional extremamente importante para a integração do indivíduo e da família ao seu próprio cuidado. No relato seguinte evidencia-se que a linguagem precisou ser adequada para a compreensão dos usuários. *Então, pensar em como falar, usar uma linguagem que eles consigam entender, você também vai aprendendo melhor na prática com a realidade do usuário, eu dizia faça assim tipo crucifixo, lembra o que? a senhora vai fazer assim abrir os braços como Cristo na cruz, sempre faço associação, procuro associar com alguma coisa (DEF 3).*

Competência 4 - trabalho em equipe interprofissional: aplicar a relação de construção de valores e da dinâmica da equipe executada eficazmente entre as diferentes profissões, para planejar, ofertar e avaliar os planos de cuidado centrado no paciente/população e envolvendo as diferentes competências. *Após a visita à família, a gente se reúne e vai construir o plano, cada um opina de uma forma geral e com o conhecimento de cada um, e vai construindo para implantar na família (DEnf 6). A gente sai da visita e precisa de um segundo, às vezes terceiro encontro pra planejar o que vai fazer, já em casa, a gente pensa em outras coisas, em melhorar, se comunicava nos outros dias também, não só no dia do estágio, através do whatsApp, foi trocando as ideias (DNut 6). No momento do diagnóstico, tem coisas que no olhar dela ela vê e que por mim tinha passado despercebido, a construção compartilhada, essa multidisciplinaridade do trabalho em conjunto, a importância de construção mesmo, o impacto não poderia ser outro, é positivo porque a intervenção fica bem mais completa (DEnf 3).*

Discussão

O modelo uniprofissional está naturalizado no processo de formação e de trabalho dos profissionais de saúde. A apreensão inicial vivenciada pelos discentes é característica desse modelo de formação disciplinar no qual as competências específicas são amplamente valorizadas^(1,3,6,12-13), levando alguns discentes a apresentarem desconfortos no compartilhamento com outras formações. Tal dificuldade é compreensível, considerando o modelo de formação uniprofissional de todos os envolvidos (discentes, docentes, profissionais dos serviços), no qual oportunidades de atuação e aprendizagem integrada com outras formações são pontuais, ofertadas quase que exclusivamente em atividades extracurriculares⁽²⁹⁻³⁰⁾. Para melhorar a compreensão do modelo, foi percebido que a carga horária do módulo integrador deveria ser ampliada.

A literatura sinaliza a importância de se conhecer as características dos aprendizes, uma vez que seus conhecimentos, implicações e motivações podem influenciar nos resultados⁽²³⁾. O perfil dos discentes, a maioria mulheres jovens, com experiências em projetos anteriores multiprofissionais e envolvidas em movimento político estudantil, revela motivações e implicações destas com propostas instituintes, o que pode ter sido um fator positivo dos resultados.

O momento ideal para a experiência interprofissional não é consenso, alguns autores recomendam no início da graduação, de forma a reduzir estereótipos preconceituosos^(3,12,14-15). Entretanto, há recomendação que aconteça no final da graduação, tendo em vista que as competências específicas de cada formação já estão consolidadas, possibilitando maior interação entre as diferentes formações, que compreendem melhor seu papel profissional e do outro⁽³¹⁾. Todavia, compreende-se que a experiência da educação interprofissional, deve ser oportunizada de acordo com as possibilidades de integração efetiva entre os discentes, considerando as características locais de cada IES^(3,12-15). Nesta pesquisa, o momento do estágio curricular, foi percebido como viável e efetivo para a integração entre as diferentes formações, devido a infra estrutura da IES.

As competências colaborativas, para o trabalho em equipe, foram se materializando nas mútuas interações entre os discentes, indivíduos/família e a comunidade na perspectiva da educação interprofissional. Chama-se atenção para a interrelação entre as competências, não sendo observado manifestação individual e sim a coexistência entre estas, nos relatos analisados.

Segundo a literatura, a centralidade do cuidado no usuário e na comunidade, desenvolve no discente uma

melhor percepção da integralidade do cuidado, onde às necessidades concretas dos usuários/família são apreendidas de forma ética, levando-os a reconhecer e valorizar a necessidade da complementarização dos saberes^(2,5,12,16-17,20).

Os relatos evidenciam que os discentes perceberam as necessidades individuais e coletivas dos indivíduos e da família, partindo da realidade observada. A implementação do plano de cuidado com a integração de saberes e práticas de cada área em torno de um objetivo comum permitiu que estes percebessem a importância da outra profissão, com a complementaridade do fazer de cada um, agregando conhecimentos, aprendendo com e sobre o outro reconhecendo os diferentes papéis profissionais.

Resultados semelhantes, integrando diferentes formações de saúde na prática em comunidade com foco no usuário, foram evidenciados em programas de EIP na graduação em saúde de várias IES no mundo⁽³²⁻³⁴⁾. Revisão sistemática recente, destacou que programas de EIP no qual a atuação em equipe é baseada na prática em serviço, favoreceram o desenvolvimento efetivo da EIP e conseqüentemente das competências colaborativas⁽¹⁶⁾. As características do programa de formação/treinamento é apontado como uma das variáveis preditoras dos resultados, positivos ou negativos, em diversos programas de TD&E⁽²³⁾.

Desenvolver atitudes altruístas está relacionada com o senso de implicação, de se colocar no lugar do outro⁽³⁵⁾, a proposta de centrar o olhar na realidade da família estimulou o deslocamento do foco do cuidado especializado para o cuidado ampliado, como prevêem os pesquisadores⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Nos relatos apresentados, os discentes percebem a necessidade do usuário para além de sua competência específica, desenvolvendo a compreensão do papel social que o profissional de saúde deve ter, como destacam os painéis do CICH e do IPEC⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

A competência valores e ética para a prática interprofissional colaborativa, também evidencia-se ao focar o cuidado conforme os princípios centrais do IPEC⁽¹⁹⁾. O ensino baseado na prática em equipe, desperta no futuro profissional a percepção de seu papel ético social⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, semelhante ao que foi evidenciado nos relatos desta pesquisa. A experiência em equipe multiprofissional na prática da atenção primária por meio da visita domiciliar, permitiu o compartilhamento de perspectivas e a percepção sobre o contexto social em que vive as famílias, favorecendo a construção do plano integrado de cuidados eticamente centrado nas necessidades encontradas e na capacidade de envolvimento e interesse da família. Estudos

semelhantes onde o trabalho das equipes discentes centram no cuidado ao usuário, evidenciam que há uma maior percepção dos estudantes para além de duas competências específicas^(12,32-34).

O reconhecimento dos papéis e responsabilidades para a prática colaborativa, foi evidenciado em diversos relatos dos discentes desta pesquisa. O desenvolvimento do respeito pelo outro profissional em formação a partir da experiência de aprender junto, favorece a quebra de estereótipos^(16,32-34,36-38). Nos relatos dos discentes, a percepção dos papéis profissionais, de si, e do outro esteve presente corroborando com a proposta formativa da EIP⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ e com os estudos que evidenciaram o desenvolvimento dessa competência nas interrelações entre as diferentes formações^(12-19,29-34,36-38).

Não ultrapassar a barreira das competências específicas, foi evidenciada nos relatos, onde a discente demonstra compreender que a especificidade é exclusiva, no entanto, orientações gerais e genéricas podem ser compartilhadas e desenvolvidas por todos. Dados semelhantes corroboram esse achado nos quais o cuidado integral aos usuários e suas famílias são ampliados e otimizados pela equipe interprofissional^(18-19,36-38).

Saber dialogar, expressar-se de forma que não crie mal-estar ou mal-entendidos, é fundamental para minimizar conflitos no ambiente de trabalho. A competência comunicacional, configura-se como uma das mais importantes para o trabalho colaborativo em equipe, e tal habilidade exige bom senso, experiência e o desenvolvimento em paralelo de atitudes como respeito, confiança e união no interior das equipes⁽³⁹⁻⁴²⁾.

A comunicação interprofissional, é imprescindível para a colaboração, e está presente nas interações profissional-profissional, profissional-usuário/família, sendo necessária para desenvolver uma comunicação efetiva e compreensível nos diferentes espaços de atuação, bem como na resolução de conflitos promovendo a harmonia na equipe⁽⁴⁰⁻⁴²⁾. Saber falar, saber ouvir e saber respeitar as diferenças foi uma atitude vivenciada pelos discentes durante o módulo integrador do estágio curricular.

A situação de conflito destacada no relato discente, esteve relacionada às relações interpessoais e fez com que se instalasse um clima de tensão no interior da equipe, sendo necessária a mobilização de atitudes e habilidades comunicativas para sua resolução. O discente de graduação em saúde coletiva, destacou-se apresentando iniciativa para a condução da situação conflituosa, possivelmente devido a seu perfil profissional. Lidar com conflitos identificando uma melhor solução, é uma sub-competência do domínio de comunicação interprofissional destacada tanto no painel

do IPEC(2016) como no do grupo canadense CICH, para a resolução de conflitos nas equipes⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

Ainda no domínio da comunicação, a interação com os usuarios, aprender a se comunicar com este, utilizando uma linguagem popular aproximando-se de sua realidade cultural, foi percebida pelos discentes como necessária para conseguir estabelecer uma comunicação efetiva e compreensível com a família e os usuários, corroborando com estudos que destacam essa importância⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

A competência trabalho em equipe interprofissional, que aborda a dinâmica e o funcionamento em equipe, agregando as demais competências, interrelacionando-as, desenvolve-se segundo a literatura, ao longo da formação e na prática contínua da colaboração interprofissional, em um progressivo processo de apreensão e compartilhamento de objetivos comuns^(3,14-15,18-19,43-44).

A dinâmica do trabalho em equipe foi sendo vivenciada e construída durante os encontros com os usuários, percebeu-se nos relatos discentes que aprender a trabalhar junto foi produzindo-se mutuamente nas ações colaborativas. Esses processos foram exercitados em todas as ações das equipes, nos diferentes cenários e famílias. Essas experiências potencializaram a aprendizagem e a integração dos discentes, sendo observada a EIP acontecendo também fora dos cenários de intervenção, permitindo o contínuo compartilhamento de idéias por meio das redes sociais, semelhante a outros estudos^(3,15).

A ação colaborativa dos discentes desenvolveu-se na integração dos diferentes saberes e práticas para a construção do plano integrado de cuidados, compartilhando-se as competências comuns e específicas, sendo percebido a manifestação das competências colaborativas de forma processual e crescente no período do módulo integrador do estágio curricular nas diferentes equipes discente multiprofissionais. Percebeu-se uma melhor desenvoltura das equipes no território, com o amadurecimento da experiência no período estudado. Observou-se ainda, nos relatos e nas equipes discente multiprofissionais, que o discente de enfermagem assume de forma frequente o papel de liderança da equipe, sendo esse papel reconhecido e permitido pelos colegas.

Fatores relacionados ao contexto local foram limitantes para o desenvolvimento do módulo integrador do estágio curricular. A alta demanda por campo de prática na ESF/NASF pelas IES públicas e privadas do município prejudicou o início comum dos estágios havendo diferenças na entrada dos discentes no campo de prática. Ainda, a influência política local e o vínculo

precário dos profissionais da rede de saúde, ocasionaram mudanças frequentes de preceptores, sendo necessária nova sensibilização e implicação.

Conclusão

O estudo identificou percepções e manifestações das competências colaborativas para o trabalho em equipe nos relatos dos discentes das diferentes formações em saúde, que vivenciaram a experiência de educação interprofissional durante o módulo integrador do estágio curricular.

Esta pesquisa também contribuiu para corroborar a viabilidade da proposta institucional de EIP nos projetos pedagógicos, para a inserção do módulo integrador, na matriz curricular de cada curso de graduação em saúde na realidade estudada, onde a PI foi uma estratégia metodológica significativa para a implicação e envolvimento dos diferentes atores sociais.

Agradecimentos

Aos Gestores do Centro Acadêmico de Vitória/ Universidade Federal de Pernambuco e da Gestão Municipal de Saúde e da Educação de Vitória de Santo Antão – PE, aos docentes/tutores, preceptores/profissionais de saúde e da escola e aos discentes de graduação e do ensino fundamental. Agradecimento especial a professora. Dra. Maria Cílicia de Carvalho Ribas que iluminou o caminho na pesquisa-Intervenção.

Referências

1. Ellery AEL. Interprofessional learning and practice in Family Health Strategy: conditions of possibility for integration of knowledge and interprofessional collaboration. *Interface Comun Saúde Educ.* 2014; 18(48): 213-5. [cited Abr 8 2016]; Available in: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014000100213&script=sci_arttext&tlng=en DOI. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0387>
2. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACC, Silva J, Souza GC. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 47(4): 977-83. [cited Abr 8 2016]; Available in: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0977.pdf> DOI: 10.1590/S0080-623420130000400029.
3. Costa MV. The interprofessional education in Brazilian context: some reflections. *Interface Comun Saúde Educ.* 2016; 20(56):197-8. [cited Abr 8 2016]; Available in: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&>


- id=S141432832016000100197&lng=en. DOI. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>
4. Almeida RGS, Silva CBG. Interprofessional Education and the advances of Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2019; 27:e3152. [cited Jun 15 2019]; Available in: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692019000100700&lng=en&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3148-3152>.
 5. Agreli H, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2016; 20 (59): 905-16. [cited Jun 15 2017]; Available in: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400905 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>
 6. Frenk J, Lincoln C, Zulfiqar A, Bhutta JC, Nigel C, Timothy E, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010; 376 (9756):1923-58. [cited Jun 15 2015]; Available in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21112623> DOI: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
 7. World Health Organization. Learning together to work together for health: report of a WHO Study Group on multiprofessional education of health personnel: the team approach. Geneva: World Health Organization. [Internet]. 1998 [cited Nov 8, 2018]; (Technical report series, vol. 769). 72p. Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/37411/>
 8. Yan J, Gilbert J, Hoffman S. WHO announcement – study group on interprofessional education and collaborative practice. *J Interprof Care*. 2007;21(6):588-9. doi: 10.1080/13561820701775830.
 9. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. [Internet]. 2010 [cited Set 3, 2018]; Available from: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/
 10. Delors J. Education: the necessary utopia in learning: the treasure within; report to UNESCO of the International Commission on Education for the Twenty-first Century (highlights) [Internet]. 1996; 11-33. [cited Nov 8, 2018]; Available from: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000109590>
 11. Fleury MTL, Fleury A. Construindo o conceito de competência. [Internet]. 2001 [cited Aug 4, 2018]; 183-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rac/v5nspe/v5nspea10.pdf/>
 12. Batista NA, Rossit RAS, Batista SHSS, Silva CCB, Uchôa-Figueiredo LR, Poletto PR. Interprofessional health education: the experience of the Federal University of Sao Paulo, Baixada Santista campus, Santos, Brazil. *Interface Comunic Saúde Educ*, 2018; 22(2):1705-15. [cited Jul 15, 2019]; Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/en_1807-5762-icse-22-s2-1705.pdf doi: 10.1590/1807-57622017.0693.
 13. Ely LI, Toassi RFC. Integration among curricula in Health professionals' education: the power of interprofessional education in undergraduate courses. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2018; 22(2):1563-75. [cited Jul 15, 2019]; Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/en_1807-5762-icse-22-s2-1563.pdf DOI: 10.1590/1807-57622017.0658
 14. Barr H. Interprofessional education: the genesis of a global movement. Centre for Advancement of Interprofessional Education. [Internet]. 2015 [cited Aug 4, 2018]; Available from: <https://www.caipe.org/resources/publications/barr-h-2015-interprofessional-education-genesis-global-movement/>
 15. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface Comunic Saúde educ*. 2016;20(56):185-96. [cited Mai 5, 2017]; Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-20-56-0185.pdf> DOI:10.1590/1807-57622014.0092/
 16. Riskiyana R, Claramita M, Rahayu GR, Riskiyana R. Objectively measured interprofessional education outcome and factors that enhance program effectiveness: A systematic review. *Nurse Educ Today*. 2018;66:73-8. [cited Jun 15, 2019]; doi: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.04.014>
 17. Salman YG, Hugh B. The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. *Kaohsiung J Med Sci*. 2018;34:160-5. [cited Jun 15, 2019]; doi: <https://doi.org/10.1016/j.kjms.2017.12.009>
 18. Canadian interprofessional health collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. College of Health Disciplines, University of British Columbia. [Internet]. 2010 [cited Nov 7, 2018]; Available from: <http://www.cihc.ca>
 19. Interprofessional Education Collaborative. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative. [Internet]. 2016 [cited Nov 10, 2018]; Available from: https://aamc-meded.global.ssl.fastly.net/production/media/filer_public/70/9f/709fedd7-3c53-492c-b9f0-b13715d11cb6/core_competencies_for_collaborative_practice.pdf
 20. Fiona K, Jennifer LK. Interprofessional education in primary health care for entry level students – A systematic literature review. *Nurse Educ Today*.

- 2015;35:1221-31. [cited Jun 15, 2019]; doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.05.005>
21. Memoona H, Valerie G, Mary K, Elizabeth P, Annette LV, Anders K. Development and validation of a tool to assess self-efficacy for competence in interprofessional collaborative practice. *J Interprof Care* 2017;31(2):255-62. [cited Jun 15, 2019]; doi: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2016.1249789>
22. Valentina B, Jeanne ME, Leslie B, John AO, Shannon MT, Mark RC. Measuring the impact of clinically relevant interprofessional education on undergraduate medical and nursing student competencies: A longitudinal mixed methods approach. *J Interprof Care*. 2016; 30(4): 448-57. [cited Jun 18, 2019]; doi: <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2016.1162139>
23. Araújo, MCSQ, Abbad, GS, Freitas, TR. Qualitative training evaluation. *Rev. Psicol. Organ. Trab.* 2017; 17(3): 171-9. [cited Jun 10, 2017]; Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v17n3/v17n3a06.pdf> doi: <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2017.3.13089>
24. Rocha ML, Aguiar KF. Participatory action research and the production of new analysis. *Psicol Ciênc Prof.* 2003;23(4):64-73. [cited Mai 10, 2016]; Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-9893200300400010&script=sci_abstract doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932003000400010>.
25. Paulon SM, Romagnoli RC. Intervention-research and cartography: methodological issues. [Internet]. 2010, 10(1):85-102 [cited Set 9, 2018]. Available from: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a07.pdf>
26. Rocha ML, Psicologia e as práticas institucionais: A pesquisa-intervenção em movimento. *Psicologia*. 2006; 37(2);169-74. [cited Jun 9, 2016]. Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/1431>
27. Rossi A, Passos E. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. *Rev EPOS*. 2014; 5(1):156-81. [cited Jun 9, 2016]. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2178
28. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12ªed. São Paulo: Hucitec; 2010.
29. Batista NA, Batista SHSS, Rossit RAS. Interprofessional formation in health: preparing professional for team work and integrality of care. [Internet]. 2013 [cited Nov 10, 2018]. Available from: <http://www.nutes.ufjf.br/abrapec/ixenpec/atas/resumos/R1458-1.pdf> /
30. Rossit R, Batista SH, Batista NA. Formação para a integralidade no cuidado: potencialidades de um projeto interprofissional. [Internet]. 2014 [cited Nov 10, 2018]. 3(1) 727-37. Available from: <https://journals.epistemopolis.org/index.php/hmedicas/article/view/1169/727>
31. Gilbert JH. Interprofessional learning and higher education structural barriers. *J Interprof Care*. 2005 May;19(1): 87-106. Doi: 10.1080/13561820500067132.
32. Mcnair R, Stone N, Sims J, Curtis C. Australian evidence for interprofessional education contributing to effective teamwork preparation and interest in rural practice. *J Interprof Care*. 2005 Dec;19(6) 579-94. Doi: 10.1080/13561820500412452.
33. Sohma H, Sawda I, Konno M, Akashi H, Sato TJ, Maruyama T, et al. Encouraging appreciation of community health care by consistent medical undergraduate education. In: Watanabe H, Koizumi M, editors. *Advanced initiatives in interprofessional education in Japan*. Tokyo: Springer; 2010; p. 1-12. Doi: 10.1007/978-4-431-98076-6_1.
34. Waggie F, Laattoe N. Interprofessional exemplars for health professional programmes at a South African university. *J Interprof Care*. 2014;28(4):368-70. Doi: 10.3109/13561820.2014.891572.
35. L'abbate S. Análise Institucional: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na saúde coletiva. [Internet]. 2012; 8(1):194-219. [cited Nov 10, 2018]. Available from: https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=An%C3%A1lise+Institucional+e+Interven%C3%A7%C3%A3o:+breve+refer%C3%A2ncia+%C3%A0+sua+g%C3%AAnese+social+e+hist%C3%B3rica+de+uma+articula%C3%A7%C3%A3o+e+sua+aplica%C3%A7%C3%A3o+na+Sa%C3%BAd+Coletiva&author=L%27Abbate+S&publication_year=2012&journal=Mnemo sine&volume=8&issue=1&pages=194-%20219 .
36. Capozzolo AA, Casetto SJ, Nicolau SM, Junqueira V, Gonçalves DC, Maximino VS. Interprofessional education and provision of care: analysis of an experience. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2018; 22(2):1675-84. [cited Jul 10, 2019]. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/en_1807-5762-icse-22-s2-1675.pdf doi: 10.1590/1807-57622017.0679
37. Baker L, Egan-Lee E, Martimianakis MA, Reeves S. Relationships of power: Implications for interprofessional education. *J Interprof Care*. 2011; 25(2): 98-104. Doi: 10.3109/13561820.2010.505350.
38. Macdonald MB, Bally JM, Ferguson LM, Lee MB, Fowler-Kerry SE, Anonson JM. Knowledge of the professional role of others: a key interprofessional competency. *Nurse Educ Pract*. 2010; 10: 238-42. doi: 10.1016/j.nepr.2009.11.012.
39. Luetsch K, Rowett D. Developing interprofessional communication skills for pharmacists to improve their ability to collaborate with other professions.

- J Interprof Care. 2016; 30(4):458-65.doi: 10.3109/13561820.2016.1154021.
40. Brock D, Abu-Rish E, Chiu CR, Hammer D, Wilson S, Vorvick L, et al. Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *BMJ Qual Safety*. 2013; 22(5):414-23. doi:10.1136/bmjqs-2012-000952.
41. Previato GF, Baldissera VDA. Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2018, 22(2):1535-47. [cited Jun 15 2019]; doi: 10.1590/1807-57622017.0647
42. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(2):16-24. [cited Jun 15 2019];doi: 10.1590/S0080-623420150000800003.
43. Barr H, Low H. Principles of interprofessional education. [internet]. 2011 [cited Nov 10, 2018]; Available from: <https://www.caipe.org/resources/publications/barr-low-2011-principles-interprofessional-education/>
44. Xyrichis A, Lowton K. Teamwork: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 2008;61(2) 232-41. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x.

Recebido: 27.11.2018

Aceito: 23.09.2019

Autor correspondente:
Ana Wlândia Silva de Lima
E-mail: anawladia.lima@ufpe.br
 <https://orcid.org/0000-0002-4109-888X>

Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.