



Revista da Escola de Enfermagem da USP

ISSN: 0080-6234

reeusp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Peduzz, Marina; James Norman, Ian; Camargo Gonçalves Germani, Ana Claudia;
Alcântara Marcelino da Silva, Jaqueline; Colebrusco de Souza, Geisa
Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em
equipe com foco nos usuários
Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 47, núm. 4, agosto, 2013, pp. 977-983
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033327029>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários

INTERPROFESSIONAL EDUCATION: TRAINING FOR HEALTHCARE PROFESSIONALS FOR TEAMWORK FOCUSING ON USERS

EDUCACIÓN INTERPROFESIONAL: LA FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD PARA EL TRABAJO EN EQUIPO CON ENFOQUE EN LOS USUARIOS

Marina Peduzzi¹, Ian James Norman², Ana Claudia Camargo Gonçalves Germani³,
Jaqueline Alcântara Marcelino da Silva⁴, Geisa Colebrusco de Souza⁵

RESUMO

São analisados os constructos teóricos da educação interprofissional com base em duas revisões de literatura, considerado o contexto da formação dos profissionais de saúde no Brasil. Identificam-se três tipos de formação: uniprofissional, multiprofissional e interprofissional, com predomínio da primeira, que ocorre entre estudantes de uma mesma profissão de forma isolada; a segunda, entre estudantes de duas ou mais profissões de forma paralela, sem haver interação, e na terceira há aprendizagem compartilhada, com interação entre estudantes e/ou profissionais de diferentes áreas. Destaca-se a distinção entre interprofissionalidade e interdisciplinaridade, referidas, respectivamente, como a integração das práticas profissionais e das disciplinas ou áreas de conhecimento. Mediante a análise apresentada, conclui-se que no contexto brasileiro, a educação interprofissional, base para o trabalho em equipe colaborativo, ainda está restrita a iniciativas recentes, que merecem estudo.

DESCRIPTORES

Pessoal de saúde
Educação continuada
Relações interprofissionais
Equipe de assistência ao paciente
Comportamento cooperativo

ABSTRACT

The theoretical constructs of interprofessional education (IPE) are analyzed based on two reviews of the literature, taking the context of training for healthcare professionals in Brazil into consideration. Three types of training are identified: uniprofessional, multiprofessional and interprofessional, with predominance of the first type. The first occurs among students of the same profession, in isolation; the second occurs among students of two or more professions, in parallel without interaction; and the third involves shared learning, with interaction between students and/or professionals from different fields. The distinction between interprofessionalism and interdisciplinarity is highlighted: these refer to integration, respectively, of professional practices and disciplines or fields of knowledge. Through the analysis presented, it is concluded that in the Brazilian context, IPE (the basis for collaborative teamwork) is still limited to some recent initiatives, which deserve to be investigated.

DESCRIPTORS

Health personnel
Education, continuing
Interprofessional relations
Patient care team
Cooperative behavior

RESUMEN

Fueron analizados los constructos teóricos de la educación interprofesional basado en dos revisiones de la literatura, considerando el contexto de la formación de los profesionales de salud en Brasil. Se identificaron tres tipos de formación: uniprofesional, multiprofesional e interprofesional, con predominio de la primera, que se produce entre los estudiantes de una misma profesión de forma aislada; la segunda, entre los estudiantes de dos o más profesiones de forma paralela, sin existir interacción y, en la tercera existe un aprendizaje compartido, con interacción entre los estudiantes y/o profesionales de diferentes áreas. Se destaca la diferencia entre interprofesionalidad e interdisciplinaria referidas, respectivamente, como la integración de las prácticas profesionales y de las disciplinas o áreas de conocimiento. A partir del análisis se concluye que en el contexto brasileño, la educación interprofesional base para el trabajo en equipo colaborativo, todavía está restringido a iniciativas recientes, que merecen estudio.

DESCRIPTORES

Personal de salud
Educación continua
Relaciones interprofesionales
Grupo de atención al paciente
Conducta cooperativa

¹ Professora Associada do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. marinape@usp.br ² Enfermeiro, PhD. Professor Associado de Enfermagem e Cuidado Interdisciplinar da Florence Nightingale School of Nursing & Midwifery, Kings College London. London, UK. ian.j.norma@kcl.ac.uk ³ Médica. Professora Doutora do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade São Paulo. ⁴ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Especialista em Laboratório do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. jaqueline.alc@gmail.com ⁵ Enfermeira. Mestre em Ciências. Especialista em Laboratório do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. geisacole@usp.br

INTRODUÇÃO

A educação e a prática interprofissional (EIP e PIP) constituem temas emergentes do campo da saúde em nível global, como atestado por duas recentes publicações que apontam a EIP orientada para o trabalho em equipe como componente de uma ampla reforma do modelo de formação profissional e de atenção à saúde⁽¹⁻²⁾. Neste artigo são analisados os constructos teóricos da EIP, destacando sua distinção por referência a interdisciplinaridade, bem como os modelos existentes e as mudanças necessárias na formação dos profissionais de saúde no Brasil.

As mudanças de perfil epidemiológico, com o aumento da expectativa de vida e das condições crônicas de saúde que requerem acompanhamento prolongado, trazem a necessidade de uma abordagem integral que contemple as múltiplas dimensões das necessidades de saúde de usuários e população⁽²⁾. Isso torna a qualidade da comunicação e a colaboração entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado, fundamental e crítica para a resolubilidade dos serviços e a efetividade da atenção à saúde⁽³⁾.

A tendência dos profissionais de cada área trabalhar de forma isolada e independente das demais expressa sua longa e intensa formação também isolada e circunscrita a sua própria área de atuação. Contudo, autores⁽⁴⁾ defendem que oportunidades de EIP contribuem para a formação de profissionais de saúde melhor preparados para uma atuação integrada em equipe, na qual a colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas predominam frente à competição e à fragmentação.

Nos serviços de saúde, a PIP, reconhecida como componente da organização dos serviços, permite a problematização e por consequência um possível deslocamento da reconhecida fragmentação para a articulação e a integração das ações de saúde. Este movimento, por sua vez, tende a aumentar a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde, pois possibilita evitar omissões ou duplicações de cuidados, evitar esperas e adiamentos desnecessários, ampliar e melhorar a comunicação entre os profissionais, bem como o reconhecimento das contribuições específicas de cada área e de suas fronteiras sobrepostas, com a flexibilização dos papéis profissionais.

Profissionais com diferentes formações na saúde, dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação, articulam seu saber específico com o dos outros na organização do trabalho, o que possibilita tanto compartilhar as ações como delegar atividades a outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa. Essa flexibilidade permite otimizar os recursos e ampliar o reconhecimento

e a atenção às necessidades de saúde próprias de usuários e população de cada território e serviço, visto que as necessidades são heterogêneas e complexas e requerem ser apreendidas de forma integral e não apenas focadas na demanda espontânea⁽¹⁾.

Estudos tem se debruçado sobre as PIP, contudo o referido relatório da OMS sobre EIP identificou que as atividades desenvolvidas sobre o tema são majoritariamente de curta duração e não sistematizadas. Outros aspectos observados são os raros grupos de ensino com capacitação própria para desenvolvê-las e a avaliação dessas iniciativas é infrequente⁽¹⁾.

Desde 2005, publicações internacionais produzidas, sobretudo pela CAIPE – *Centre for the Advancement of Interprofessional Education* do Reino Unido e pela Biblioteca Cochrane buscam construir referencial sobre o assunto. Nesse cenário, cabe ampliar os estudos sobre EIP no Brasil, visto que o seu fortalecimento, bem como o da PIP, requerem o desenvolvimento de pesquisas rigorosas envolvendo metodologias quantitativa e qualitativa, dentre outros investimentos⁽³⁾.

Nesse sentido, este texto tem o objetivo de analisar os construtos teóricos da EIP tendo em vista a crítica aos modelos existentes de formação de profissionais de saúde e fornecer subsídios para futuras pesquisas. Essa discussão busca contribuir para alavancar iniciativas de EIP nos cursos de graduação em saúde, a fim de engendrar práticas colaborativas no cotidiano dos serviços.

Este artigo tem o objetivo de identificar, descrever e discutir a complexidade do tema, da multiplicidade de conceitos e sua relação com a interdisciplinaridade. Para tanto, traz inicialmente os resultados da leitura crítica de revisão de literatura sobre EIP, organizada pelo CAIPE, baseada em 107 artigos, que deu origem a dois livros⁽⁴⁻⁵⁾ e da revisão sistemática com base na Biblioteca Cochrane realizada por Reeves et al.⁽⁶⁾. Esta incluiu seis estudos e concluiu que as definições e a efetividade da EIP permanecem sem clareza, dadas as limitações metodológicas dos estudos selecionados. Em seguida, apresentam-se os modelos existentes para a formação dos profissionais de saúde no Brasil, com a finalidade de contextualizar a reflexão.

Constructos teóricos da EIP

O debate sobre a EIP é recente e grande parte da literatura adota a definição cunhada pelo CAIPE, em 1997, no Reino Unido: *occasions when two or more professions learn with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care*⁽⁴⁾. Os autores⁽⁴⁾ também apresentam a definição de educação multiprofissional: *occasions when two or more professions learn side by side*.

Em um primeiro momento, a fronteira entre EIP, multiprofissional e uniprofissional parece clara. EIP e educação

multiprofissional possibilitam o aprendizado compartilhado, de forma interativa, entre estudantes ou profissionais de diferentes áreas; contudo, sua operacionalização pode apresentar dificuldades e acarretar dúvidas e tensões. Isso ocorre pela tendência a reiterar o que é usual e tradicional e pelas resistências às mudanças, mas também porque é necessário que se mantenha o ensino uniprofissional para o aprendizado de conhecimentos e habilidades específicas de cada área profissional e seu respectivo conjunto de disciplinas.

Este aspecto é importante, pois a literatura sobre trabalho em equipe e prática colaborativa mostra que a articulação das ações e a colaboração dos profissionais de diferentes áreas requer a manutenção das especificidades de cada área⁽⁷⁻⁸⁾, assim como a interdisciplinaridade requer a disciplinaridade⁽⁹⁾.

Entende-se por formação uniprofissional o processo no qual as atividades educacionais ocorrem somente entre os estudantes de uma mesma profissão, isolados dos demais. A educação profissional corresponde a um processo de socialização no qual os estudantes passam a criar uma identidade com a profissão escolhida, os seus valores, cultura, papéis e conhecimentos específicos. Quando a formação está configurada somente como uniprofissional, não há interação com estudantes de outras profissões, o que contribui para o desconhecimento sobre os papéis e as responsabilidades dos demais profissionais da saúde e a formação de estereótipos^(4,6).

Conceitualmente, a diferença entre a EIP e multiprofissional está em que no primeiro caso os alunos aprendem de forma interativa sobre papéis, conhecimentos e competências dos demais profissionais. No segundo, as atividades educativas ocorrem entre estudantes de duas ou mais profissões conjuntamente, no entanto, de forma paralela, sem haver necessariamente interação entre eles^(4,6).

Espera-se do ensino nos moldes interprofissional os subsídios necessários para fortalecer o trabalho em equipe, tendo em vista a transformação das práticas de saúde no sentido da integração e colaboração interprofissional, com foco nas necessidades de saúde dos usuários e população. Barr et al.⁽⁴⁾ sistematizam a chamada *essência* da EIP em três focos sobrepostos: preparação individual para a colaboração, estimular a colaboração entre o grupo e melhorar os serviços e a qualidade do cuidado.

Assim, a EIP é complementar à educação uniprofissional e/ou multiprofissional, no desenvolvimento de atividades curriculares planejadas, isto é, que compõem o currículo dos cursos da saúde. Desta forma, a educação uni e multiprofissional precisa ser revista a partir de uma perspectiva interprofissional para melhorar a prática colaborativa no trabalho em equipe de saúde⁽⁴⁾.

A literatura traz uma variedade de termos que qualificam o trabalho em equipe e a respectiva educação dos profissionais de saúde. Tais definições têm em comum a referência a diferentes graus de interação, ora relacionada

aos profissionais, com foco na prática nos serviços, ora às disciplinas, com foco na articulação no âmbito do ensino e pesquisa. Utilizam-se, usualmente de forma imprecisa, termos com os prefixos uni, multi, pluri, inter e trans, acompanhados dos sufixos disciplinar ou profissional.

Sabe-se que a formação em saúde está fundamentada majoritariamente no modelo de ensino por disciplinas. A discussão da interação disciplinar tem início no Brasil, na década de 1970⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Os autores enfocam nas suas publicações as exigências internas de interação disciplinar das ciências e da pesquisa, sem a preocupação em descrever ou conceituar a interação das práticas profissionais, no cotidiano dos serviços, como os do setor saúde, que são o cenário onde se desenvolve a prática e educação interprofissional em saúde, objeto da presente reflexão.

Ressalvam que o exercício da interdisciplinaridade foi um meio para facilitar o enfrentamento da crise do conhecimento e das ciências, sobretudo no que se refere a sua fragmentação⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Nesse sentido, entende-se que a EIP na saúde passa a ser um meio de desafiar o contexto usual de formação, para encontrar respostas novas aos novos problemas que se configuram: a complexidade das necessidades de cuidado, a fragmentação do cuidado prestado pelas diferentes especialidades profissionais, bem como o imperativo de superar os esquemas tradicionais de ensino.

Um estudo⁽¹⁰⁾ define disciplina como sinônimo de ciências, embora o termo disciplina seja usualmente utilizado para designar o *ensino de uma ciência* e ciência usualmente designa melhor uma atividade de pesquisa. O autor descreve os diferentes níveis de contato entre as disciplinas – multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade – e refere que na multidisciplinaridade não há nenhuma cooperação entre as disciplinas, na pluridisciplinaridade, há cooperação entre as disciplinas, mas sem coordenação, na interdisciplinaridade há uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas coordenadas por uma delas, que ocupa uma posição hierárquica superior e, finalmente, a transdisciplinaridade, que envolve uma coordenação de todas as disciplinas, com base em uma axiomática geral⁽¹⁰⁾.

Posteriormente, com base em Hilton Japiassu⁽¹⁰⁾, Iribarry⁽⁹⁾ faz uma transposição do uso dos termos multi, pluri, inter e transdisciplinar para a análise do trabalho em equipe de saúde, definindo conceitualmente o arranjo das equipes de acordo com a interação disciplinar no trabalho, considerando cada profissão como uma disciplina diferente.

Destaca-se que o autor⁽⁹⁾ trata da transdisciplinaridade e do trabalho em equipe sem fazer distinção entre os planos de integração das disciplinas e áreas de conhecimento científico e das práticas profissionais no trabalho cotidiano, no qual os agentes executam ações fundamentadas em saber técnico-científico, também denominado saber operante ou saber tecnológico, mediante um dado contexto e uma dada condição de trabalho.

É importante observar que, segundo os autores que se dedicam ao tema⁽⁹⁻¹³⁾, a transdisciplinaridade diz respeito à interação entre disciplinas, ou seja, ao diálogo e à cooperação entre as diferentes áreas do conhecimento, a partir do reconhecimento de posições distintas em relação a um mesmo objeto complexo.

Embora seja possível reconhecer especificidade na concepção de transdisciplinaridade, que se refere à integração das áreas de conhecimento, Iribarry⁽⁹⁾ refere que aqueles que a buscam colocam como necessidade o trabalhar em equipe, pois, para uma formulação transdisciplinar, é vital a reunião de diversos profissionais num trabalho em equipe. Outro estudo sobre o trabalho interdisciplinar em saúde também aponta que a habilidade para o trabalho em equipe consiste num saber fazer necessário para o desenvolvimento da competência para a atuação interdisciplinar em saúde⁽¹³⁾. Assim, entende-se que é preciso saber trabalhar em equipe para assegurar uma atuação interdisciplinar.

Nesta reflexão teórica destaca-se a distinção entre interdisciplinaridade e interprofissionalidade, que diz respeito à esfera da prática profissional onde se desenvolve o trabalho em equipe de saúde, e a primeira à esfera das disciplinas, ciências ou áreas de conhecimento. Um estudo⁽⁷⁾ também analisa a diferença entre os planos disciplinares e profissionais e aponta que *a concepções a-histórica de interdisciplinaridade, predominante no Brasil, levaria a equívocos*, em especial a uma busca idealizada de totalidade, a condenação da especialização e o equívoco de conceber que a parceria e a camaradagem entre os indivíduos bastaria para superar a fragmentação das ações e das áreas de conhecimento.

Ainda assim, estudos sobre trabalho em equipe e colaboração interprofissional identificam a ausência de definição precisa de termos, que acarreta frágil consistência de grande parte da produção, visto que um dos pré-requisitos para uma rigorosa produção teórica e/ou avaliação é a clara definição da terminologia^(7,14).

Cabe destacar que a formação dos profissionais de saúde, mesmo que uniprofissional, sempre será interdisciplinar (ainda que implicitamente)⁽⁴⁾ em decorrência do reconhecimento que o processo saúde-doença envolve diversos determinantes que extrapolam os limites anatomopatológicos e, portanto, conjuga um amplo leque de disciplinas em cada uma das áreas profissionais. Portanto, a educação profissional em saúde pode ser interdisciplinar com base na interação e na integração das diferentes disciplinas de cada área, não sendo, nestes moldes, interprofissional.

Tanto a literatura recente sobre formação profissional em saúde, como a dedicada ao trabalho em equipe de saúde, enfatiza a necessidade de promover, para além do ensino e da atuação interdisciplinar, também a EIP para fomentar a PIP colaborativa. A literatura aponta que ambos EIP e PIP, com sua característica de intensa comunicação e interação entre profissionais e estudantes de diferentes

áreas, contribuem para o aumento da resolubilidade dos serviços e da qualidade da atenção à saúde^(1-2,4-5).

Com finalidade de retratar o cenário atual e sugerir possíveis repercussões no ensino, Barr et al.⁽⁴⁾ descrevem a gama de características que permeiam as propostas de EIP. São apresentadas iniciativas pontuais e outras integradas aos currículos, de curta ou longa duração, com tema geral ou específico (como por exemplo, cuidados paliativos). Podem acontecer em serviços de saúde ou de ensino, durante ou após a graduação.

Modelos existentes na formação profissional na área da saúde no Brasil

Interessante observar que estudos^(2,4-5) apontam que a EIP é produto da relação entre os sistemas educacional e de saúde, pois é operada na interface entre ambos. Assim, importa contextualizar a discussão dos constructos teóricos da EIP no contexto brasileiro de formação dos profissionais de saúde que é majoritariamente uniprofissional e pautado no modelo de ensino por disciplinas e na racionalidade biomédica, referida à ênfase na dimensão biológica e no substrato anatomopatológico do processo saúde-doença⁽¹⁵⁾.

Esse modelo de formação corresponde, por um lado, a uma rede de serviços, a gestão e a atenção à saúde organizadas em torno das intervenções do profissional médico, com os demais profissionais atuando como auxiliares do trabalho médico⁽¹⁶⁾. Sabe-se que a educação e as práticas assim orientadas acarretam intensa fragmentação do cuidado e corporativismo profissional, de modo que os futuros profissionais da saúde são formados para ter o domínio dos saberes técnico-científicos que muitas vezes não abrangem esferas interdisciplinares e comunicativas/interativas.

Por outro lado, destacam-se no país iniciativas de mudança da formação dos profissionais de saúde envolvendo instâncias governamentais e de cooperação internacional, bem como a rede pública de serviços de saúde e de universidades⁽¹⁷⁻¹⁸⁾.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), organismo de cooperação internacional, aponta a necessidade de mudança dos padrões de formação de recursos humanos em saúde na região, a partir dos anos 1960. O primeiro instrumento jurídico de cooperação técnica OPAS-Brasil data de 1973 e já previa maior integração entre o sistema de formação de profissionais de saúde e serviços da rede assistencial do sistema de saúde que seria utilizada como recurso pedagógico, o estímulo à integração interprofissional e o desenvolvimento da integração docente assistencial⁽¹⁹⁾.

Nos anos 1980, as experiências acumuladas particularmente nos campos da educação médica e da enfermagem deram origem a uma importante proposta de mudança na formação dos profissionais de saúde: o Programa UNI (Programa – Uma Nova Iniciativa na Educação dos

Profissionais de Saúde: União a Comunidade)^(a). Patrocina- do pela Fundação Kellogg, no Brasil o Programa envolveu 6 projetos nas cidades de: Londrina, Marília, Botucatu, Brasília, Salvador e Natal⁽¹⁵⁾.

A articulação entre serviços de saúde, instituições for- madoras e comunidade foi a mais importante inovação do Programa UNI, cujas principais características eram a edu- cação de profissionais da saúde voltada aos problemas de saúde da população, estímulo ao ensino interdisciplinar e à aprendizagem baseada em problemas. Nessa perspectiva, o trabalho em equipe multiprofissional deveria servir de modelo aos e a organização comunitária fomentar a auto- gestão e a responsabilização⁽¹⁵⁾.

Em contrapartida à abordagem hegemônica da educa- ção centralizada no professor, o Programa UNI destacava a abordagem educativa crítico-reflexiva como estímulo à democratização do saber a partir da problematização da realidade com a participação ativa do estudante. Assim, o debate em torno do modelo pedagógico dos currículos foi reorientado com base na interdisciplinaridade, na concep- ção do trabalho multiprofissional e na especificidade da prática de cada profissão para superar a fragmentação do conhecimento⁽¹⁵⁾. As mudanças referidas aproximam-se do conceito da EIP analisado acima, mas ainda se concentram na educação interdisciplinar e atuação multiprofissional.

Diversos estudos nacionais reforçam a importância da integração de disciplinas no âmbito dos cursos de saúde, mediante conhecimentos experimentados e vividos como uma possibilidade de formar profissionais mais comprometi- dos e preparados para atender as necessidades de saúde da população⁽²⁰⁾. Contudo, como apontado acima, a ênfase na interdisciplinaridade pode promover a integração de disciplinas num mesmo campo profissional, o que repre- senta avanço em relação à tendência à fragmentação, sem abordar de forma complementar a EIP para a PIP.

No campo da interação entre profissionais já formados, um marco é a política brasileira de Educação Permanente em Saúde (EPS) instituída pela portaria GM/MS 198/04. Em consonância com o Programa UNI, este documento preconiza a articulação multiprofissional de represen- tantes das universidades, comunidades/usuários, trabalhado- res de serviços de saúde e gestores de serviços de saúde, no que um estudo⁽²¹⁾ propõe como o quadrilátero da for- mação no Brasil. A EPS tem o objetivo de constituir uma rede de ensino-aprendizagem no exercício de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), com sua recomposição na direção das necessidades da população/usuários como cidadãos de direitos.

Tendo a EPS e a integralidade da atenção à saúde como eixos norteadores, em 2004, foi criado o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS) com

o objetivo de contribuir para o processo de mudança na graduação em saúde no Brasil. O diferencial é que nesse espaço as 14 profissões da saúde desenvolvem discussões sobre formação multi e interprofissionais por meio da troca de experiências entre os diversos cursos de graduação⁽²²⁾.

Cabe mencionar mais duas iniciativas recentes de EIP no Brasil: a *residência multiprofissional em saúde*⁽¹⁸⁾ e o *Projeto Pró-Saúde e PET-Saúde*, ambas no âmbito do Ministério da Saúde⁽¹⁷⁾.

A história da *residência*, enquanto curso de pós- graduação *lato sensu* no Brasil, inicia-se em 1976 com a Residência em Medicina Comunitária que logo se tornou multiprofissional. Contudo, essa tendência não se con- solidou, visto que em 1977 constituiu-se formalmente a Residência Médica num cenário em que se reconhece um poderoso complexo médico-industrial, a primazia da concepção de saúde como ausência de doença, de doença como fenômeno estritamente biológico e a consolidação da formação profissional especializada⁽¹⁸⁾.

O debate sobre a *residência multiprofissional* rearticulou- se no final da década de 1990, a partir da implantação do Pro- grama de Saúde da Família como modelo de atenção primária em saúde para a reorientação da rede de serviços de saúde no país e do Movimento da Reforma Sanitária brasileira, que defende preservar as especificidades de cada área e reconhe- cer áreas comuns de atuação profissional pautadas em valores como a atenção integral à saúde e a promoção da saúde.

Porém, apenas em 2005 a Portaria Interministerial MEC/ MS n. 2.117 instituiu formalmente a Residência Multipro- fissional em Saúde, excetuada a área médica. Permanece a contradição do *multiprofissional* não incluir a área médica e as iniquidades, visto que ambas as residências (médica e multiprofissional) têm carga horária próxima e correspon- dem a dois anos de formação em serviço, mas a primeira é reconhecida como um curso de dois anos de formação e a segunda, de apenas um ano de formação⁽¹⁸⁾.

Na mesma perspectiva, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), mediante par- ceria do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), instituiu o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) por meio da Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.102 de 03 de novembro de 2005⁽¹⁷⁾.

O Pró-Saúde foi criado com o objetivo de integrar ensino-serviço, visando à reorientação da formação pro- fissional para uma abordagem integral do processo saúde- doença com ênfase na atenção primária para transformar a prestação de serviços à população brasileira. A articulação entre as Instituições de Ensino Superior e o servidor público de saúde potencializa respostas às necessidades concretas dos usuários/população mediante a formação de recursos humanos, a produção do conhecimento e a prestação dos serviços para o fortalecimento do SUS⁽¹⁷⁾.

^(a) Ao todo, o Programa UNI envolveu 23 projetos em 11 países (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, México, Nicarágua, Peru, Uruguai, Venezuela) com a participação de 103 cursos de graduação de 23 universidades e 600 organizações comunitárias.

Esse programa financia projetos de formação em todas as áreas profissionais da saúde, visa promover mudanças no modelo de atenção e de educação na perspectiva da integralidade da saúde e possui diferentes estratégias de fortalecimento como, por exemplo, o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET- Saúde) que envolve tutores da rede de saúde, estudantes e docentes da saúde, o Telessaúde, a Educação Profissional e o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para Saúde (PROFAPS) e a Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

O cenário brasileiro apresentado mostra que a formação em saúde é sobretudo uniprofissional e que as iniciativas de EIP, no Brasil, ainda são tímidas e referidas majoritariamente a ações multiprofissionais na graduação e pós-graduação *latu senso* e, mais recentemente, à atividades optativas extracurriculares como o PET-Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos resultados permitiu identificar e discutir a multiplicidade de conceitos de EIP e sua relação com a interdisciplinaridade. No entanto, esta análise teórica é limitada porque não foi desenvolvido um inventário geral das iniciativas brasileiras de EIP.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
2. Frenck J, Chen L, Bhutta ZA, Crisp N, Evans T, Fineberg H, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-57.
3. Zwarebstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3):CD000072.
4. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence. Oxford: Blackwell; 2005.
5. Freeth D, Hammick M, Reeves S, Koppel I, Barr H. Effective interprofessional education: development, delivery & evaluation. Oxford: Blackwell; 2005.
6. Reeves S, Zwarebstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1):CD002213.
7. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2007;11(22):239-5.
8. Zenzano T, Allan JD, Bigley MB, Bushardt RL, Garr DR, Johnson K, et al. The roles of healthcare professionals in implementing clinical prevention and population health. *Am J Prev Med*. 2011;40(2):261-7.
9. Iribarry IS. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho em equipe. *Psicol Reflex Crítica*. 2003;16(3):483-90.
10. Japiassu H. Interdisciplinaridade: a patologia do saber. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
11. Fazenda ICA. Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa. Campinas: Papirus; 1995.
12. Carvalho V. Acerca da interdisciplinaridade: aspectos epistemológicos e implicações para a enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(3):500-7.
13. Saupe R, Budó MLD. Pedagogia interdisciplinar: educare (educação e cuidado) como objetivo fronteiro em saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2006;15(2):326-33.
14. Thannhauser J, Russel-Mayhew S, Scott C. Measures of interprofessional education and collaboration. *J Interprof Care*. 2010;24(4):336-49.
15. Almeida MJ, Feuerwerker L, Llanos M. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; 1999.

-
16. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde instrumental para a análise do trabalho no programa saúde da família. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):438-46.
 17. Brasil. Ministério de Saúde. Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde [Internet]. Brasília; 2005 [citado 2012 jan. 7]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=22848
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios [Internet]. Brasília; 2006 [citado 2012 jan. 27]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf
 19. Paiva CHA, Pires-Alves F, Hochman G. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(3):929-39.
 20. Vilela EM, Mendes IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev Latino Am Enferm*. 2003;11(4):525-31.
 21. Ceccim RB, Feuerwerker LC. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Rev Saúde Coletiva*. 2004;14(1):41-65.
 22. Lugarinho R, Feuerwerker L. O que é o FNEPAS? *Bol Assoc Bras Ensino Med*. 2006;33(3/4):16-7.