

Barreiras para a preceptoria na Educação Interprofissional: uma revisão integrativa

Barriers to preceptorship in Interprofessional Education:
an integrative review

Barreras a la preceptoria en la Educación Interprofesional:
una revisión integradora

Camila Mendes da Silva Souza (<https://orcid.org/0000-0003-4708-0733>)¹

Amanda Cristine Moraes de Oliveira (<https://orcid.org/0000-0003-2918-0626>)¹

Valéria Marli Leonello (<https://orcid.org/0000-0003-0557-484X>)¹

Resumo A preceptoria na Educação Interprofissional (EIP) ocorre quando o preceptor facilita o aprendizado de estudantes de diferentes profissões sobre o cuidado na perspectiva interprofissional e colaborativa. Objetivou-se identificar as barreiras relacionadas à preceptoria na EIP. Esta revisão integrativa procurou artigos empíricos em busca sistemática compreensiva em oito bases de dados. Os dados foram extraídos em instrumento validado, e a análise identificou barreiras dos níveis micro, meso e macro dos sistemas educacional e profissional. Nos 17 estudos, identificaram-se 10 barreiras no nível micro, como a falta de formação, resistência ao trabalho interprofissional e disponibilidade pessoal e profissional para EIP e PIC (Prática Interprofissional Colaborativa); 13 barreiras no nível meso, que inclui conciliar a demanda do serviço com a preceptoria, poucas oportunidades de trabalho interprofissional e sobrecarga de trabalho; e cinco barreiras no nível macro, envolvendo a falta de remuneração, o modelo de atenção centrado na doença e o predomínio da formação uniprofissional. As barreiras refletem a complexidade da preceptoria interprofissional, que é fundamental para a formação dos estudantes para a EIP e a integração da PIC no trabalho.

Palavras-chave Preceptoria, Educação interprofissional, Relações interprofissionais, Sistema Único de Saúde

Abstract Preceptorship in interprofessional education (IPE) occurs when the preceptor facilitates the learning of students from different programs about care from an interprofessional and collaborative perspective. The aim was to identify the barriers related to preceptorship in IPE. This integrative review searched for empirical articles in a comprehensive systematic search in eight databases. The data was extracted using a validated instrument and the analysis identified barriers at the micro, meso, and macro levels of the educational and professional systems. In the 17 studies, 10 barriers were identified at the micro level, such as lack of training, resistance to interprofessional work, and personal and professional availability for IPE and PIC; 13 barriers at the meso level, which include reconciling the demands of the service with preceptorship, few opportunities for interprofessional work and work overload; and five barriers at the macro level, involving lack of remuneration, the disease-centered care model and the predominance of uniprofessional education. The barriers reflect the complexity of interprofessional preceptorship, which is fundamental for training students for interprofessional education and integrating IPE into the workplace.

Keywords Preceptorship, Interprofessional education, Interprofessional Relations, Unified Health System

Resumen La preceptoria en educación interprofesional (EIP) ocurre cuando el preceptor facilita el aprendizaje de estudiantes de diferentes profesiones sobre el cuidado desde una perspectiva interprofesional y colaborativa. El objetivo fue identificar las barreras relacionadas con la tutoría en EIP. Esta revisión integradora buscó artículos empíricos en una búsqueda sistemática integral en ocho bases de datos. Los datos se extrajeron utilizando un instrumento validado y el análisis identificó barreras en los niveles micro, meso y macro de los sistemas educativos y profesionales. En los 17 estudios se identificaron 10 barreras a nivel micro, como falta de capacitación, resistencia al trabajo interprofesional y disponibilidad personal y profesional para EIP y PIC; 13 barreras en el nivel meso, que incluyen conciliar las demandas de servicio con la tutoría, pocas oportunidades de trabajo interprofesional y sobrecarga de trabajo; y cinco barreras a nivel macro, que involucran la falta de remuneración, el modelo de atención centrado en la enfermedad y el predominio de la formación uniprofesional. Las barreras reflejan la complejidad de la preceptoria interprofesional, fundamental para la formación de los estudiantes en EIP y la integración del PIC en el trabajo.

Palabras clave Preceptoría, Educación interprofesional, Relaciones interprofesionales, Sistema Único de Salud

¹Universidade de São Paulo (USP). Av. Dr. Enéas Carvalho de Aguiar, 419, Cerqueira César, 05403-000. São Paulo, SP, Brasil. camila_mendes@usp.br

Introdução

O reconhecimento mundial do trabalho interprofissional e colaborativo para enfrentar as necessidades de saúde das populações tornou-se mais evidente após a pandemia da Covid-19 nos sistemas de saúde e educacional¹. Estimula-se o fortalecimento da Prática Interprofissional Colaborativa (PIC) para um cuidado em saúde integral e centrado nos usuários². A colaboração depende de fatores como identidade de equipe compartilhada, clarificação dos papéis profissionais, interdependência das ações, integração, responsabilidade e atividades definidas em equipe³. Para o desenvolvimento da PIC é crucial o apoio institucional, ambiente de trabalho e cultura favoráveis².

A Educação Interprofissional (EIP) é a abordagem de ensino que possibilita formar profissionais para a PIC²; portanto, há uma interdependência entre a PIC e a EIP⁴. A EIP ocorre quando “estudantes de duas ou mais profissões aprendem juntos, entre si, a partir e sobre o outro, visando aprimorar a colaboração e a qualidade do cuidado e dos serviços”⁵ (p. 1). Difere da educação multiprofissional, na qual estudantes de diferentes profissões aprendem lado a lado, sem a articulação dos saberes e das práticas⁶.

A prática nos serviços é essencial para desenvolver competências colaborativas¹. No Brasil, as Diretrizes Curriculares (DCN) reforçam a necessidade de uma formação voltada para o trabalho em saúde, numa perspectiva colaborativa e interprofissional, e o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade mediante a inserção do estudante no Sistema Único de Saúde (SUS)⁷.

A preceptoría é uma abordagem de ensino-aprendizagem que ocorre nos serviços, intermediada por um profissional de saúde vinculado ao serviço. O preceptor acompanha o estudante enquanto desempenha suas funções cotidianas, sendo o responsável por aproximá-los da realidade dos serviços e das necessidades dos usuários⁸.

A preceptoría é vista como complexa, pois envolve múltiplas funções, como orientação, apoio, compartilhamento de experiências, facilitação e avaliação do processo ensino-aprendizagem⁸.

Possui impactos positivos na aprendizagem do estudante e pode fornecer contribuições importantes para o sistema de saúde a partir das experiências desenvolvidas junto à comuni-

dade^{9,10}. Em consonância, a EIP nos cenários de prática desenvolve competências para trabalhar em equipe, melhora a compreensão dos papéis profissionais e promove espaços de troca com os usuários¹¹.

Como a formação em saúde é predominantemente uniprofissional, a preceptoría mais reconhecida é aquela na qual o preceptor acompanha estudantes de uma mesma área profissional. De forma distinta, a preceptoría interprofissional ocorre quando o preceptor atua intencionalmente com estudantes de diferentes profissões, integrando práticas e saberes das diferentes áreas profissionais em prol do cuidado integral¹². O preceptor se torna um facilitador que oportuniza aos estudantes aprender a partir de sua própria experiência e de outras experiências do serviço. Ressalta-se que a EIP não substitui o ensino uniprofissional, mas o complementa².

O preceptor interprofissional articula elementos da PIC e EIP¹³, ao propiciar que os estudantes aprendam juntos, entre si, a partir e sobre o outro, enquanto prestam o cuidado com foco nas necessidades dos usuários, podendo ser em conjunto com outros profissionais do serviço e das Redes de Atenção à Saúde (RAS). “Se reconhece na proposta de EIP a relação recíproca de mútua influência entre educação e atenção à saúde, sistema educacional e sistema de saúde” (p. 200)¹⁴.

A literatura sobre a preceptoría na EIP enfatiza os estudantes em sala de aula ou simulação^{15,16}. Há estudos que abordam as melhores práticas para os preceptores¹⁶, enquanto outros analisam propostas de formação para preceptores na EIP, demonstrando resultados positivos¹⁷. No entanto, os preceptores se sentem mais preparados para orientar estudantes de sua própria profissão do que de outras áreas de saúde¹⁸, tornando a preceptoría interprofissional desafiadora¹⁹. Ademais, poucos são os profissionais de saúde que foram expostos à EIP durante a sua formação²⁰.

No Brasil, experiências de preceptoría na EIP foram estimuladas por políticas indutoras de mudanças na formação em saúde, promovidas pelo Ministério da Saúde (MS) no início dos anos 2000. Dentre elas, destaca-se a nona edição do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde 2019-2021), que fomentou 900 projetos baseados nos pressupostos teórico-metodológicos da EIP e PIC. Participam de cada projeto graduandos; docentes das universidades com função de tutor, que orientam sobre

as vivências no serviço e guiam a produção de conhecimento; e os preceptores²¹. Além disso, as residências multiprofissionais são reconhecidas na literatura por promoverem a EIP e PIC, embora muitos dos seus projetos político-pedagógicos não as explicitem²².

Neste estudo, objetivou-se identificar as barreiras relacionadas à preceptoria na EIP, evidenciadas pela literatura científica, com vistas a contribuir para o campo teórico e científico ao examinar a preceptoria na EIP como um fenômeno em constante interação com os sistemas educacional e profissional, sendo suscetível a diversas barreiras do cotidiano do serviço e do ensino, que obstaculizam a continuidade da preceptoria. O estudo tem como propósito de identificar as barreiras relacionadas à preceptoria na EIP com a finalidade de contribuir para melhor compreensão da complexidade da preceptoria na EIP, que envolve a organização do trabalho e os modelos de atenção à saúde e de ensino.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa desenvolvida nas etapas²³: (1) identificação do problema; (2) busca na literatura; (3) avaliação dos dados; (4) análise dos dados; e (5) apresentação. O protocolo foi registrado na plataforma *Open Science Framework* (OSF), com número de doi 10.17605/OSF.IO/7WG6U. O *checklist Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) 2020 e a expansão PRISMA-literature search extension (PRISMA-S) contribuíram para a redação deste estudo.

A questão norteadora foi definida por meio da estratégia PICO, onde P (população) – preceptores; I (fenômeno de interesse) – barreiras; e Co (contexto) – educação interprofissional, originando a questão: quais as barreiras dos preceptores na educação interprofissional?

Foram incluídos estudos revisados por pares quantitativos, qualitativos e de métodos mistos, publicados nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordaram barreiras para a preceptoria na EIP. Foram excluídos estudos indexados repetidamente nas bases de dados, literatura cinzenta e estudos que abordaram *coach*, mentores e instrutores clínicos, papéis diferentes de um preceptor. O período de publicação dos estudos não foi delimitado.

Uma busca abrangente em oito bases de dados foi realizada no dia 07/12/22 e atualizada em 23/01/23. O detalhamento da busca,

incluindo estratégias e bases de dados, pode ser verificado no protocolo.

Os estudos duplicados foram removidos, e a triagem foi operacionalizada no Rayyan, por pares às cegas, de forma independente, pelas revisoras (CMSS e ACMO), sendo as discordâncias resolvidas com a terceira revisora (VML). Realizou-se leitura criteriosa completa do título e resumo, seguida da leitura do texto na íntegra.

Os dados foram coletados pelas revisoras CMSS e ACMO de forma independente, e armazenados em instrumento validado por duas juízas com *expertise* no campo da EIP e preceptoria no Brasil. Alterações e sugestões de aprimoramento identificadas pelas juízas foram incorporadas ao instrumento. As informações relacionadas no instrumento foram autores, ano, país, idioma, título, objetivo, tipo de estudo, categorias profissionais dos preceptores, categorias profissionais dos estudantes, nível educacional, barreiras para a preceptoria interprofissional e responsável (*stakeholder*) pela barreira. Os dados foram extraídos por pares pelas autoras CMSS e ACMO com discussão contínua ao longo do processo. Durante a leitura na íntegra, as barreiras que intervieram na preceptoria durante a EIP ou que retrataram uma dificuldade na sua continuidade foram extraídas para a análise.

A avaliação da qualidade metodológica dos estudos foi realizada a partir de instrumento²⁴ formado por nove critérios que são avaliados em uma escala de 1 a 4, sendo: 4 – “ótimo”; 3 – “bom”; 2 – “pobre”; e 1 – “muito pobre”. A pontuação mínima total para cada estudo é 9 (muito pobre) e a máxima é 36 (ótimo). Uma pontuação igual ou inferior a 18 pontos (50% do total) indica uma qualidade pobre ou muito pobre.

A análise dos dados foi conduzida por meio da redução dos dados, exibição de dados, comparação de dados, desenho de conclusões e verificação para a análise²³. O *software* Atlas.ti web foi utilizado para a organização dos dados e codificação das barreiras.

Cada barreira foi categorizada nos níveis micro, meso e macro do *Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice Framework* (IECPCP)⁴, proposto para visualizar os fatores e suas relações existentes entre o mundo do trabalho e ensino, no âmbito da EIP e PIC. Os fatores podem atuar como barreiras ou catalisadores⁴, sendo que, nesta revisão, optou-se por identificar apenas as barreiras, que foram categorizadas nos três níveis (Figura 1).

Resultados e discussão

Do total de 508 estudos identificados nas bases de dados, 17 foram selecionados para esta revisão, conforme a Figura 2.

Na Tabela 1 observa-se que a maioria dos estudos foram classificados com ótima e boa qualidade metodológica. A fim de se ter maior compreensão das barreiras, nenhum estudo foi excluído nesta etapa.

No Quadro 1 é possível observar os 17 estudos desta revisão publicados entre os anos de 2001 e 2022, conduzidos no Brasil, Estados Unidos (EUA), Canadá e Austrália, e publicados nos idiomas português e inglês.

Características da preceptoria na EIP

Nos estudos identificados, a preceptoria ocorre com graduandos e residentes envolvendo 14 cursos e preceptores de 10 áreas profissionais. Os cursos mais prevalentes foram enfermagem, medicina, fisioterapia e serviço social, enquanto as áreas prevalentes de preceptores foram enfermagem, medicina, nutrição e serviço social. Enfermagem e medicina são as profissões mais engajadas na EIP, seguidas pela fisioterapia, terapia ocupacional, farmácia, nutrição, serviço social, odontologia, parteira e fonoaudiologia⁴⁰. A composição das equipes de estudantes e preceptores priorizou a garantia da representatividade das profissões.

A preceptoria ocorreu em diversos cenários de saúde, sendo que a prevalência foi no âmbito da APS. Ela é reconhecida por favorecer o desenvolvimento da EIP em diversos países, incluindo o Brasil, por melhorar a integração entre as áreas profissionais⁴¹ e promover uma configuração de trabalho interprofissional⁴². A literatura respalda a sólida integração da EIP com a APS e o SUS^{14,42,43}, pois os fundamentos da EIP subsidiam o conceito ampliado de saúde e integralidade no cuidado, por meio do cuidado holístico. Da mesma forma, os princípios e as diretrizes do SUS são bases sólidas para a EIP e PIC⁴³. Essa sinergia entre os fundamentos da EIP e os princípios norteadores do SUS cria um ambiente propício para a implementação bem-sucedida de práticas interprofissionais centradas no usuário, fortalecendo, assim, a qualidade dos serviços de saúde prestados.

Identificaram-se 28 barreiras para a preceptoria na EIP que podem ser observadas no Quadro 2.

Barreiras da preceptoria na EIP: nível micro

A falta de formação foi a barreira mais destacada pelos estudos científicos. Os preceptores sentem despreparo pedagógico para recepcionar os estudantes, conduzir as atividades no serviço²⁵, ensinar conceitos interprofissionais³⁸, elucidar o papel e as contribuições de profissionais de outras áreas³⁵, facilitar EIP com profissionais e estudantes, usar metodologias ativas, assim como planejar e avaliar as atividades educativas³⁹.

Preceptores são 1,5x mais propensos a indicar que se sentem menos preparados para o ensino de EIP do que docentes³⁸. Essa necessidade é resultante da falta de formação acadêmica, pós-graduação ou educação permanente que integre a EIP e preceptoria³⁹. Os preceptores afirmam que sua formação curricular teve enfoque nas especialidades e no ensino fragmentado, e que têm pouca aproximação com o ambiente de ensino³⁹. Ou seja, o modelo de formação uniprofissional (nível macro) afeta a formação de preceptores para a EIP. Com poucas oportunidades de formação, há preceptores com diferentes níveis de conhecimento e engajamento em uma mesma iniciativa de EIP, gerando discrepâncias no ensino entre os cenários de prática²⁷.

No âmbito da avaliação, observa-se que ela ocorre de forma verticalizada, com pouca interação e diálogo com os estudantes. Essa avaliação também carece de estímulo à análise crítica e reflexiva do que foi vivenciado, bem como ao reconhecimento dos aspectos que o estudante necessita para melhor desenvolvimento^{26,31}.

Ao correlacionar a sobrecarga de trabalho no nível institucional (meso), decorrente da alta demanda dos atendimentos individuais ambulatoriais na Unidade Básica de Saúde (UBS)³⁹, com a fragilidade formativa centrada na abordagem técnico-curativista (macro), emergem outras barreiras no nível micro: a resistência para o trabalho interprofissional; a frágil disponibilidade pessoal e profissional para EIP e PIC, que influencia o cumprimento da carga horária das matrizes curriculares e continuidade da EIP²⁷; o desconhecimento sobre os papéis dos demais profissionais^{29,32,35} e, consequentemente, o não reconhecimento dos estudantes enquanto integrantes da assistência³², uma vez que há a falta de compreensão sobre o papel do residente²⁶; a dificuldade dos preceptores em mediar as relações interpessoais, elemento

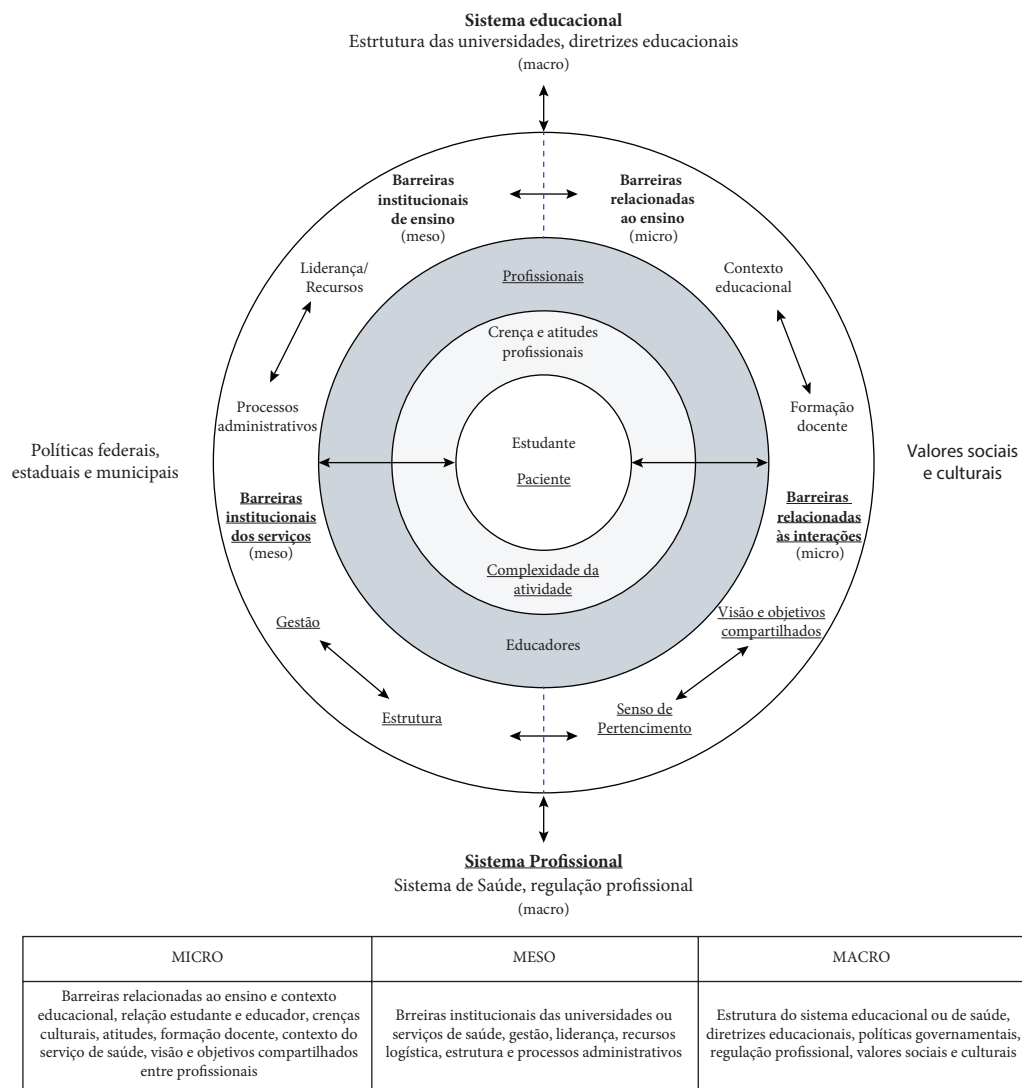


Figura 1. Adaptação do *Interprofessional education for collaborative patient-centred practice*, proposto por D'Amour & Oandasan⁴.

Fonte: Tradução e adaptação das autoras, 2023.

importante para a implementação da PIC por ser influenciada por fatores interativos, como a adesão aos seus princípios e o comprometimento com a prática cooperada²⁸; e, por fim, o desconhecimento/dúvida sobre a atuação da preceptoria^{26,39} em decorrência das diferentes configurações assumidas pelo indivíduo (preceptor e profissional de saúde) e preceptoria em si (preceptor núcleo e preceptor campo).

Neste cenário de barreiras micro, há preceptores que não compreendem sua relevância, portanto, sentem-se desvalorizados³⁹ e insatisfeitos com o trabalho²⁷, assim como desva-

lorizam a atuação dos estudantes, fazendo-os afirmar que estes atrasam consultas, que não contribuem para o andamento do serviço³⁹ e que não são integrantes da assistência³⁷, afetando a integração ensino-serviço³⁹. Além disso, a interpretação equivocada de que o residente atua para suprir lacunas de pessoal limita a integração e o papel dos residentes nos serviços²⁶. Isso reflete o observado em estudo com preceptores do internato médico, os quais demonstram a falta de compreensão sobre a relevância da EIP e PIC para o trabalho em equipe²⁹.

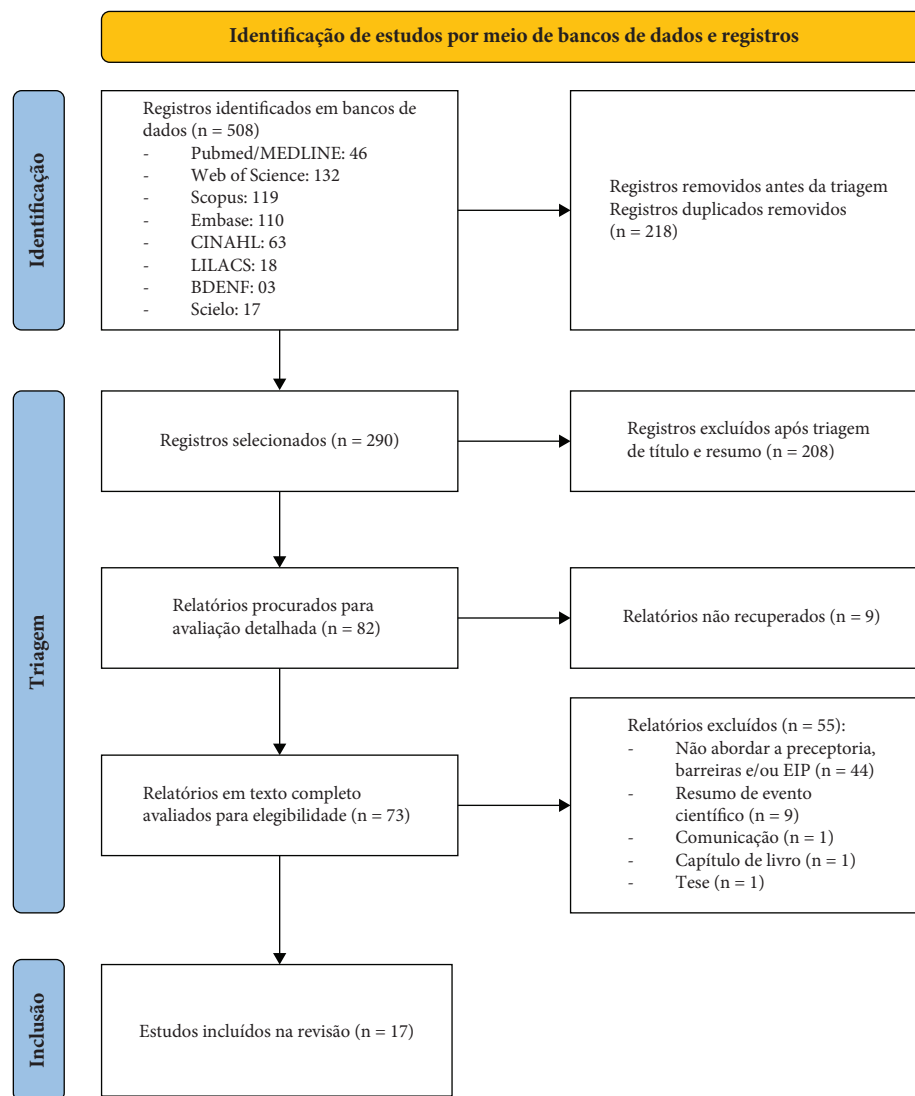


Figura 2. Fluxograma PRISMA representando o processo de busca e seleção dos estudos.

Fonte: Autoras, 2023.

Especificamente, a insatisfação com o trabalho¹⁵ é reflexo das barreiras do nível meso. Preceptores se veem num contexto de desalinhamento entre a carga horária disponibilizada para a preceptoria pelo serviço e a carga horária exigida pelo programa de residência, agravado pelas condições precárias de trabalho, como acúmulo de contratos e contratos temporários²⁷.

As barreiras identificadas no nível micro refletem desafios no âmbito formativo-individual, profissional, do contexto de ensino e nas interações entre profissionais de saúde e estudantes. Tais barreiras requerem estratégias como programas de formação e sensibilização

para melhorar o engajamento dos profissionais nas práticas interprofissionais. O engajamento dos preceptores é crucial para a participação estudantil³⁵. É indicado que a preparação pedagógica inclua o planejamento e desenvolvimento das ações de ensino-aprendizagem em EIP nos cenários de prática, alinhadas aos objetivos de aprendizagem e avaliação que fomentem um processo de ensino-aprendizagem. Este processo deve ir além da mera transmissão do conhecimento com estímulo ao protagonismo e reflexão dos estudantes sobre o processo de trabalho em saúde, colocando-os na centralidade do ensino, assim como promovendo a proble-

Tabela 1. Avaliação metodológica dos estudos selecionados.

Autores	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	Total
Alves <i>et al.</i> ²⁵	3	2	3	4	1	2	4	4	3	26
Araújo <i>et al.</i> ²⁶	3	3	4	3	2	2	4	3	3	27
Arruda <i>et al.</i> ²⁷	3	4	3	4	2	2	4	3	4	29
Arruda <i>et al.</i> ²⁸	3	3	3	4	3	2	4	4	3	29
Branco Junior <i>et al.</i> ²⁹	3	2	2	3	2	2	3	1	3	21
Chriguer <i>et al.</i> ³⁰	3	3	1	2	1	1	4	2	3	20
Davidson <i>et al.</i> ¹⁰	4	2	1	1	1	1	4	2	3	19
Dean <i>et al.</i> ³¹	3	3	1	1	1	1	4	2	3	19
Figueredo <i>et al.</i> ³²	3	3	2	1	2	2	3	2	3	21
Gatewood <i>et al.</i> ³³	4	3	4	2	2	2	4	2	4	27
Jurdi <i>et al.</i> ³⁴	3	3	2	2	3	1	3	2	3	22
Lam <i>et al.</i> ³⁵	2	3	1	1	1	1	4	2	3	18
Lima <i>et al.</i> ³⁶	3	3	2	1	3	2	4	2	4	24
McNair <i>et al.</i> ³⁷	4	3	2	2	1	1	4	2	3	22
Woltenberg <i>et al.</i> ³⁸	3	3	4	3	3	2	4	3	4	29
Woolforde <i>et al.</i> ¹³	3	3	3	2	2	2	4	2	4	25
Lima <i>et al.</i> ³⁹	3	3	3	2	3	2	4	2	3	25

Fonte: Autoras, 2023. Critérios do instrumento de Hawker et al.¹⁴: C1 – Título e resumo; C2 – Introdução e objetivos; C3 – Metodologia e coleta de dados; C4 – Amostragem; C5 – Análise dos dados; C6 – Ética e vieses; C7 – Resultados / achados; C8 – Transferibilidade / generalização; C9 – Implicações e utilidade.

matização das demandas sociais e de saúde dos usuários e da comunidade^{4,32}.

Na formação, a socialização de informações sobre o que é a residência e qual é o papel dos residentes e estudantes²⁶ contribui para a inserção destes no cenário de prática e vínculo com os profissionais. É importante que a iniciativa em EIP alinhe preceptores com diferentes níveis de experiência, dedicação e engajamento, uma vez que preceptores com formação em EIP ainda não é comum³¹.

Em estudo⁴⁰, aproximadamente 50% dos entrevistados indicaram que possuem formação para a facilitação em EIP e expressaram a necessidade de profissionais e estudantes proativos e engajados que sejam preparados em EIP. A formação profissional e os sistemas de recompensa e reconhecimento foram essenciais para o sucesso da EIP. Aqueles formados e preparados para a facilitação em EIP são sujeitos-chave que podem promover soluções locais sobre as barreiras e impulsionar a mudança cultural nos níveis meso e macro⁴⁰.

Barreiras da preceptoria na EIP: nível meso

No nível meso, preceptores estão diante da incompatibilidade de agenda entre atividades curriculares e os serviços de saúde, gerando a

difficuldade de conciliar a demanda do serviço com a preceptoria. Um estudo³⁸ evidenciou que, ao serem perguntados sobre a intencionalidade em ensinar EIP, 62% (n = 50) dos preceptores indicaram como principal barreira o tempo, e ainda observou-se que preceptores tinham quase o dobro de probabilidade em relação aos docentes de citar o tempo como principal barreira para a EIP. O preceptor se vê diante de matrizes curriculares com horários e estruturas de diferentes cursos de graduação que não dialogam entre si, dificultando a organização de atividades interprofissionais.

Somadas a essa realidade com a alta demanda de atendimentos individuais e produtividade, reflexo do modelo de atenção centrado na doença (nível macro), com a ausência de remuneração (nível macro), os contratos e vínculos precários e a sobrecarga de trabalho, emerge a barreira integração ativa dos preceptores com a EIP, e entre os profissionais e estudantes. Um estudo³³ que avaliou uma formação demonstrou a redução da percepção dos preceptores sobre quatro barreiras, mas a sobrecarga de trabalho e a demanda por produtividade permaneceram inalteradas. Profissionais ficam relutantes em aceitar responsabilidades adicionais, como a preceptoria³⁷. O vínculo empregatício frágil^{27,31} faz com que os profissionais enxerguem

Quadro 1. Caracterização dos estudos selecionados para esta revisão integrativa.

Autores	Ano	País	Idioma	Abordagem e tipo de estudo	Categorias profissionais	Nível educacional	Cenários
Alves <i>et al.</i> ²⁵	2019	Brasil	Português	Qualitativa. Estudo descritivo, do tipo relato de experiência.	Estudantes: enfermagem, medicina e medicina veterinária Preceptores: enfermagem, medicina e medicina veterinária	Graduação	Unidade de Saúde da Família
Araújo <i>et al.</i> ²⁶	2017	Brasil	Português	Qualitativa. Estudo exploratório.	Estudantes: enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia e serviço social Preceptores: enfermagem, nutrição e serviço social	Residentes	Hospital Universitário
Arruda <i>et al.</i> ²⁷	2016	Brasil	Português	Qualitativa. Estudo de casos múltiplos.	Estudantes: enfermagem, nutrição, serviço social, fisioterapia, psicologia, odontologia Preceptores: enfermagem, ciências sociais, fisioterapia, nutrição	Residentes	Hospital Universitário e Secretaria Estadual de Saúde
Arruda <i>et al.</i> ²⁸	2018	Brasil	Português	Qualitativa. Estudo de casos múltiplos.	Estudantes: enfermagem, nutrição, serviço social, fisioterapia, psicologia, odontologia Preceptores: enfermagem, ciências sociais, fisioterapia, nutrição	Residentes	Secretaria Estadual de Saúde
Branco Junior <i>et al.</i> ²⁹	2021	Brasil	Português	Quantitativa. Estudo transversal.	Estudantes: [não discriminou] Preceptores: enfermagem, medicina	[não discriminou]	Unidade Básica de Saúde
Chriguer <i>et al.</i> ³⁰	2021	Brasil	Português/ Inglês	Qualitativa. Relato de experiência.	Estudantes: educação física, fisioterapia, serviço social, terapia ocupacional e medicina Preceptores: [não discriminou]	[não discriminou]	[não discriminou]
Davidson <i>et al.</i> ¹⁰	2020	EUA	Inglês	Qualitativa. Relato de experiência.	Estudantes: medicina, farmácia, enfermagem e serviço social Preceptores: enfermagem, medicina, farmácia e serviço social	Graduação	Ambulatório, cenário comunitário e hospital
Dean <i>et al.</i> ³¹	2014	Canadá	Inglês	Qualitativa. Relato de experiência.	Estudantes: medicina, enfermagem, nutricionista, serviço social, farmácia e odontologia Preceptores: medicina, enfermagem, nutrição, serviço social	Todos	Hospital

continua

Quadro 1. Caracterização dos estudos selecionados para esta revisão integrativa.

Autores	Ano	País	Idioma	Abordagem e tipo de estudo	Categorias profissionais	Nível educacional	Cenários
Figueredo <i>et al.</i> ³²	2018	Brasil	Inglês/ Português	Qualitativa. Pesquisa de campo etnográfica, sob a perspectiva da Etnografia Institucional.	Estudantes: bacharelado interdisciplinar em saúde, enfermagem, farmácia, fonoaudiologia, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e saúde coletiva Preceptores: [não discriminou]	Graduação	Hospital
Gatewood <i>et al.</i> ³³	2020	EUA	Inglês	Quantitativa. Estudo experimental.	Estudantes: [não discriminou] Preceptores: enfermagem, medicina Estudantes: educação física, terapia ocupacional, fisioterapia, serviço social, medicina Preceptores: [não discriminou]	[não discriminou]	[não discriminou]
Jurdi <i>et al.</i> ³⁴	2022	Brasil	Português	Qualitativa. Relato de experiência.		Graduação	Centro Especializado em Reabilitação
Lam <i>et al.</i> ³⁵	2013	EUA	Inglês	Qualitativa. Relato de experiência.	Estudantes: farmácia, nutrição, odontologia, medicina, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e serviço social Preceptores: farmácia	Graduação	Casa de Repouso Geriátrica
Lima <i>et al.</i> ³⁶	2019	Brasil	Português	Qualitativa. Estudo documental e de campo.	Estudantes: medicina, terapia ocupacional, psicologia, enfermagem e serviço social Preceptores: [não discriminou]	Residência multiprofissional e residência médica em psiquiatria	Hospital
McNair <i>et al.</i> ³⁷	2001	Austrália	Inglês	Qualitativa. Relato de experiência.	Estudantes: medicina e enfermagem Preceptores: enfermagem e medicina	Graduação	Clínicas de Cuidados Primários
Woltenberg <i>et al.</i> ³⁸	2017	EUA	Inglês	Qualitativa. Estudo de pares combinados.	Estudantes: [não discriminou] Preceptores: medicina e farmácia	[não discriminou]	Centro de Saúde e Ambulatório Rural
Woolforde <i>et al.</i> ¹³	2022	EUA	Inglês	Estudo experimental (desenho pré-pós survey), métodos mistos.	Estudantes: medicina Preceptores: enfermagem	Graduação	Hospital e Ambulatório
Lima <i>et al.</i> ³⁹	2015	Brasil	Português	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa.	Estudantes: [não discriminou] Preceptores: medicina, enfermagem, odontologia, nutrição, psicologia, farmácia e serviço social	Graduação	Unidade de Assistência à Saúde e Centro de Atenção Psicossocial

Fonte: Elaboração das autoras, 2023.

Quadro 2. Barreiras para a preceptoria na educação interprofissional.

Barreiras para a preceptoria na EIP	Nível
Disponibilidade pessoal e profissional para EIP e prática colaborativa ^{27,30,35} Insatisfação com o trabalho ²⁷ Desconhecimento sobre a prática interprofissional ^{32, 29,35} Desconhecimento/Dúvida sobre a atuação da preceptoria ^{26,39} Dificuldade em mediar as relações interpessoais ²⁸ Falta de compreensão sobre o papel do residente ²⁶ Falta de formação para a preceptoria ^{25,26,27,28,31,32,33,35,38,39} Fragilidade do processo avaliativo ^{26,31} Resistência dos profissionais ao trabalho interprofissional ^{39,26,29} Desvalorização da preceptoria ³⁹	Micro
Falta de apoio institucional ^{26,27,33} Fragilidade na sustentabilidade das propostas de EIP ^{27,28,37} Conciliação da demanda do serviço com as atividades de preceptoria ^{10,25,13,36,38,39} Incompatibilidade de agenda entre as atividades curriculares e os serviços de saúde ^{28,31,35,37,38,39} Contratos temporários e vínculos precários ^{27,31} Número insuficiente de docentes e preceptores ^{13,35,37} Poucas oportunidades de trabalho interprofissional nos serviços ^{26,27,28,37} Falta de integração entre os estudantes e os profissionais do serviço ^{26,38} Indicações de preceptores diferem entre as profissões ³¹ Precariedade da infraestrutura nos serviços de saúde e nas instituições de ensino ^{25,27,28,33,39} Diferentes formas de inserção dos estudantes na mesma proposta de EIP: formato obrigatório e não obrigatório ³⁷ Alta rotatividade de profissionais, docentes e gestores ^{27,35,37,39} Sobrecarga de trabalho ^{26,33,36,37,38}	Meso
Falta ou ausência de remuneração aos preceptores ^{27,36,37,39} Hierarquia profissional / poder ^{27,32} Modelo de atenção centrado na doença e no cuidado individual e curativo ^{28,35,37} Contexto pandêmico ^{30,34} Predomínio da formação uniprofissional na área de saúde ^{27,28,37,39}	Macro

Fonte: Autoras, 2023.

a preceptoria como uma atividade “obrigatória” quando ela é indicada pelo gestor²⁷. Tal realidade pode contribuir para a alta rotatividade dos profissionais, fato que compromete a continuidade e qualidade da formação em serviço²⁷.

Outra realidade que precisa ser mencionada é a distinção entre os contratos dos preceptores de diferentes profissões. Enquanto o preceptor de medicina tinha vínculo direto com a universidade, preceptores de enfermagem, farmácia, serviço social e nutrição tinham acordos contratuais entre a universidade e o serviço de saúde³¹, tornando estes últimos mais propensos à precarização do trabalho.

Observa-se também a rotatividade de docentes e gestores. Em estudo³⁵, gestores envolvidos nas iniciativas interprofissionais foram substituídos por outros que não apoiava-

vam a equipe, resultando na perda de trabalhadores importantes para a EIP. No Brasil, a alta rotatividade de gestores pode ser relacionada ao cenário político imprevisível²⁷, gerando preocupações quanto à perda de conhecimento especializado e fragilizando os vínculos com as universidades³⁷. Assim, observa-se a fragilidade na sustentabilidade das estratégias de EIP, pois sua concretização depende do entusiasmo da gestão e liderança, da condução pedagógica e dos interesses pessoais, profissionais e institucionais envolvidos em sua implementação^{27,37}.

A precariedade da infraestrutura nos serviços e nas instituições de ensino foi identificada como barreira, expressa pela falta de transporte, difícil acesso^{25,28}, com recursos e estrutura física deficientes para ações de promoção e educação em saúde, associados com a falta de apoio institucional^{26-27,32}. Preceptores frequentemente se

ausentam de encontros programados devido à falta de liberação ou autorização para as atividades planejadas²⁷.

Em consonância, um estudo⁴⁴ identificou como principal desafio no nível meso a fragilidade do apoio institucional. Muitas vezes, as iniciativas existentes são esforços isolados de docentes, comprometendo sua visibilidade e sustentabilidade. O suporte institucional requer esforços de transformação nos aspectos relacionais e processuais que precisam estar inseridos no contexto de um compromisso com a mudança da formação em saúde e da cultura de trabalho. A sustentabilidade da EIP é um aspecto complexo, pois requer coordenação entre esses aspectos e diferentes fatores que interferem na EIP⁴⁵. A falta de coordenação e suporte institucional se reflete nas práticas isoladas de preceptores, comprometendo não apenas a sustentabilidade dessas iniciativas, mas a eficácia da colaboração entre diferentes profissões^{40,44-45}.

A estrutura física debilitada associada ao modelo de atenção e demanda por produtividade (macro), resistência e pouca disponibilidade para a EIP e PIC (micro) refletem as poucas oportunidades de trabalho interprofissional. Há uma justaposição das práticas profissionais com ênfase na abordagem do encaminhamento, configurando-se mais na proposta de multiprofissionalidade do que na interprofissionalidade²⁶. A atual configuração da organização de trabalho não tem favorecido encontros interprofissionais^{26,28}, mas, sim, o isolamento profissional³⁷. Mesmo com bons exemplos de colaboração no cotidiano do trabalho, e embora os preceptores entendam o conceito de EIP e PIC, reconhecendo a relevância de trabalhar em equipe, eles não conseguem fazê-lo^{26,28,37}.

Outras duas barreiras se referem ao número insuficiente de docentes e preceptores^{15,35,37} e as diferentes formas de inserção dos estudantes na mesma proposta de EIP: formato obrigatório e não obrigatório³⁷. Alguns estudantes estão realizando o programa de EIP e seus estágios como atividades extracurriculares, enquanto outros podem utilizar a experiência como créditos para o curso. Isso cria uma situação desafiadora de “duplo status”: os estudantes para quem o estágio é extracurricular podem não se sentir tão comprometidos em concluir as atividades de aprendizagem obrigatórias ou outras³⁷. Essa mesma configuração foi ressaltada em estudo como um desafio ao nível meso⁴⁴, e essa variação na implementação curricular da EIP impacta o engajamento dos estudantes. Recomenda-

-se a inclusão curricular da EIP em ambos os formatos, obrigatória e optativa, para garantir o comparecimento e a participação dos estudantes, bem como o envolvimento dos interessados na EIP⁴⁶.

As barreiras identificadas representam desafios intermediários que estabelecem conexão entre as características do ensino e interacionais (nível micro) e os amplos fatores políticos, educacionais e sociais (nível macro). Refletem a complexa interação entre as estruturas organizacionais, a dinâmica trabalhista e os processos administrativos que influenciam a eficácia da EIP. Os desafios requerem intervenções estratégicas que transcendam o nível individual, buscando melhorar as estruturas, práticas e colaborações nas instituições de saúde e educação.

Barreiras da preceptoria na EIP: nível macro

O modelo de atenção centrado na doença e no cuidado individual e curativo é uma barreira, pois a integração de profissionais comprometidos com a EIP entra em conflito com o modelo de atenção à saúde dominante, que favorece o cuidado individual^{35,37}. Como evidenciado no nível meso, esse modelo não favorece a organização e o processo de trabalho para a PIC^{13,28}. Assim, o modelo de produtividade é uma barreira para a EIP e PIC²⁸.

As atividades interprofissionais no SUS enfrentam o desafio significativo de contrapor a influência do modelo fragmentado de organização do trabalho, no qual cada profissional desempenha seu trabalho de forma isolada sem uma integração com as demais profissões, para atender as demandas individuais e especializadas⁴⁷. No Brasil, o SUS foi concebido com base na oferta de uma assistência à saúde integral, equânime e universal e, em meio aos desafios de sustentabilidade enfrentados ao longo desses 30 anos, o SUS se movimenta entre um sistema fragmentado, redes de poliarquias e produção de conexões nos espaços do cuidado, na tentativa de reorientar o sistema no modelo das RAS. As RAS têm como características a comunicação centrada na APS, serviços de saúde com diferentes níveis de atenção que se articulam de forma horizontal e a assistência interprofissional⁴⁸.

A falta ou ausência de remuneração aos preceptores é um grande problema que retrata a precarização do trabalho e contribui para as barreiras observadas nos níveis meso e micro.

Quando há, o financiamento dos preceptores é variável, a depender do ente responsável vinculado ao programa e acordos realizados. Em estudo²⁷, o programa de residência é viabilizado por uma articulação tripartite, na qual o Ministério da Saúde (MS) financia as bolsas dos residentes, a Secretaria Estadual/Universidade assume a condução pedagógica e contratação de parte do corpo docente, e as secretarias municipais fornecem os cenários de prática e preceptores, muitas vezes, sem alinhamento adequado com as demandas de trabalho e a carga horária exigida pelo programa de residência, ocasionando a sobrecarga com o trabalho e ensino³⁶ (meso). Isso contribui para a desvalorização e a falta de colaboração com a preceptoria³⁹ (micro).

O Brasil tem avançado no reconhecimento e financiamento da preceptoria na EIP, por meio de propostas de mudanças na formação em saúde, dentre elas o PET-Saúde, disponibilizando bolsas para preceptores, tutores e estudantes²¹. Além do PET-Saúde, em 2021, o Plano de Fortalecimento das Residências em Saúde⁴⁹ concede bolsas para os preceptores que atuam nos programas de residências multiprofissionais. Entretanto, cabe ressaltar que o modelo de financiamento da APS vigente (Previne Brasil) tem fortalecido a concepção de produção de cuidado em saúde atrelada ao desempenho dos profissionais nas equipes, apoiado em indicadores de produtividade assistencial individual. As unidades e equipes que não alcançarem as metas podem ser penalizadas com diminuição de recursos. Esse modelo de financiamento não favorece a interprofissionalidade entre os profissionais e entre as equipes, gerando maior isolamento profissional e até mesmo a competição⁵⁰. Acrescenta-se a isso o fato de que os avanços obtidos durante a pandemia com maior colaboração entre as equipes podem retroceder frente à nova lógica de financiamento e de produtividade individual, que reforça o isolamento e a competição dos profissionais e os distancia do cuidado integral, longitudinal, numa perspectiva interprofissional.

Assim como o modelo de atenção à saúde deve redirecionar o seu enfoque para o usuário, família e comunidade, a formação dos profissionais de saúde deve ser reestruturada a fim de repensar os currículos e o ensino fragmentado. O predomínio da formação uniprofissional na área de saúde também é visto como uma barreira para a EIP e PIC, pois elas compõem um processo social que depende das interações e da receptividade dos envolvidos²⁸. Tal formação

é responsável pelo despreparo pedagógico do preceptor (micro), formado numa matriz curricular que apoia a fragmentação e desarticulação do fazer saúde³⁹ e que se formata a partir das exigências do mercado²⁷, *modus* que vai em sentido contrário aos princípios da EIP e PIC.

A formação dos preceptores ainda predominantemente uniprofissional ocasiona o desenvolvimento de uma identidade profissional, porém frágil ou inexistente identidade de equipe. Os preceptores, embora reconheçam a importância da prática interprofissional, enfrentam barreiras decorrentes de sua formação uniprofissional, que muitas vezes é fragmentada e desconectada das necessidades reais de saúde da população^{39,47}. Essa formação limitada prejudica sua atuação quanto à teoria e prática da EIP em sua preceptoria, podendo levar ao desconhecimento das diferentes áreas, hierarquia, reforço de estereótipos profissionais, falta de confiança, erros de comunicação e dificuldade de desenvolver ações colaborativas. Em consonância, a hierarquia profissional e as relações de poder destacam-se como barreira, com preceptores inseridos em um contexto de trabalho permeado pelas assimetrias nas relações de poder entre os profissionais²⁷, o que pode gerar maior resistência às iniciativas de EIP, resultando em atitudes negativas em relação ao ensino e trabalho interprofissionais⁵¹. Intervir nas questões de poder nas relações interprofissionais é uma premissa para o desenvolvimento de profissionais comprometidos com a colaboração e o trabalho em equipe efetivos⁴⁵.

Por fim, a pandemia foi identificada nos estudos como uma barreira para EIP. Apesar dos esforços dos preceptores em incorporar métodos remotos e teleatendimento para o ensino e trabalho³⁰, a falta de financiamento institucional afetou negativamente a qualidade da assistência e da formação. A transição para o trabalho remoto, a rápida adaptação a habilidades tecnológicas e o impacto na saúde mental dos preceptores foram desafios adicionais. Os encontros remotos de preceptoria passaram a servir não apenas como espaços educativos, mas também como locais de apoio emocional para esses profissionais^{30,34}.

O nível macro refere-se a fatores sistêmicos e estruturais que moldam a formação e as práticas de saúde em ampla escala, influenciando múltiplos aspectos do ambiente de trabalho e do ensino profissional. As barreiras apontam para fatores estruturais e culturais que per-

meiam as práticas de saúde e educação. Essas barreiras, portanto, exigem abordagens e políticas no nível sistêmico, envolvendo mudanças estruturais, revisão de políticas de remuneração, reformulação de modelos de atenção à saúde e iniciativas educacionais abrangentes para promover efetivamente a EIP em um contexto mais amplo.

Integração dos responsáveis pelos níveis micro, meso e macro

A integração dos sujeitos nos três níveis é decisiva para a preceptoria na EIP. O programa educacional que a envolve deve ser planejado, desenvolvido e avaliado entre docentes e preceptores, com o envolvimento dos gestores do serviço e da universidade²⁶.

Os gestores dos serviços são responsáveis por fornecer recursos materiais e estrutura física para a EIP e promover uma cultura que valorize a PIC, a preceptoria e a EIP^{27,31}. Recomenda-se o reconhecimento formal nos sistemas de saúde e educacional para os facilitadores da EIP, com um título formal e tempo dedicado à EIP^{31,35}.

A universidade deve fornecer condução pedagógica e apoio ao preceptor²⁷. Diante da sobrecarga dos trabalhadores, a cooperação e o diálogo constantes entre docente-discente-preceptor podem contribuir para o desenvolvimento das iniciativas interprofissionais.

A literatura aponta como responsáveis pelo financiamento de bolsas ou auxílios aos preceptores os idealizadores do programa educacional, podendo ser o MS e/ou Educação em casos como o PET-Saúde, residências médicas, em áreas profissionais ou multiprofissionais; universidade ao necessitar dos preceptores para disciplinas ou projetos institucionais; ou os serviços ao contratar preceptores, ou disponibilizar tempo para os trabalhadores se dedicarem à preceptoria, promovendo uma qualificação da assistência e o desenvolvimento profissional dos trabalhadores²⁷.

A formação pedagógica dos preceptores deve ser articulada entre instituições de ensino e saúde, sendo a primeira responsável pelo conteúdo pedagógico, embasamento teórico-científico relacionado à EIP e PIC, e formação integral do estudante da saúde; e a segunda, ao ofertar espaço, tempo e incentivo aos preceptores, a compreensão do cenário clínico-epidemiológico ao qual aquele serviço está inserido e das necessidades da comunidade. O direcionamento explícito pelas instituições de ensino e

saúde para a PIC e EIP tem forte influência para o sucesso de ambas^{28,31}.

Apoia-se aqui que o desenvolvimento exclusivo de competências colaborativas para o trabalho em equipe não conduz, necessariamente, ao aprimoramento na qualidade do cuidado aos usuários, organizações e sistemas, a menos que haja alinhamento com os princípios da interprofissionalidade nos níveis micro, meso e macro nos ambientes de prática. Apresentam-se barreiras essenciais tanto para o âmbito educacional quanto para o de saúde, com o intuito de contribuir para estratégias de superação.

Considerações finais

Esta revisão identificou 17 estudos que apresentaram 10 barreiras no nível micro, 13 no nível meso e cinco no nível macro para a preceptoria na EIP. As barreiras perpassam os sistemas educacional e profissional, refletindo a complexidade e singularidade da preceptoria interprofissional que influencia de forma significativa a preparação dos estudantes para a EIP e a integração da PIC no ambiente de trabalho.

O modelo de atenção à saúde e o predomínio do ensino uniprofissional são aspectos centrais estruturantes que impactam diretamente as demais barreiras. Os sistemas de saúde e educação precisam colaborar de forma conjunta para coordenar as estratégias relacionadas à força de trabalho na área da saúde. Estratégias de gestão precisam ser exploradas de modo a promover alterações sistêmicas ao nível macro. Essas iniciativas englobariam o estabelecimento de uma visão compartilhada para os sistemas de saúde e educação, em sintonia com a interprofissionalidade. Políticas elaboradas por diferentes níveis governamentais podem apoiar a EIP e PIC centradas no usuário.

Fortalecer a preceptoria requer abordagem em diferentes níveis e estruturas de poder, aproximando sujeitos das instituições de ensino e saúde para a efetivação da EIP nos serviços, considerando a realidade que o preceptor vivencia na dualidade entre as exigências contratuais do seu trabalho para o atingimento das metas e as exigências para o ensino dos estudantes.

A partir do SUS e, especialmente, do provimento de políticas indutoras para mudanças na formação em saúde, mediante esforços coletivos de docentes, estudantes, gestores, usuários e demais representantes, foi possível fortalecer o ensino e as práticas interprofissionais, viabilizando que a preceptoria seja espaço potente

para a EIP e desenvolvimento profissional dos trabalhadores. É reconhecido o progresso realizado até o momento, e a identificação dessas barreiras pode colaborar na indicação dos pontos críticos para aprimorar a preceptoria, favorecendo o apoio e a valorização dos preceptores para a educação e prática interprofissional em saúde. Reconhecer as barreiras é uma necessidade para avançar em prol da construção de um SUS mais forte, coletivo e integrado à formação em saúde.

Enquanto limitação da presente revisão, o recorte escolhido do objeto de investigação em uma única perspectiva (nas barreiras, como obstáculos), sem a problematização ou menção de outras perspectivas, impossibilita a análise dos respectivos contextos ou da significação atribuída a essas barreiras.

Colaboradores

A autora CMS Souza assume publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do artigo científico. A autora contribuiu na concepção, no delineamento, na análise e interpretação dos dados, na redação do artigo e sua revisão crítica, bem como na aprovação da versão a ser publicada. A autora ACM de Oliveira assume publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do artigo científico. A autora contribuiu na concepção, no delineamento, na análise e interpretação dos dados, na redação do artigo e sua revisão crítica, além da aprovação da versão a ser publicada. A autora VM Leonello assume publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do artigo científico. A autora contribuiu na concepção, no delineamento, na análise e interpretação dos dados, na redação do artigo e sua revisão crítica, assim como na aprovação da versão a ser publicada.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), por meio de Bolsa de Doutorado (Código de Financiamento 001). Também teve apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio de bolsa de iniciação científica (PIBIC).

Referências

1. Frenk J, Chen LC, Chandran L, Groff EOH, King R, Afaf Meleis, Fineberg HV. Challenges and opportunities for educating health professionals after the COVID-19 pandemic. *Lancet* 2022; 400(10362):1539-1556.
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*. Genebra: OMS; 2023.
3. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *J Interprof Care* 2018; 32:1-3.
4. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept. *J Interprof Care* 2005; 1(19):8-20.
5. Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). Statement of Purpose. CAIPE 2019; [cited 2023 Dec 11]. Available from: <https://www.caipe.org/resource/CAIPE-Statement-of-Purpose-2016.pdf>.
6. Smith CF, Hall S, Border S, Adds P, Finn GM. Interprofessional anatomy education in the United Kingdom and Ireland: Perspectives from students and teachers. *Anat Sci Educ* 2015; 8(4):360-370.
7. Brasil. Resolução nº 569 de 8 de dezembro de 2017. Dispõe sobre os cursos da modalidade educação a distância na área da saúde. *Diário Oficial da União* 2018; 26 fev.
8. Botti SHO, Rego S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Rev Bras Educ Med* 2008; 32(3):363-373.
9. Nordi ABA, Kishi RGB, Carvalho BB, Evangelista DN, Gaion JPBF, Saggin J, Maida LB, Silva MVL. Experiências mundiais em preceptoria na graduação médica: uma revisão integrativa. *Rev Bras Educ Med* 2022; 46(1):1-10.
10. Davidson HÁ, Hilmes MA, Cole S, Waynick-Rogers P, Provine A, Rosenstiel D, Norman L, Miller B. The Vanderbilt Program in Interprofessional Learning: Sustaining a Longitudinal, Clinical Experience that aligns practice with education. *Acad Med*. 2020; 95(4):553-558.
11. Saragih ID, Tarihoran DETAU, Sharma S, Chou FH. A systematic review and meta-analysis of outcomes of interprofessional education for healthcare students from seven countries. *Nurse Educ Pract* 2023; 71:103683.
12. Shrader S, Zaudke J. Top ten best practices for interprofessional precepting. *J Interprof Educ Pract* 2018; 10:56-60.
13. Woolforde L, Mercado N, Pawelczak M, Callahan BG, Block LG. Interprofessional Precepting: A Nursing-Medicine Partnership. *J Nurses Prof Dev* 2022; 38(5):302-307.
14. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface (Botucatu)* 2016; 20(56):199-201.
15. Chen AK, Rivera J, Rotter N, Green E, Kools S. Interprofessional education in the clinical setting: A qualitative look at the preceptor's perspective in training advanced practice nursing students. *Nurse Educ Pract* 2016; 21:29-36.
16. Kreider KE, Rowell JV, Bowers M, McGee K, Padilla BI. Effective interprofessional precepting in a specialty clinic: Utilizing evidence and lived experiences to optimize the training of diverse learners. *J Interprof Educ Pract* 2022; 26:100490.
17. Fusco NM, Ohtake PJ. Training the trainers: A preceptor development program targeting interprofessional collaboration competencies. *Curr Pharm Teach Learn* 2019; 11(11):1138-1143.
18. Diggele CV, Roberts C, Burgess A, Mellis C. Interprofessional education: tips for design and implementation. *BMC Med Educ* 2020; 20(Supl.2):455.
19. Rodrigues C, Regina RW. Mobilização e estruturação de competências para a preceptoria na residência multiprofissional em saúde. *Trab educ saúde* 2022; 46(1):1-20.
20. Botma Y. Consensus on interprofessional facilitator capabilities. *J Interprof Care* 2019; 33(3):277-279.
21. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *As contribuições do PET-Saúde Interprofissionalidade para a reorientação da formação e do trabalho em saúde no Brasil*. Brasília: MS; 2021.
22. Casanova IA, Batista NA, Moreno LR. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. *Interface (Botucatu)* 2018; 22(Supl 1):1325-1337.
23. Whittemore R, Knafl KA. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs* 2005; 52(5):546-553.
24. Hawker S, Payne S, Kerr C, Hardey M, Powell J. Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically. *Qual Health Res* 2002; 12(9):1284-1299.
25. Alves FAP, Medeiros KS, Santos EGA, Nascimento GK, Santos LMS, Souto RQ, Lúcio FPS, Borba AKOT, Jardim VCFS. A interdisciplinaridade como estratégia de ensino e aprendizagem. *Rev Enferm UFPE on line* 2019;(13):e240192.
26. Araújo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface (Botucatu)* 2017; 21(62):601-613.
27. Arruda GM, Cristina I, José R, Loiola FA. Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *TEMPUS* 2016; 10(4):187-214.
28. Arruda GM, Cristina I, Kelen GR, Amanda CF. O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* 2018; 22(Supl .1):1309-1323.
29. Branco Junior AG, Moreira KFA, Fernandes DER, Farias ES, Moura CO. Educação Interprofissional e Prática Colaborativa: percepções de preceptores do internato médico em uma capital da Amazônia brasileira. *Revista APS* 2021; 24(Supl.1):40-53.
30. Chriguer RS, Aveiro MC, Batista SHSS, Garbus RBSC. O PET-Saúde Interprofissionalidade e as ações em tempos de pandemia: perspectivas docentes. *Interface (Botucatu)* 2021; 25:e210153.

31. Dean HJ, Macdonald L, Alessi-Severini S, Halipchuk J, Sellers E, Grymonpre RE. Elements and Enablers for Interprofessional Education Clinical Placements in Diabetes Teams. *Can J Diabetes* 2014; 38(4):273-278.
32. Figueredo WN, Veras RM, Silva GTR, Cardoso GMP. Práticas colaborativas nas urgências em Saúde: a interprofissionalidade do Programa PermanecerSUS, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. *Interface (Botucatu)* 2018; 22:1697-1704.
33. Gatewood EJ, Gagne JC, Kuo AC, O'Sullivan P. The One-Minute Preceptor: Evaluation of a Clinical Teaching Tool Training for Nurse Practitioner Preceptors. *J Nurse Pract* 2020; 16(6):466-469.
34. Jurdi APS, Queiróz MFF, Feio CBAPR, Barros NA, Cagnin GM, Iassia AM, Santos LC, Pinheiro AC. PET-Saúde Interprofissionalidade CER II: narrativas de um grupo sobre ações cotidianas de trabalho frente às alterações provocadas pela Covid-19. *Interface (Botucatu)* 2022; 26:e210597.
35. Lam AY, Plein JB, Hudgins G, Stratton MA. Silos to Systems: Three Models for Developing Geriatric Interprofessional Education. *Sr Care Pharm* 2013; 28(2):122-133.
36. Lima I, Friche C. Residências Integradas em Saúde Mental: Para Além do Tecnicismo. *Trab educ saúde* 2019; 17(2):e0020940.
37. Mcnair RP, Brown R, Stone N, Sims J. Rural interprofessional education: Promoting teamwork in primary health care education and practice. *Aust J Rural Health* 2001; 9(Supl.):s19-s26.
38. Woltenberg LN, Ballard JA, Norton JC, Riddle JD. A comparison between urban academic health care center and rural community faculty members in approaches to IPE. *J Interprof Educ Pract.* 2017; 9:95-98.
39. Lima PAB, Rozendo CA. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(Supl.1):779-791.
40. Khalili H, Lackie K, Langlois S, Wetzlmair LC, Working Group. Global IPE Situational Analysis Result Final Report. Madinson: Interprofessional Research Global Publication; 2022.
41. Kent F, Keating JL. Interprofessional education in primary health care for entry level students – A systematic literature review. *Nurse Educ Today* 2015; 35(12):1221-1231.
42. Prado MRM, Ribeiro ER, Sbolli K, Reis PP, Batista GK, Gomar GG. Interprofessional Education and Integration with Primary Care: A Systematic Review. *J Educ Train Stud* 2022; 10(4):61-69.
43. Freire Filho JR, Costa MV, Magnago C, Forster AC. Attitudes towards interprofessional collaboration of Primary Care teams participating in the “More Doctors” (Mais Médicos) program. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2018; 26: e3018.
44. Wong PS, Chen YS, Saw PS. Influencing factors and processes of interprofessional professional education (IPE) implementation. *Medical Teacher* 2019; 43(Supl.): S39-S45.
45. Pereira AKAM, Poletto PR, Forte FDS, Costa MV. Which factors influenced the adoption of interprofessionality in health based on the reports of the PET-Health Interprofessional projects in Brazil? A document analysis. *J Interprof Care* 2021;38(1):1-8.
46. Bogossian F, New K, George K, Barr N, Dodd N, Hamilton A, Nash G, Masters N, Pelly F, Reid C, Shakhovskoy R, Taylor J. The implementation of interprofessional education: a scoping review. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 2023; 28(1):243-277.
47. Bispo EPF, Tavares CHF, Tomaz JMT. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* 2014; (49):337-350.
48. Tofani LFN, Furtado LAC, Guimarães CF, Feliciano DGCF, Bragagnolo LM, Andreazza R, Chioro A. Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Cien Saude Colet* 2021; 26(10):4769-4782.
49. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde. Brasília: MS ; 2021.
50. Morosini MVGC, Fonseca AF, Baptista TWF. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad Saude Publica* 2020; 36(9):e00040220.
51. Khalili H, Orchard C, Laschinger HKS, Farah R. An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. *J Interprof Care* 2013; 27:448-453.

Artigo apresentado em 18/07/2023

Aprovado em 23/01/2024

Versão final apresentada em 25/01/2024

Editores-chefes: Maria Cecília de Souza Minayo, Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva