



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

OTÁVIA CASSIMIRO ARAGÃO

**EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA FORMAÇÃO PARA SAÚDE COLETIVA:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA COM METASSÍNTESE**

SOBRAL-CE

2019

OTÁVIA CASSIMIRO ARAGÃO

**EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA FORMAÇÃO PARA SAÚDE COLETIVA:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA COM METASSÍNTESE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias

SOBRAL-CE

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sistema de Bibliotecas

Aragão, Otávia Cassimiro

Educação Interprofissional na formação para a Saúde Coletiva: uma revisão sistemática com metassíntese [recurso eletrônico] / Otávia Cassimiro Aragão. -- Sobral, 2019.

1 CD-ROM: il. ; 4 ³/₄ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato pdf do trabalho acadêmico com 115 folhas.

Orientação: Prof.^a Ph.D. Maria Socorro de Araújo Dias.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde

1. Educação Interprofissional. 2. Profissionais da Saúde. 3. Saúde Coletiva. I. Título.

OTÁVIA CASSIMIRO ARAGÃO

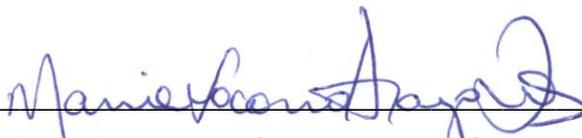
**EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA FORMAÇÃO PARA A SAÚDE COLETIVA:
UMA REVISÃO SISTEMÁTICA COM METASSÍNTESE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – Nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias

Avaliada em 18 de dezembro de 2019.

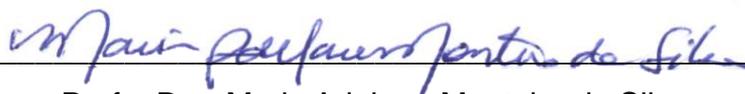
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Orientadora



Prof. Dr. Marcelo Viana da Costa
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN
Examinador Externo



Profa. Dra. Maria Adlane Monteiro da Silva
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Examinador Interno

Dedico ao meu
SENHOR,
porque dEle,
por Ele
e para Ele
são todas as coisas.
A Ele a glória,
a Ele a honra
e o louvor.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por ter me dado tudo o que precisei: amor, vida, fé, coragem, força, esperança, paciência, amparo, proteção, paz, saúde (para mim e para os meus) e o mais importante a Sua inestimável e imprescindível Presença.

A todos que compõe a Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, para além de toda expertise disponibilizada por seus organizadores e por nossos professores, agradeço pela ousadia e fidelidade a esta turma, pois mesmo diante de políticas de austeridade, agiram com zelo, tornando mínimas as consequências desta limitação, o que só reforçou nosso compromisso com o Curso e com seus mentores.

À Universidade Estadual Vale do Acaraú, minha segunda amada casa, e a todos que a compõe, em especial aos que fazem o Centro de Ciências da Saúde, por ter aberto todas as portas de oportunidades que tive na vida profissional.

A minha querida e sonhada orientadora, Prof^a. Dr^a. Maria Socorro de Araújo Dias, pela leveza de suas palavras, pela precisão e objetividade de seus ensinamentos, pelo suporte ao longo de todo o processo, pela cumplicidade e solidariedade.

De modo extensivo aos que fazem o LabSUS, grupo de pesquisa sob sua liderança, em especial à Prof^a. Ms. Karina Oliveira de Mesquita, por estar tão presente em todas as horas, principalmente nas mais difíceis, e à Prof^a. Ms. Lielma Silva, pelo olhar apurado e generoso nas últimas correções.

Aos meus colegas-amigos de turma, em especial à Ana Cláudia Barroso Cavalcante Paiva e ao meu querido amigo doutorando José Jeová Mourão Netto pelos conhecimentos e companheirismo, por palavras de motivação, por choros-risos compartilhados, por estarem juntos a mim na dor-alegria.

A minha mãe Margarida Cassimiro e do meu pai João Conrado Aragão (*in memoriam*), que são a maior motivação para a realização deste sonho, por todo amor e dedicação, porque mesmo não compreendendo quão longe eu poderia chegar, nem quão leve ou duro seria meu caminho, sempre estiveram ao meu lado.

Ao meu marido Cláudio Alves e as minhas alegrias Eduarda Aragão e Sophia Vasconcelos, pelo amor, pelo amor, pelo amor.

E a todos que fizeram parte da minha trajetória, muito obrigada.

*“Para ser grande, sê inteiro:
nada teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa,
Põe o quanto és
no mínimo que fazes.”*

(Fernando Pessoa, 1933)

RESUMO

A Saúde Coletiva, em seus debates sobre a integralidade, evidenciou fragilidades na formação monoprofissional, que repercutem na desagregação das práticas assistenciais, negando a importância do trabalho colaborativo e compartilhado. A formação dos profissionais precisa capacitar para um campo amplo, que envolve um conjunto de práticas, ideologias, políticas e economias próprias e que contribui para os avanços do sistema de saúde brasileiro. Como alternativa ao modelo tradicional de formação surge a Educação Interprofissional (EIP). Esta pesquisa analisou evidências científicas da EIP na formação de profissionais para Saúde Coletiva. Trata-se de um estudo bibliográfico, do tipo revisão sistemática, por Sandelowski e Barroso (2003), delineamento do método PRISMA e do AMSTAR 2. Os 40 estudos foram selecionados através dos critérios de inclusão com modelagem de metassíntese. Nesta, elegeu-se as etapas do *Cochrane Centre* e o fluxo com avaliação CASP. Os resultados evidenciam alterações curriculares, engajamento do corpo docente, metodologias ativas, interações Ensino-Serviço e Atenção à Saúde orientada para o paciente e família, estrutura física compartimentada das instituições formadoras, despreparo da docência; modelos de atenção que mescla visões tradicionais e contemporâneas do fazer/agir em saúde. Para uma EIP sustentável na formação para a Saúde Coletiva, os projetos políticos pedagógicos dos cursos correlatos devem apresentar consistência de EIP e sua plena implementação no currículo vivo. É preciso promover a integração entre os diferentes cursos da área da saúde, desenvolvendo competências orientadas pela EIP, entre as várias categorias profissionais, organizando-as em torno de um objetivo comum, a fim de que, trabalhando colaborativamente, qualifiquem e otimizem os resultados em saúde. Intervenções a longo prazo são imperiosas para amparar este complexo conjunto de mudanças, por isso, há a necessidade de estruturas organizacionais, de gestão e pedagógicas que reconheçam o valor e apoiem tais inovações. Entende-se que os resultados desta metassíntese podem colaborar para o enfrentamento de resistências às transformações das práticas em saúde orientadas pela EIP. A coletânea de estratégias e instrumentos metodológicos demonstrados neste estudo pode se constituir em uma referência potente para o desenvolvimento de novos processos formativos e práticas orientadas pela EIP e assim contribuir no campo da Saúde Coletiva. Estudos adicionais exploratórios e longitudinais, com métodos quantitativos, também são incentivados, como necessários a descoberta de inovações nessa área. Ademais, avaliações de impacto a longo prazo em relação a aprendizagem e aos benefícios dos cuidados de saúde a partir de práticas colaborativas orientadas pela EIP, são indicados.

Palavras-chave: Educação Interprofissional; Profissionais da Saúde; Saúde Coletiva.

ABSTRACT

The Collective Health, in its debates on comprehensiveness, showed weaknesses in uniprofessional training, which impact on the breakdown of care practices, denying the importance of collaborative and shared work. The training of professionals needs to qualify for a broad field, which involves a set of practices, ideologies, policies and own economies and that contributes to the advances of the Brazilian health system. As an alternative to the traditional training model comes Interprofessional Education (IPE). This research analyzed scientific evidence of IPE in the training of professionals for public health. This is a systematic literature review by Sandelowski and Barroso (2003), outlining the PRISMA method and AMSTAR 2. The 40 studies were selected using inclusion criteria with metasynthesis modeling. In this, we chose the Cochrane Center stages and the flow with CASP evaluation. The results show curriculum changes, faculty engagement, active methodologies, patient-family and Teaching-Service and Health Care interactions, compartmentalized physical structure of educational institutions, unpreparedness of teaching; models of attention that mixes traditional and contemporary views of doing / acting in health. For a sustainable IPE in Collective Health training, the pedagogical policy projects of the related courses must have IPE consistency and full implementation in the living curriculum. It is necessary to promote the integration between the different health courses, developing IPE-guided competences, among the various professional categories, organizing them around a common objective, so that, working collaboratively, they qualify and optimize the results in Cheers. Long term interventions are imperative to support this complex set of changes, so there is a need for organizational, management and pedagogical structures that recognize the value and support such innovations. It is understood that the results of this metasynthesis may contribute to the confrontation of resistance to the transformations of health practices guided by the IPE. The collection of strategies and methodological instruments demonstrated in this study can be a potent reference for the development of new training processes and practices guided by IPE and thus contribute in the field of Collective Health. Further exploratory and longitudinal studies with quantitative methods are also encouraged, as is the discovery of innovations in this area. In addition, long-term impact assessments of learning and health care benefits from collaborative IPE-driven practices are indicated.

Keywords: Interprofessional Education; Health professionals; Collective health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01.	Fluxograma para construção metodológica da metassíntese da Educação Interprofissional para a formação na Saúde Coletiva...	34
Figura 02.	Utilização da estratégia PICo e formulação da questão norteadora da RS.....	35
Figura 03.	Fluxograma do PRISMA para identificação e seleção dos artigos da revisão sistemática.....	47
Figura 04.	Mapa conceitual da concepção da Educação Interprofissional na Saúde Coletiva.....	78
Figura 05.	Mapa conceitual das repercussões práticas das relações Ensino-Serviço sob a égide da Educação Interprofissional.....	78
Figura 06.	Adoção, promoção e manutenção da Educação Interprofissional por tipos e categorias de suporte.....	81

LISTA DE TABELAS

Tabela 01.	Resultados das buscas por fonte e revisor.....	45
Tabela 02.	Resultado das estratégias de busca realizadas, por fonte de dados, segundo critérios de inclusão e exclusão.....	48
Tabela 03.	Distribuição por bases de dados, descritores, referências encontradas e selecionadas para a metassíntese.....	49

LISTA DE QUADROS

Quadro 01.	Fontes de dados e respectivas áreas de abrangência.....	37
Quadro 02.	Descrição dos termos de busca nas bases virtuais de dados...	37
Quadro 03	Estratégias de buscas nos espaços virtuais de dados.....	39
Quadro 04	Ficha de classificação dos estudos incluídos na revisão sistemática, segundo risco de viés da avaliação do CASP.....	50
Quadro 05	Distribuição dos artigos eleitos por base, título, referências e metodologia.....	52
Quadro 06	Descrição das categorias de análise, conforme as informações-chave evidenciadas nos estudos.....	59

SIGLÁRIO

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AMSTAR	<i>Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews</i>
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CAIPE	Centro para o Avanço da Educação Interprofissional
CASP	<i>Critical Appraisal Skills Programme</i>
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CFM	Conselho Federal de Medicina
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EAD	Educação à Distância
EIP	Educação Interprofissional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIES	Fundo de Financiamento Estudantil
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
LabSUS	Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS	Leis Orgânicas da Saúde
MPSF	Mestrado Profissional em Saúde da Família
NESCS	Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva
OMS	Organização PERMundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBL	<i>Problem Based Learning</i>
PCS	Práticas Colaborativas em Saúde
PET-SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

PROFAPS	Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
PUBMED/MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online/Library of Medicine</i>
ReBETIS	Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde
REIP	Rede Regional de Educação Interprofissional em Saúde
RENASF	Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RS	Revisão Sistemática
SC	Saúde Coletiva
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
UAB	Universidade Aberta do Brasil
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú
VER-SUS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	24
2.1	Objetivo Geral.....	24
2.2	Objetivos Específicos.....	24
3	REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1	Saúde Coletiva.....	25
3.2	Educação Interprofissional em Saúde.....	27
4	MÉTODO.....	32
4.1	Revisão Sistemática.....	32
4.2	Condução da questão norteadora.....	35
4.3	Definição dos critérios de elegibilidade.....	36
4.4	Fontes de informações.....	36
4.5	Mecanismo de busca dos estudos.....	37
4.6	Riscos de viés e instrumento de avaliação.....	41
4.7	Coleta e análise de dados.....	42
4.8	Conflito de interesse.....	43
4.9	Considerações éticas.....	44
5	RESULTADOS.....	45
5.1	Caracterização dos estudos.....	45
5.2	Evidências da Educação Interprofissional na Saúde Coletiva.....	58
5.2.1	Apoio institucional.....	61
5.2.2	Metodologias de ensino.....	61
5.2.3	Abordagem de ensino centrada no educando.....	62
5.2.4	Avaliação da aprendizagem.....	63
5.2.5	Interação Ensino-Serviço.....	64
5.2.6	Imersão nos contextos da prática.....	65
5.2.7	Foco da Atenção à Saúde.....	66
5.2.8	Relações entre Educação Interprofissional e Prática Colaborativa.....	66
5.2.9	Desafios da Educação Interprofissional na Saúde Coletiva.....	68
5.2.9.1	Desafios no Ensino.....	68
5.2.9.2	Desafios nos Serviços.....	69
6	DISCUSSÕES	72

6.1	Metassíntese.....	77
6.1.1	Ferramentas da Educação Interprofissional para atuação na Saúde Coletiva....	77
6.1.2	Integração Ensino-Serviço como indutora da Educação Interprofissional em Saúde Coletiva	80
6.1.3	A Educação Interprofissional na Atenção à Saúde Coletiva.....	81
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
	REFERÊNCIAS.....	86
	APÊNDICE 1 – Ficha de Classificação dos Estudos/CASP.....	98
	APÊNDICE 2 – Roteiro para coleta das informações dos estudos.....	99
	ANEXO 1 – Lista de verificação do PRISMA (2009).....	101
	ANEXO 2 – Lista de verificação do AMSTAR 2 (2017)	103
	ANEXO 3 – Lista de Verificação Qualitativa CASP.....	106

1 INTRODUÇÃO

A Saúde Coletiva no Brasil tem sua origem como campo científico e social, na década de 70 vinculada à luta pela democracia e ao movimento da Reforma Sanitária, com intensa influência do preventivismo e da medicina social em sua constituição (OSMO e SCHRAIBER, 2015). Nesse período, as fragilidades da perspectiva monoprofissional começam a se evidenciar com os debates sobre a integralidade, que mobilizou, por conseguinte a formação e o trabalho na saúde. A efetiva atuação em equipe se apresentava, então, como uma premissa para o enfrentamento dos problemas de saúde (TOASSI, 2017).

Essas limitações na formação dos trabalhadores da Saúde são relatadas por Costa *et al.* (2015) ao evidenciarem as tendências do monoprofissionalismo ao corporativismo, isolamento de categorias e fragmentação dos saberes. Aguiar da Silva, Scapin e Batista (2011) e Almeida Filho *et al.* (2014) explicam que, este tipo de formação, baseia-se em disciplinas e categorias distintas, cada uma possuindo conteúdos e marcos conceituais próprios, olhares específicos sobre os pacientes e suas necessidades de saúde, bem como uma maneira peculiar de atuar repercutindo na desagregação das práticas assistenciais, negando a importância do trabalho colaborativo e compartilhado.

Toassi (2017) expôs que os frutos do modelo tradicional e hegemônico de formação é o depauperamento da concepção da monoprofissionalidade, da compartimentalização especializada do conhecimento, implicando em fortes barreiras ao diálogo entre saberes e práticas, prejudicando a oferta dos serviços à população.

Essa problemática antecede a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e se torna objeto de intensas discussões após sua institucionalização. Um sistema de saúde que se propunha a atender as amplas demandas de saúde das pessoas, requer modelos de atenção e de formação coerentes com esse pré-requisito. Serviços e profissionais precisavam, ampliar as abordagens assistenciais, superar a predominante lógica da “queixa-conduta”, identificar necessidades de saúde, de forma holística e singular, em eventos concretos de vida e contribuir com a ampliação da autonomia e qualidade de vida de pessoas e coletivos (TOASSI, 2017).

Por isso, Moreira e Dias (2015) afirmam que, o SUS direcionou tanto as transformações no modo de atuação da Saúde, quanto influenciou na formação dos trabalhadores desta área. Fazia-se necessário que o perfil profissional se alinhasse às diretrizes das Políticas Públicas de Saúde, orientadas por uma concepção ampliada de saúde, exigindo um trabalho em equipe que respondesse a complexidade anunciada e considerasse a ampliação dos campos de atuação da Saúde Coletiva a saber, gestão de Saúde, sanitarismo, auditoria, promoção da Saúde, supervisão e Educação em Saúde. Tornou-se evidente que, alterações expressivas na realidade dos serviços de saúde, que provocassem impactos positivos, só seriam conquistadas reestruturando o modelo de formação da força de trabalho em saúde (DEMARZO, 2011).

O exposto se baseia no fato de haver fragilidade na formação dos profissionais, reproduzindo um modelo de Atenção à Saúde ainda pouco resolutivo (COSTA *et al.*, 2015). Formar separadamente profissionais de saúde que trabalham necessariamente juntos é um tema que precisa ser discutido no âmbito das políticas de saúde e de reorientação da formação desses profissionais.

Apesar de alguns avanços, tal formação ainda está distante, por exemplo, de assegurar um cuidado integral, que responda as múltiplas necessidades do paciente e de seus familiares. As qualificações dos profissionais de saúde parecem insuficientes para mudanças efetivas das práticas. Há uma necessidade imperativa crescente de formação capaz de (re)significar a atuação profissional, superando a monoprofissionalidade ou a multiprofissionalidade com vistas a um agir colaborativo para a Saúde Coletiva. Especialmente quando está se firma como área institucional, legítima, cientificamente consolidada e epistemologicamente diferenciada (CAMPOS *et al.*, 2009). A formação dos profissionais precisa, portanto, capacitar para um campo amplo, que envolve um conjunto de práticas, ideologias, políticas e economias próprias (SILVA; COSTA; OLIVEIRA, 2014) e que contribui para os avanços do sistema de saúde brasileiro (PAIM, 2007).

Assim, ao longo da história do país, houve marcos da Educação na Saúde que visaram legitimar o SUS, dentre os quais pode-se citar: Projeto de Expansão da Saúde da Família; Polos de Formação, Capacitação e Educação Permanente para as equipes de Saúde da Família; Especialização e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (BATISTA, 2015).

Na busca de reorientar a lógica do ensino da Saúde brasileiro, Costa (2014) afirma que, nas duas últimas décadas, importantes políticas interministeriais têm ajudado a superar problemas de formação profissional, com fortalecimento da interação ensino, serviço e comunidade. Inicialmente em 2003, com um novo ciclo de expansão das IES públicas e ampliação de vagas, criação do Programa Universidade para Todos (PROUNI), do Fundo de Financiamento Estudantil (FIES) e dos polos da Universidade Aberta do Brasil (UAB).

Essas políticas conseguiram estimular discussões sobre reformas curriculares; reconhecimento da atenção primária como palco de aprendizagem favorável à mudança do modelo de Atenção à Saúde, em substituição à formação centrada no hospital; adoção de metodologias ativas e inovadoras de ensino na saúde; e formação por competências para enfrentar os problemas de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

O objetivo central era dar suporte teórico e prático aos profissionais já inseridos nas equipes, oferecer, em especial, aos recém-egressos dos cursos de medicina e enfermagem uma formação mais adequada e estimular as universidades a inserirem o tema em seus respectivos programas de pós-graduação lato sensu. Apesar de fazerem parte do mundo do trabalho, esses cursos pouco discutiam as questões do dia a dia das práticas de saúde e os processos de trabalho, que também não eram entendidos como questões que pudessem instrumentalizar a gestão. Nessa perspectiva incluem-se: Comissão Intergestores Tripartite, Conselho Nacional de Saúde, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde.

Neste ínterim, emerge, nas últimas décadas a Educação Interprofissional (EIP) como proposta alternativa ao imperativo de superar os esquemas tradicionais de ensino, à complexidade das necessidades de saúde e à fragmentação do cuidado (BARR *et al.*, 2005a; REEVES *et al.*, 2010; PEDUZZI *et al.*, 2013). Este movimento que busca superação de um modelo de formação para a saúde que não dialogue efetivamente com as políticas públicas e com o cotidiano dos sistemas de saúde, supera barreiras nacionais. É necessidade reconhecida pela OMS (2010, 2013) como fenômeno mundial e se alia aos interesses da Saúde Coletiva, quando esta em sua orientação teórica, metodológica e política, privilegiava o social como categoria analítica (FERREIRA; CUNHA; BASTOS, 2015), desemborcando em práticas que prezam pela solidariedade (PAIM, 2007).

Essas afirmativas convidam ao debate e às reflexões sobre os substratos teórico-metodológicos e *modus operandi* para a incorporação da EIP. Nesse sentido, destacam-se mecanismos voltados ao educador como capacitação, apoio institucional, compromisso gerencial e resultados de aprendizado; e aos currículos como logística e cronograma, conteúdo programático, presença obrigatória, objetivos compartilhados, princípios de aprendizado para adultos, aprendizado contextual e avaliação. Ao considerar esses mecanismos, os formuladores de políticas podem determinar quais ações associadas levariam ao encorajamento da EIP em seu contexto local (OMS, 2010).

Vale considerar também mecanismos voltados aos educandos, pois ao serem estimulados a atuar interprofissionalmente desde sua formação, estarão mais aptos para uma prática colaborativa com maior potencial de resolutividade. Por isso, Bennett *et al.* (2011) expressam a necessidade de se revisitarem desenhos curriculares, programas de cursos, qualificação docente, ações de extensão, pesquisa e ensino, de modo a promover o envolvimento de diferentes cursos da saúde e outras áreas. A OMS (2016b) também recomenda aos estabelecimentos de ensino que adequem suas instituições e modalidades de ensino para promover a EIP.

Das iniciativas institucionais, no Brasil, na busca de uma maior organicidade entre a formação de profissionais de saúde e as práticas dos sistemas de saúde, destacam-se aquelas relativas ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), das Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS) e do Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (COSTA, 2017). Segundo o autor, as instituições caminham nessa direção, seja com adoção de disciplinas comuns aos diferentes cursos da área da saúde, seja com alterações no desenho curricular ou até mesmo a incorporando em residências multiprofissionais.

O PET-Saúde, por exemplo, em sua nona edição, teve como eixo central o tema da EIP. Segundo Pinheiro (2019), os projetos consideram ações de EIP entre professores, estudantes, profissionais de saúde, gestores e usuários a serem desenvolvidas na Atenção Básica/SUS, propondo a integração ensino-serviço e a diversificação dos cenários de práticas para alterações na formação, conforme necessidades de saúde da população.

Outra iniciativa foi a Resolução 2.227/2018, do Conselho Federal de Medicina, que estabelece critérios para prática da telemedicina no Brasil com possibilidade de teleconsulta em comunidades remotas de difícil acesso, com ajuda de enfermeiros e técnicos, auxiliando presencialmente no atendimento ao médico que se encontra distante, num trabalho colaborativo, sob a lógica da interprofissionalidade. A EIP também é tema de pauta da Gestão da Educação do Ministério da Saúde, compondo as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do bacharelado em medicina, como também iniciativas práticas relacionadas à Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.

Um exemplo brasileiro de entidade formadora dentro da lógica interprofissional é o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA) que oferece os cursos de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde e em Saúde Coletiva. Ressente-se, no entanto, que nos anos mais recentes tem-se evidenciado uma descontinuidade destas estratégias com impactos ainda não calculáveis.

No cenário internacional, Barr (2005a) afirma que, América do Norte, Europa e Ásia, têm apoiado, nos últimos trinta anos, alternativas para transformação do perfil profissional da Saúde. A OMS (2010) publicou um Quadro de Ação sobre EIP, no qual a formação profissional ganha destaque. Em 2011, os Estados Unidos elaboraram um Painel de competências centrais em Educação Interprofissional envolvendo valores éticos para prática interprofissional, papéis e responsabilidades profissionais, comunicação interprofissional e trabalho em equipe. Na América Latina, um importante passo foi dado em 2016. A Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS/OMS reuniu na Colômbia, instituições acadêmicas de doze países, incluindo o Brasil, que discutiram com especialistas do Canadá, Espanha, Reino Unido e Estados Unidos. Como resultado deste evento, foi formada a Rede Regional de Educação Interprofissional em Saúde (REIP), coordenada por Argentina, Brasil e Chile, gerando expectativas de fortalecimento da EIP. Apoiada pela REIP está a Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS), que faz a conexão entre ensino, pesquisa e práticas em saúde, com o intento de somar espaços de trocas de saberes no país e exterior que promovam maior notoriedade às políticas, projetos e movimentos cujo âmago seja a EIP e as Práticas Colaborativas (PC) na Saúde.

Pode-se destacar ainda a publicação de um documento recentemente elaborado pelo *Interprofessional Research Global* para estimular mais discussões sobre a EIP e PCS em todo o mundo. O documento fornece uma perspectiva sobre a situação atual e as necessidades mundiais em termos de pesquisa nessa área, com recomendações para equipes de pesquisas, informadas por teorias, para que alcancem avanços até 2022 (KHALILI et al., 2019).

Considerando o exposto e respaldado pelas premissas de Santos *et al.* (2016) ao referirem que um delineamento de objeto de pesquisa deve anunciar os vazios de conhecimento nas dimensões conceitual e processual, refletindo também modos de como as relações, interpretações e associações acontecem na perspectiva de determinado fenômeno a ser estudado é que este apresenta como objeto de investigação a EIP; sustentado pelas inquietações e questionamentos:

- Quais substratos teóricos/conceituais da Educação Interprofissional sustentam uma formação de profissionais de saúde?
- Quais evidências científicas atestam que a EIP qualifica as práticas na Saúde Coletiva?
- Quais elementos qualificadores permitem o reconhecimento da EIP como indutora da Prática Colaborativa na Saúde Coletiva?

O interesse pelo tema foi despertado durante o Mestrado Profissional em Saúde da Família (MPSF), da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), onde, em projetos de intervenção junto às famílias adscritas à Estratégia Saúde da Família, dentre outras aprendizagens, vivencia-se uma experiência de formação com potência interprofissional e colaborativa. O estímulo para a pesquisa veio mais precisamente após a inserção no Laboratório de Pesquisa Social, Educação Transformadora e Saúde Coletiva (LabSUS), grupo que desenvolve pesquisas na linha Educação, Formação e Colaboração Interprofissional na Saúde. Esse grupo de pesquisa é vinculado à Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), que por sua vez, integra-se a RENASF. As discussões deflagradas no MPSF e LabSUS tencionaram ao desenvolvimento deste projeto de dissertação.

Em meus processos de formação acadêmica, Educação Continuada e Educação Permanente participei de várias mudanças socioeconômicas, demográfica, políticas, que influenciaram tanto a área da Educação quanto da Saúde. Minha inserção na academia, por exemplo, coincidiu com a inauguração de

uma nova matriz curricular no curso de Enfermagem da UVA e com a implantação do Programa Saúde da Família em Sobral, no Ceará. Esses fatores exigiam um perfil profissional capaz de atuação na lógica do SUS e, mais especificamente, na Saúde da Família.

Porém, de modo proposital ou não, vivenciei mais profundamente a EIP, nas experiências com a Residência Multiprofissional em Saúde da Família; fora da área da Saúde, trabalhando na Educação, com pedagogos e as mais variadas metodologias, em mestrado de Ciências da Educação com concentração em Educação em Saúde; na coordenação de Educação Permanente; e outras experiências com distintas profissões dentro e fora da área da Saúde. Todas essas vivências produziram a ampliação de recursos profissionais suficientes para me fazer reconhecer a potencialidade a EIP. Após todo esse percurso, percebo-me cada vez mais distante do perfil de enfermeira isolada em uma categoria, supostamente dona da verdade e autossuficiente.

Para além da afinidade com o tema e dos motivos anteriormente citados, este estudo surge também de uma necessidade permanente de coadunar a formação de profissionais de saúde com a realidade do sistema de saúde, considerando a defesa da vida e uma educação emancipatória (BATISTA; BATISTA, 2016). Isso advém de que, apesar dos avanços na formação em saúde, ainda há resistência para o rompimento do modelo atual de formação, que reverbera na legitimação de um modelo de Atenção à Saúde pautado na forte divisão do trabalho. Os profissionais continuam sendo formados, separadamente, para no futuro trabalharem juntos, incoerência que traz importantes implicações para a qualidade da Atenção à Saúde. É necessário fortalecer a compreensão de que as especificidades são complementares e que o trabalho e a educação interprofissional sustentam a lógica de um trabalho mais efetivo no atendimento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde, atribuindo-lhes centralidade (COSTA, 2016).

A EIP na saúde, embora seja discutida mundialmente, ainda é pouco explorada no Brasil. Este estudo buscou, no acúmulo histórico e universal da produção de conhecimento, evidências a acerca das potencialidades, limites, estratégias e marcos da EIP para a formação de profissionais de saúde. Ressalta-se que foi realizada uma busca de revisões anteriores que respondesse à pergunta desta investigação, porém, sem êxito.

Em suma, este trabalho tem como justificativas: o fato de nos últimos anos haver uma descontinuidade das estratégias EIP; dos profissionais continuarem a ser treinados separadamente, o que implica em perpetuação das divisões nos processos de trabalho; das atuais estruturas físicas e dos desenhos curriculares também cooperarem para que os cursos da Saúde funcionem de modo individualizado, legitimando a segregação e fortalecendo as barreiras à interprofissionalidade; todos estes indo na contra-mão da urgência de equiparar a formação de profissionais de saúde com as necessidades do sistema de saúde. Reafirma-se que a consolidação da EIP implica em transformações políticas, culturais e institucionais, transpondo ações pontuais ou projetos provisórios. Acredita-se que uma boa forma de induzir tais transformações seria através de sínteses de evidências científicas sobre a temática.

A relevância desta pesquisa assenta no fato de ser o primeiro estudo conhecido que se presta a investigar a EIP na formação de profissionais de saúde para trabalhar em Saúde Coletiva. Uma busca abrangente foi realizada anteriormente para constatar que a pergunta desta pesquisa permanecia sem resposta. Esta revisão foi protocolada na Biblioteca Cochrane.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar evidências científicas da influência da Educação Interprofissional na formação de profissionais de saúde para atuação em Saúde Coletiva.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar substratos teóricos-conceituais da Educação Interprofissional na formação de profissionais de saúde para Saúde Coletiva;
- Averiguar, nos estudos selecionados e em suas colaborações científicas, se há evidências de que a EIP qualifica as práticas na Saúde Coletiva;
- Averiguar se há elementos qualificadores que permitam reconhecer a EIP como indutora da Prática Colaborativa na Saúde Coletiva;
- Descrever em síntese-revisão as evidências e suas correspondentes recomendações.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo tem a intencionalidade de sistematizar o estado da questão em que se encontra o objeto deste estudo, sendo estruturado em dois tópicos, a saber: Saúde Coletiva e Educação Interprofissional em Saúde.

3.1 Saúde Coletiva

A Saúde Coletiva surge na América Latina a partir de 1970, num movimento voltado para a constituição de uma medicina social que guardava identidade com a medicina social europeia do século XIX (LIMA, SANTANA e PAIVA, 2015). No mesmo período no Brasil, desenvolvendo-se de maneira conjunta com a instauração da Saúde Pública, confundindo-se muitas vezes com ela durante esse processo (SILVA, COSTA e OLIVEIRA, 2014). No entanto, em vez de sinônimos, a primeira se origina de uma vertente crítica no interior da segunda, oferecendo resistência à posição dominante das teorias lineares da causalidade e buscando conjunções interdisciplinares e reflexivas, que visavam superar, dialeticamente, o modelo biomédico (NUNES, 2009). Conforme Conceição (2015), há uma política sendo produzida quando se significa Saúde Coletiva enquanto sinônimo de Saúde Pública. Faz-se necessário notar que não se trata de um simples equívoco e sim de um grave enviesamento do tema, pois ignora a constituição histórica dos dois campos e sufoca a interdisciplinaridade evocada pela Saúde Coletiva desde seu surgimento.

Seu nascimento está, antes, associado aos movimentos sociais, quando o país lutava contra a ditadura militar e pela democratização da saúde, do Estado, dos seus aparelhos e da própria sociedade, afetando-se, portanto, com a democracia substantiva e progressiva, com ideais libertários e emancipatórios dos sujeitos na busca por condições de vida mais saudáveis (PAIM, 2007). Surgiu ainda entre o paradigma da multiplicidade de objetos e áreas dos saberes, com compromissos genéricos e inespecíficos, contudo com o objetivo concretos vislumbrando o benefício coletivo (SILVA; COSTA; OLIVEIRA, 2014), em oposição à alienação tecnicista (SCHRAIBER, 2008), revelando a carência de reflexões entre saberes diferentes na análise do processo saúde-doença-cuidado (BAPTISTA *et al.*, 2015).

Em 1979, surge a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO (NUNES, 1996). A partir de 1980, o campo da Saúde Coletiva, toma como seu objeto a própria análise das formações e a determinação da doença considerando o social.

Em 1985, aconteceu a Reforma Universitária Brasileira e a expansão do número de Instituições de Ensino Superior (IES) (MEDEIROS; AMORIM, 2013). A educação passa a desempenhar papéis políticos, além dos tradicionais reprodutores de mão de obra qualificada para o mercado de trabalho. Com a descentralização dos cursos e instalam-se linhas de profissionalização. Com o SUS e as Leis Orgânicas da Saúde houve diversificação de especializações relacionadas às subáreas de organização da Saúde Coletiva (BRASIL, 1990). Gestão de Sistemas de Saúde, Epidemiologia, Sistemas de Informação, são exemplos de curso iniciados nesse período, organizados sem rede, em vários estados da federação, com o apoio das lideranças do Ministério da Saúde e da OPAS sobressaindo o Curso de Aperfeiçoamento em Desenvolvimento de Recursos Humanos, cuja oferta foi ampliada com o surgimento dos Núcleos de Estudos em Saúde Coletiva – NESCS (NUNES, 2011). O alargamento dos cursos contribuiu para a formação de docentes em todas as regiões do país e para a construção de uma cultura de formação para o trabalho da saúde.

Nessa lógica, em 1994, surge o Programa Saúde da Família (depois intitulado de Estratégia Saúde da Família). Esse programa se torna a estratégia de reorientação do modelo assistencial no SUS. Como apoio às iniciativas formativas do programa são estruturados os Polos de Saúde da Família e o Programa de Educação à Distância (EAD) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz). A ENSP organiza projetos de expressão nacional: a formação de conselheiros de saúde, os mestrados profissionais da Saúde Coletiva e o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE. Em 2004, publica-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e criam-se os polos de educação permanente em saúde, buscando articular ensino e serviço, educação e trabalho (BRASIL, 2009).

Em 2008, é criada a Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS cujas formações são voltadas para grandes contingentes de participantes e desenvolvimento do SUS, mediadas em EAD. Suas atividades investem na formação para a atenção básica, incorporando as necessidades do Programa de

Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB) e do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2006).

Da sua origem aos dias atuais, muitos foram os progressos, com destaque para a formação de profissionais com conhecimentos nas áreas de ciências sociais, epidemiologia e de planejamento, de maneira global, integral e integrada que permitissem ações interprofissionais transformadoras para a sociedade (SILVA; COSTA; OLIVEIRA, 2014).

A Saúde Coletiva, por ser assumidamente interdisciplinar, atrai profissionais de diversas origens (BOSI; PRADO, 2011). O fomento à incorporação da interprofissionalidade permite uma melhor abordagem às complexas formas de intervenções que lhes são próprias, para as quais a monodisciplinaridade se tornou insuficiente (LUZ, 2009).

A lógica da interprofissionalidade, síntese de saberes e colaboração é, portanto, critério basal de orientação às práticas em Saúde Coletiva e possível desde que haja condições organizacionais, coletivas e subjetivas para sua efetivação. Acredita-se que a formação de profissionais de saúde dentro da lógica da EIP é condição basilar para efetivação de uma prática colaborativa dentro da Saúde Coletiva.

3.2 Educação Interprofissional em Saúde

Os campos e práticas relativos ao mundo do trabalho e da formação em saúde são expressivos de desafios. Dentre eles, destaca-se a formação dos profissionais para o efetivo trabalho em equipe e de modo colaborativo. As necessidades de saúde atuais, dinâmicas e complexas, exigem uma abordagem integrada, centrada no usuário, com forte colaboração entre distintas categorias profissionais e setores responsáveis pela melhoria da qualidade de vida e saúde da população (BARR; LOW, 2013).

No cenário internacional, políticas são adotadas como forma de enfrentar os desafios impostos à formação de profissionais da saúde. Frenk *et al.* (2010), no Relatório da Comissão Independente da revista *The Lancet*, afirmam que muitos esforços em todo o mundo na reforma do ensino na saúde não alcançaram resultados mais fortes pelo que a literatura vem chamando de tribalismo das profissões. Essa lógica de formação monoprofissional, legítima práticas de saúde

muito esfaceladas com prejuízos para a oferta dos serviços à população em todo o mundo. Esse movimento de críticas as tribos profissionais vêm evidenciando a EIP ao redor do mundo (BARR *et al.*, 2005b; REEVES *et al.*, 2010) como proposta alternativa ao modelo tradicional de formação pautado no desenvolvimento de competências específicas (WELLER; BOYD; CUMIN, 2014; GUPTA; ARORA, 2015).

Quanto a sua definição, para a OMS (2010), a EIP consiste no aprendizado entre mais de uma profissão, na qual há aquisição de três grandes grupos de competências: as comuns a todas as profissões, as específicas de cada área profissional e as colaborativas, cujas práticas utilizam todos esses saberes em proveito dos indivíduos, famílias e comunidades, com o intuito de gerar resultados promissores para a Saúde. Isso permite reconhecer, de acordo com Costa *et al.* (2015), a possibilidade de inverter a lógica mais usual de pensar a formação em saúde – cada profissão pensada e discutida em si – descortinando espaços e cenários para a incorporação da perspectiva do interprofissionalismo, percebendo que diferentes áreas profissionais podem constituir um campo integrador de Atenção à Saúde.

Já o Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE), define a EIP como: “Ocasões em que dois ou mais profissionais aprendem com os outros, entre si e sobre os outros para aprimorar a colaboração e qualidade dos cuidados e serviços” (BARR, 2013, p. 3). Em definição mais recente, a EIP em saúde trata de um conjunto de intervenções, no qual membros de mais de uma profissão da área da saúde aprendem juntos de forma interativa, com o explícito propósito de melhorar a saúde e bem-estar dos pacientes (REEVES., 2016). Nessas definições está embutida que, ao reconhecerem as relações existentes entre as profissões, os estudantes podem combinar seus conhecimentos para melhorar a prestação de serviços, a qualidade e a segurança no cuidado ao paciente (OMS, 2010).

Batista (2012) considera que para entendermos a EIP, é necessário resgatar outros dois conceitos essenciais nos quais ela está amparada. O primeiro trata da Educação, numa perspectiva dialógica e crítica, onde educador e educando interatuam no processo de ensino-aprendizagem, o primeiro sendo sujeito ativo na construção desse processo e o segundo não se limitando a mera transmissão de conteúdo. Ao despertar o pensamento crítico e reflexivo, a EIP igualmente incentiva a autonomia e a aprendizagem dos profissionais em formação, utilizando métodos

interativos e colaborativos (REEVES, 2016). A interação e emancipação deve ser tanta a ponto de Barr e Low (2013) sugerir que a EIP seja planejada em conjunto, não apenas entre o corpo docente e discentes, mas também incluindo usuários, serviços de saúde e outros colaboradores. O segundo conceito diz respeito a Saúde, entendida numa concepção ampliada, com ênfase na integralidade do cuidado, reconhecendo a importância da atuação interdisciplinar, com rompimento do modelo biomédico, centrado na doença.

A discussão sobre EIP convida ainda a reflexões sobre os fatores envolvidos na sua implementação, com destaque para a necessidade de bases concretas que assegurem sustentabilidade e resultados a curto, médio e longo prazo. É essencial se afastar da ideia de ações pontuais, como cursos isolados, projetos de extensão, componentes curriculares optativos, que assumem uma filiação personalizada, com o formato de quem as conduz, pouco ou nenhum apoio e articulação organizacional, exclusivamente através de esforços pessoais ou projetos provisórios, fragilizando-se enquanto pilar do processo de reorientação da formação profissional em saúde (COSTA, 2017). Essas iniciativas são relevantes e devem ser valorizadas, na medida em que podem estimular outras iniciativas, quando seus resultados começam a ser reconhecidos pelos atores envolvidos (COSTA, 2014). Porém, para que a EIP se consolide, deve implicar em transformações políticas, institucionais e culturais

Nessa perspectiva, são expostas três extensões da realidade que exercem forte influência no processo de adoção da EIP: macro, meso e microdimensão. No nível macro estariam as políticas de saúde e educação que reconhecem as bases teórico-conceituais e metodológicas como marcos reorientadores do processo de formação em saúde e do modelo de Atenção à Saúde. A dimensão meso se refere a mudanças curriculares, formação de módulos ou disciplinas, com a EIP materializada na intencionalidade dessas propostas. E na dimensão micro se destacam as fortes relações interpessoais que fundamentam o desenvolvimento das competências colaborativas (COSTA, 2017). Considera-se que a efetividade na implementação da EIP depende da articulação e forte relação de interdependência entre essas dimensões (OANDASAN; REEVES, 2005).

Quando implementada, a EIP pode ser útil em cursos de pré e pós-qualificação ou baseada em trabalho. Essas estratégias se complementam

mutuamente para resultar numa aprendizagem compartilhada e contínua. Durante seus cursos pré-qualificadores, os estudantes adquirem interesse pela aprendizagem interprofissional que é levado adiante em sucessivo aprendizado e prática colaborativa (BARR; LOW, 2013). Para isso, as instituições de ensino precisam se engajar nas práticas de saúde e preparar, em diálogo com o sistema de saúde, egressos capazes de mobilizar soluções coerentes com o contexto no qual estão inseridos.

Na contramão da implementação da EIP e desse engajamento está o fato de que o “processo de formação ser ainda muito conteudista e dificultar a adoção de estratégias capazes de formar atitudes, habilidades e valores pautados na colaboração” (COSTA, 2016, p. 198). Para superação dessa problemática o apoio institucional é indispensável no tocante às ações de desenvolvimento docente (KAHALEH *et al.*, 2015), perpassando pela aproximação com as teorias educacionais convergentes com a EIP. É importante qualificar o corpo docente para a gestão desses processos de mudanças, bem como da liderança, permitindo maior alinhamento entre as propostas dos cursos e as políticas de desenvolvimento institucional e ambas em sintonia com a responsabilidade social (HAGGMAN-LAITILA; REKOLA, 2014). Além disso, a estrutura física e os desenhos curriculares cooperam para que cada curso funcione em estrutura própria, legitimando a segregação e fortalecendo a barreira cultural relacionada às identidades profissionais (COSTA *et al.*, 2016). A ruptura de tais barreiras é crucial, pois conforme os formandos percorrem estruturas em comum, sejam instituições de ensino ou de saúde, surgem oportunidades para experiências interprofissionais.

Portanto, à medida que os profissionais, com diferentes formações na saúde, estão dispostos a transitar entre as áreas específicas de formação, articulando seu saber específico com o dos outros na organização do trabalho, compartilhando ações como delegar atividades a outros profissionais, nos moldes de uma prática colaborativa, influenciará na aquisição de competências necessárias para se tornarem parte da força de trabalho de saúde preparada para a prática e capaz de prestar serviços para problemas de saúde cada vez mais complexos (OMS, 2010).

As diferenças entre a EIP e a educação profissional tradicional parecem residir principalmente no desenvolvimento de atitudes e habilidades colaborativas

únicas, dentro de um novo modo de pensar o processo de ensino-aprendizagem. Para sua efetivação, é importante mitigar preconceitos que possam existir entre os profissionais e buscar reduzir o desconhecimento sobre o tema, com o objetivo fim de melhorar o trabalho em equipe, as competências colaborativas e a assistência ao paciente.

4 MÉTODO

Este estudo foi desenvolvido no período de agosto de 2018 a setembro de 2019, adotando-se um delineamento metodológico capaz de avaliar a EIP na formação em saúde no contexto da Saúde Coletiva. Trata-se de um estudo bibliográfico, de cunho qualitativo, cujo método definido foi a revisão sistemática delineada em metassíntese.

4.1 Revisão Sistemática

A pesquisa é algo recorrente em todas as áreas e, hoje em dia, com a facilidade dos meios de comunicação, é possível encontrar inúmeros estudos sobre a mesma questão de pesquisa. Na área da saúde, onde se preconiza a medicina baseada em evidências, a ideia é sempre utilizar a melhor evidência disponível (RODRIGUES; ZIEGELMANN, 2010).

Neste sentido, a reunião de evidências sumarizada com precisão e poder de análise tem sido recurso cada vez mais importante no setor saúde. As Revisões Sistemáticas (RS) se constituem enquanto método que promove a reunião objetiva da evidência, contribuindo para a resolução de discordâncias entre estudos primários, e a elaboração de respostas a perguntas específicas, relacionadas a lacunas de evidência (LIBERATI *et al.*, 2009; BAENA, 2014).

Nesta RS, elegeu-se as etapas propostas pela pesquisadora Catherine Francis-Baldesari (2006) do *Cochrane Centre* descritas abaixo:

(1) Identificar o interesse intelectual e o objetivo da pesquisa, fundamenta-se na relevância e na necessidade de integrar os dados dispersos sobre o tema. (2) Decidir o que é relevante aos interesses e, conseqüentemente, os critérios iniciais de inclusão dos estudos com exaustiva para validação da metassíntese, avaliando individualmente a qualidade de cada estudo. (3) Leitura e releitura de estudos para analisar as metáforas e as interpretações relevantes, elaborando resumos de forma a tornar os resultados mais acessíveis e organizados para o pesquisador. (4) Determinar como os estudos estão relacionados: ao justapor os resultados dos estudos primários. (5) Elaborar novas afirmações, mais concisas e amplas que correspondam ao conteúdo do conjunto dos resultados, mas que preservem o contexto do qual surgiram. (6) Elaborar a nova explicação de forma que seja equivalente a todos os estudos pesquisados. Sustentando os conceitos de cada estudo, ou seja, o novo conceito precisa ser capaz de incluir os conteúdos nos estudos pesquisados. Gerando outro nível de síntese derivada da análise e interpretações (FRANCIS-BALDESARI, 2006, s/d).

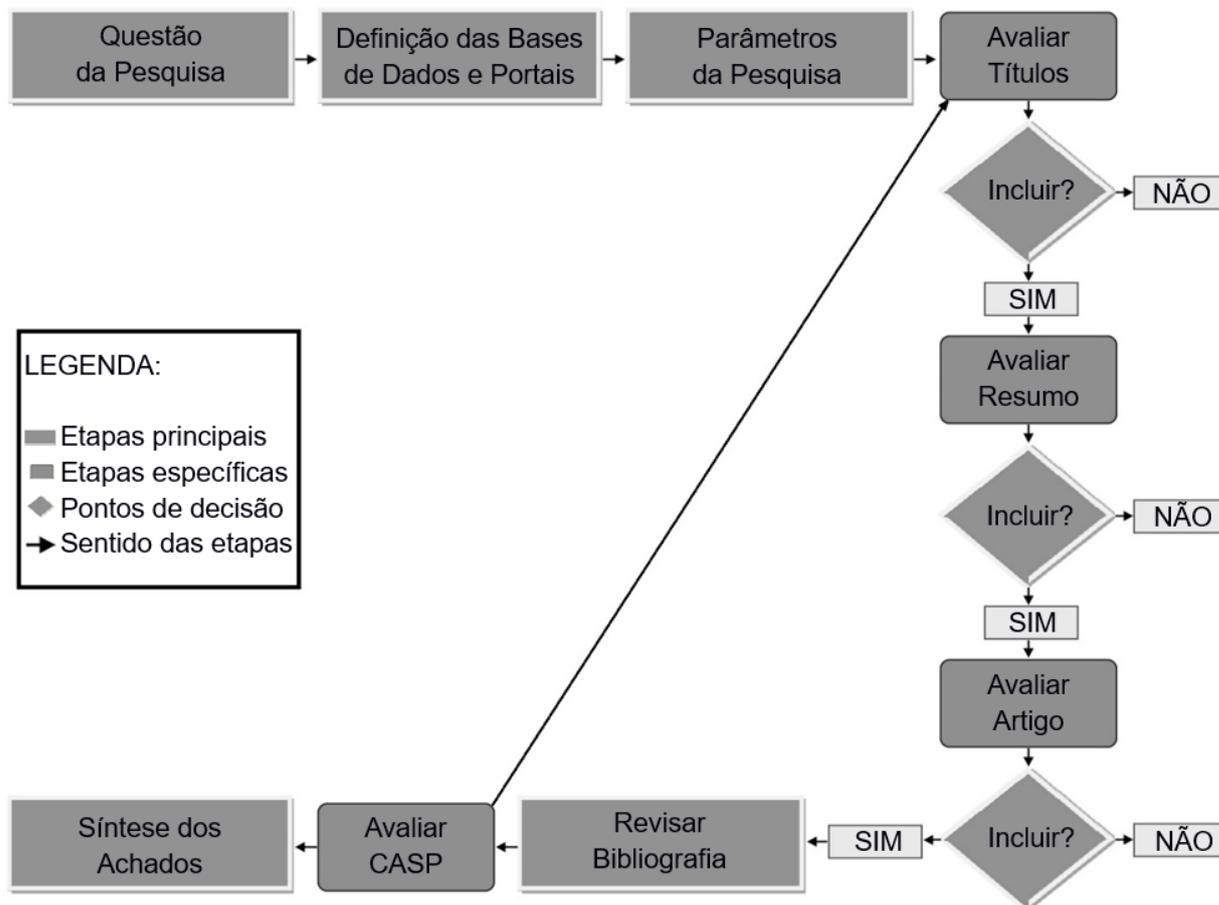
Pereira e Galvão (2014) destacam a peculiaridade existente neste tipo de estudo, ao permitir a avaliação de dados primários sem a pretensão de assumir um caráter tendencioso na sua preparação. A “revisão sistemática” é um tipo de

investigação científica. Essas revisões são consideradas estudos observacionais retrospectivos ou estudos experimentais de recuperação e análise crítica da literatura. Testam hipóteses e têm como objetivo levantar, reunir, avaliar criticamente a metodologia da pesquisa e sintetizar os resultados de diversos estudos primários. Busca responder a uma pergunta de pesquisa claramente formulada. Utiliza métodos sistemáticos e explícitos para recuperar, selecionar e avaliar os resultados de estudos relevantes. Reúne e sistematiza os dados dos estudos primários (unidades de análise). É considerada a evidência científica de maior grandeza e são indicadas na tomada de decisão na prática clínica ou na gestão pública. Destaca-se que as RS representam um alto nível de evidência científica, mas para tanto, é necessária uma busca sistemática das informações em várias fontes.

Dentre os dois tipos de revisão sistemática, a metanálise e a metassíntese, optou-se pela segunda. Sob este aspecto, é possível considerar a metassíntese como uma interpretação de muitas vozes de um fenômeno, podendo ter diferentes participantes em um mesmo estudo, ou seja, diferentes histórias, crenças ou visões de mundo, como também variações de metodologias, filosofia e propostas. O que relaciona as pesquisas, os participantes, as metodologias e os pesquisadores dos estudos primários, entre si, é o fato de participarem do mesmo fenômeno estudado, através da análise e da interpretação do revisor (LOPES e FRACOLLI, 2008).

Adotou-se como referência o fluxo proposto para metassíntese por Sandelowski e Barroso (2003), cujas etapas estão definidas na Figura 01. No fluxo, a construção metodológica da metassíntese se iniciou com a questão da pesquisa. Em seguida, foram definidas as bases de dados e portais conforme suas áreas de abrangência, implicando na procura por bases nacionais, internacionais e específicas. Deu-se então a escolha dos parâmetros da pesquisa considerando o tipo de estudo, a forma de coleta de dados e os critérios de inclusão e exclusão, seguidos da análise dos títulos, resumos e textos completos. Em prosseguimento, foram listados os artigos em planilha contendo os relativos dados bibliográficos. Elegeu-se a avaliação *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) como para qualidade dos artigos. Com base nesta avaliação, os artigos que foram considerados com relevantes evidências científicas foram organizados de forma a produzir, por fim, a síntese dos achados.

Figura 01. Fluxograma para construção metodológica da metassíntese da Educação Interprofissional para a formação na Saúde Coletiva.



Fonte: Adaptado de Sandelowski e Barroso (2003).

Para o delineamento desta RS com metassíntese foram adotadas as orientações do método *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA¹) (ANEXO 1). O objetivo do PRISMA é ajudar os autores a melhorarem o relato de revisões sistemáticas, podendo ser útil para uma autoavaliação crítica. No que concerne aos aspectos metodológicos, foram respeitadas suas etapas fundamentais, a saber: registro e protocolo da RS em órgãos reguladores; rigor no estabelecimento de critérios de elegibilidade dos estudos; inclusão de fontes de informações com enfoque na busca de estudos finalizados; apresentação das estratégias de busca; seleção e extração das informações realizadas duplamente; avaliação do risco de viés em cada estudo; e avaliação do risco de viés entre os estudos (LIBERATI *et al.*, 2009).

¹ A recomendação PRISMA consiste em um *checklist* com 27 itens e um fluxograma de quatro etapas. Que pode ser utilizado como uma base para relatos de revisões sistemáticas de outros tipos de pesquisa. Entretanto, não se trata de um instrumento de avaliação de qualidade de uma revisão sistemática (GALVÃO; PASSANI; HARRAD, 2015).

Além das orientações do PRISMA, foram considerados os critérios de avaliação de qualidade estabelecidos pelo *Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews* AMSTAR 2 (ANEXO 2), uma ferramenta de medição para avaliar a qualidade metodológica de revisões sistemáticas, na perspectiva de alcançar uma avaliação que qualifique a RS como “*moderate* ou *high*”. AMSTAR é um instrumento genérico de avaliação da qualidade de RS. Assim, foram incluídos, de forma adicional, quesitos que não são especificados pelo PRISMA, como: realização de uma busca abrangente em bases de dados essenciais para RS e específicas para temática deste projeto, como também a inclusão de literatura suplementar; especificar o uso de documentos independente da sua situação de publicação; apresentar uma lista de documentos incluídos na RS; e utilização de uma ferramenta de avaliação de qualidade ou *checklist* (SHEA *et al.*, 2017).

4.2 Condução da questão norteadora

Para formulação da questão norteadora, considerando a dimensão qualitativa do fenômeno que foi investigado, adotou-se a recomendação do *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2014) que orienta, nessas circunstâncias, a modificação do acrônimo PICO para PICo (P refere-se aos participantes; I ao fenômeno de interesse; e Co ao contexto de estudo). Apresenta-se na Figura 02 a aplicação da estratégia PICo para a construção da questão norteadora desta RS.

Figura 02. Utilização da estratégia PICo e formulação da questão norteadora da RS.

<p>P: Profissionais da saúde I: Educação Interprofissional em Saúde Co: Atuação em Saúde Coletiva</p>	<p>Questão norteadora: Quais as evidências científicas da influência da Educação Interprofissional na formação de profissionais de saúde para atuação em Saúde Coletiva?</p>
---	---

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

4.3 Definição dos critérios de elegibilidade

No que concerne a avaliação da elegibilidade dos estudos (triagem dos artigos pela leitura do título e resumo) duas revisoras, de forma independente, conduziram as buscas orientadas por critérios de inclusão e exclusão.

Foram incluídos: estudos primários, disponíveis gratuitamente, que tinham enfoque na Educação Interprofissional em Saúde para atuação em Saúde Coletiva; publicação em qualquer idioma e ano.

Ainda para efeito de seleção, foram excluídos, considerando os pressupostos da Educação Interprofissional em Saúde, os documentos que abordassem a formação em saúde orientada por modelo de educação cartesiano, distribuído em disciplinas, de caráter unitário e compartimentalizado. Documentos duplicados, teóricos, sem relação com os objetivos da pesquisa, com abordagem quantitativa exclusiva e overview também não foram considerados.

4.4 Fontes de informações

A escolha por diferentes bases de dados e portais científicos favoreceu a maior abrangência do tema pesquisado. Optou-se pelas fontes que permitiram informações completas. A escolha se relacionou com os critérios estabelecidos para esta RS, procurando-se selecionar as que pudessem fornecer as melhores evidências científicas. Entre os critérios considerados para seleção das bases estavam: tipo de estudo que indexa; áreas do conhecimento multidisciplinar; abordagem específica do tema; acesso do revisor às bases; e tempo disponíveis para a obtenção dos estudos.

As buscas foram realizadas em bases de dados e portais científicos, conjugadas aqui como 'fonte de dados', que contemplassem evidências nacionais e internacionais. Diante desta premissa, foram conduzidas buscas na *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online/Library of Medicine (MEDLINE)*, *Scopus Preview (SCOPUS)*, *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)*, *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)* e *Biblioteca Virtual da Saúde (BVS)*.

A escolha por estas bases e portais se justificam por suas áreas de abrangência, demonstrado no Quadro 01, por ter em comum as Ciências da Saúde, com exceção da PUBMED, que traz, em aproximação, as Ciências Biológicas.

Quadro 01. Fontes de dados e respectivas áreas de abrangência.

FONTE DE DADOS	ÁREA DE ABRANGÊNCIA
PUBMED	Ciências Biológicas
SCOPUS	Ciências da Vida, Ciências da Saúde, Ciências Sociais e Humanidades, Ciências Físicas
LILACS	Ciências da Saúde
SCIELO	Ciências da Vida, Ciências da Saúde, Ciências Sociais e Humanidades, Ciências Físicas
BVS	Ciências da Saúde

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

4.5 Mecanismo de busca dos estudos

Para realização das buscas nas bases de dados e portais foram utilizados descritores (termos de busca) disponíveis no *Medical Subject Heading* (MeSH) e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) conforme especificidade da base ou portal, como também palavras-chave identificadas a partir de leitura que se aproximassem ao tema de pesquisa. O Quadro 02 apresenta a definição dos termos escolhidos.

Quadro 02. Descrição dos termos de busca nas bases virtuais de dados.

Termo	Definição do termo no DeCS	Definição do termo no MeSH
Educação Interprofissional	Capacitação que ocorre quando estudantes de várias profissões aprendem uns com e sobre os outros a fim de melhorar a colaboração e a qualidade da atenção à saúde. Suas interações são caracterizadas pela integração e modificação da compreensão dos participantes e conceitos centrais de cada disciplina, além da familiaridade com a linguagem básica e pontos de vista das várias disciplinas.	Não identificado. Equivalente: Relações Interprofissionais, isto é, a interação recíproca de dois ou mais indivíduos profissionais.

Quadro 02. Descrição dos termos de busca nas bases virtuais de dados. (continuação)

Termo	Definição do termo no DeCS	Definição do termo no MeSH
Pessoal de Saúde, Profissional da Saúde, Profissional de Saúde	Indivíduos que trabalham na provisão de serviços de saúde, quer como médicos individuais ou empregados de instituições e programas de saúde, profissionais de saúde treinados ou não, sujeitos ou não a regulamento público.	<i>Health personnel</i> : Pessoas que trabalham no campo da saúde. Homens e mulheres que trabalham na prestação de serviços de saúde, seja como profissionais individuais ou empregados de instituições e programas de saúde, sejam ou não treinados profissionalmente e estejam ou não sujeitos a regulamentação pública. Prestadores de cuidados de saúde. Profissionais de saúde. <i>health professional</i> : nenhum
Saúde Coletiva, Saúde Pública	Ramo da medicina voltado para a prevenção e o controle de doenças e deficiências, e para a promoção da saúde física e mental da população tanto nos níveis internacional e nacional, como no estadual ou municipal.f	<i>Collective health</i> : nenhum <i>Publichealth</i> : Filial da medicina preocupada com a prevenção e controle de doenças e incapacidades, e a promoção da saúde física e mental da população nos níveis internacional, nacional, estadual ou municipal. Saúde da comunidade
Comportamento Cooperativo	A interação de duas ou mais pessoas ou organizações, que é direcionada para um objetivo comum, mutuamente benéfico. Uma situação de trabalho ou de atuação em conjunto com um propósito ou benefício comum, isto é, uma ação conjunta.	A interação de duas ou mais pessoas ou organizações voltadas para um objetivo comum que é mutuamente benéfico. Um ato ou instância de trabalhar ou agir em conjunto para um propósito ou benefício comum, ou seja, ação conjunta.
Colaboração Interprofissional	Não identificado	Nenhum. Qualquer fragmento: colaboração intersetorial; posicionamento interdisciplinar; relações interprofissionais (A interação recíproca de dois ou mais profissionais).

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Cabe destacar aqui as reflexões de Campos (2000), sobre a institucionalização dos saberes mediante a adaptação de núcleos e de campos. Núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Tanto o núcleo quanto o campo seriam, pois, mutantes e se interinfluenciariam, não sendo possível detectar-se limites precisos entre um e outro. Contudo, no núcleo, haveria uma aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar. Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto. Considera-se Saúde Coletiva como campo científico e Saúde Pública como núcleo.

A partir da necessidade de associar os descritores e palavras-chave, utilizou-se os operadores booleanos *and* e *or*. O Quadro 03 apresenta as estratégias de buscas utilizadas nas bases e no portal de dados.

Quadro 03. Estratégias de buscas nos espaços virtuais de dados.

Base ou Portal ¹	Termos de busca (Descritores/Palavras-chave)	Base de descritores
PUBMED SCOPUS	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>"Interprofessional education" and ("health personnel" or "health professional") and ("collective health" or "public health") and ("cooperative behavior" or "interprofessional collaboration")</i> 2. <i>"Interprofessional education" and ("cooperative behavior" or "interprofessional collaboration")</i> 3. <i>"Interprofessional education" and ("health personnel" or "health professional") and ("collective health" or "public health")</i> 4. <i>"Interprofessional education" and ("health personnel" or "health professional" or "health professional")</i> 5. <i>"Interprofessional education" and ("collective health" or "public health")</i> 	MeSH

Quadro 03. Estratégias de buscas nos espaços virtuais de dados (continuação).

Base ou Portal ¹	Termos de busca (Descritores/Palavras-chave)	Base de descritores
LILACS SCIELO ¹ BVS ¹	<ol style="list-style-type: none"> 1. “educação interprofissional” and (“pessoal de saúde” or “profissional da saúde” or “profissional de saúde”) and (“saúde coletiva” or “saúde pública”) and (“comportamento cooperativo” or “colaboração interprofissional”) 2. “educação interprofissional” and (“comportamento cooperativo” or “colaboração interprofissional”) 3. “educação interprofissional” and (“pessoal de saúde” or “profissional da saúde” or “profissional de saúde”) and (“saúde coletiva” or “saúde pública”) 4. “educação interprofissional” and (“pessoal de saúde” or “profissional da saúde” or “profissional de saúde”) 5. “educação interprofissional” and (“saúde coletiva” or “saúde pública”) 	DeCS

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

A opção por termos não indexados em bases como descritores, se justifica pela necessidade de abrangência do tema Educação Interprofissional, sendo ausentes descritores que evidenciem de forma específica a temática. Associam-se as escolhas das palavras-chaves ou termos ao núcleo de sentido na questão de partida, no caso “Profissionais da saúde”, “Atuação em Saúde Coletiva”.

Foi utilizado o termo “saúde pública” ou “*public health*” como sinônimo de “saúde coletiva”, por este último não ser descritor nas bases mencionadas. Optou-se por utilizar o descritor “*cooperative behavior*”/“comportamento cooperativo”/“colaboração interprofissional” durante as buscas, considerando sua relação direta com o objeto do estudo.

É válido destacar que, nesta revisão, adotam-se os conceitos da OMS (2010) para Educação Interprofissional, conforme descrita anteriormente, e para Prática Colaborativa, que ocorre quando diversos profissionais de saúde com dessemelhantes experiências profissionais atuam com pacientes, famílias, cuidadores e comunidades para prestar assistência da mais alta qualidade, permitindo integração de qualquer indivíduo cujas habilidades possam alcançar os objetivos de saúde propostos.

Duas revisoras realizaram o processo de busca dos estudos nas bases e portal de dados, com as estratégias detalhadas no Quadro 03. As buscas ocorreram de forma independente, garantindo o seguimento do método e, ao final, as revisoras confrontaram os números obtidos. Pequenas divergências foram desconsideradas, levando em conta diferenças de datas entre as buscas. Em caso de discordâncias maiores, uma terceira revisora foi consultada para resolução, adotando-se o consenso entre elas.

4.6 Riscos de viés e instrumento de avaliação

Foram avaliados os riscos de viés nesta revisão, buscando a qualidade das evidências. Essa avaliação se deu tanto em caráter individual, quanto entre os artigos, para que qualquer tipo de viés possa ser identificado e evitado. Atenção maior foi dada ao viés de publicação, que trata da “tendência dos estudos com resultados nulos ou negativos serem publicados” (BRASIL, 2014, p. 59). Embora em algumas RS esta avaliação de viés não seja aplicável, nesta foi possível.

A fim de minimizar esses erros, conforme descrito anteriormente, a extração de dados teve dois revisores coletando as informações dos estudos primários de forma independente, e resolvendo as discordâncias com um terceiro revisor ou por meio de consenso. Além disso, somente estudos com resultados razoavelmente válidos foram incluídos. Uma síntese narrativa com profundas avaliações críticas de estudos primários individuais foi pretendida.

No que concerne à qualidade dos estudos primários, resultados valiosos podem ser desprezados ao se excluir estudos em nome do preciosismo metodológico. Ressalta-se, porém, que os estudos selecionados precisam de descrição, precisão, relevância e coerência metodológica (ALMEIDA; GOULART, 2017).

Os estudos selecionados nesta pesquisa foram investigados quanto à qualidade por meio do *checklist* CASP específico (ANEXO 3), uma vez que esse auxilia na análise crítica de pesquisa quanto a rigor, credibilidade e relevância. Este documento apresenta 10 itens que conduzem o avaliador a pensar de forma sistemática sobre as questões que foram analisadas (ESPÍNDOLA; BLAY, 2009; CASP, 2018). A opção por este instrumento se fundamenta pelo delineamento assumido nesta proposta de pesquisa.

Para tanto, o CASP acumula uma avaliação a partir de 10 itens, que no *checklist* original contemplam os seguintes questionamentos:

(1) Há uma declaração clara sobre os objetivos da investigação? (2) É uma metodologia qualitativa apropriada? (3) O desenho metodológico foi apropriado para abordar os objetivos da pesquisa? (4) A estratégia de recrutamento foi adequada aos objetivos da pesquisa? (5) Os dados foram coletados de uma forma que abordou a questão da pesquisa? (6) A relação entre pesquisador e participante foi adequadamente considerada? (7) As questões éticas foram tomadas em consideração? (8) A análise dos dados foi suficientemente rigorosa? (9) Há uma declaração clara dos resultados? (10) Quão valiosa é a pesquisa? (CASP, 2013, p. 1-10).

Cada estudo foi filtrado pelo *checklist* e classificado em duas categorias (A e B). Na categoria A foram incluídos estudos com pequeno risco de viés, aqueles que preencherem ao menos nove dos dez itens; e na categoria B aqueles estudos que apresentarem risco de viés moderado, ou seja, quando pelo menos 5 dos 10 itens forem atendidos, contemplando, pois, apenas parcialmente os critérios adotados (ESPÍNDOLA; BLAY, 2009).

4.7 Coleta e análise de dados

A coleta de dados foi realizada em quatro etapas: busca dos estudos em bases ou portais de dados; seleção dos estudos pela leitura de títulos; seleção dos estudos pela leitura de resumos; seleção dos estudos pela leitura dos artigos na íntegra. A coleta foi apoiada por instrumento (APÊNDICE 2) que permitiu a extração de informações-chave dos estudos para a construção da metassíntese.

Para isso, cada achado apresentava título, informações dos autores, informações bibliográficas da publicação, aspectos metodológicos, perfil dos participantes, critérios de elegibilidade dos participantes ou documentos, intervenções ou práticas realizadas, desfechos ou resultados alcançados, base de dados indexada, descritores utilizados na busca, considerações da avaliação da qualidade do estudo por meio do *checklist* CASP, avaliação do risco de viés do estudo, estratégias para EIP, contribuições ou recomendações e desfechos que poderiam ser comparados de cada estudo.

Foram utilizadas planilhas para cruzamento das informações e de estruturação da metassíntese, permitindo comparar os dados, buscando convergências e divergências entre as informações. Os achados dos artigos foram então organizados de modo a dispensar releituras do texto integral e contribuindo com a formação das categorias. As categorias foram tabeladas, com a descrição de como os resultados dos estudos se relacionam com a EIP e o percentual de frequência do achado entre os artigos. O cálculo da frequência das categorias foi

efetuado com a divisão do total de artigos em cada uma delas pelo número de artigos da revisão, buscando apresentar visualmente as evidências identificadas e seus impactos.

Para apresentação da metassíntese se usou a estratégia do mapa conceitual. Para Construção dos mapas conceituais, utilizou-se a ferramenta *on line* Lucidchart®, que combina diagramação, dados e colaborações para facilitar a compreensão de determinado tema. Conforme Tavares (2007), Mapa Conceitual “é uma estrutura esquemática para representar um conjunto de conceitos imersos numa rede de proposições”, ou seja, é uma ferramenta gráfica que esquematiza ideias de modo organizado. O conteúdo é hierarquizado auxiliando na compreensão daquilo que se pretende analisar. Segundo Prado (2009), o objetivo do mapa conceitual é organizar o conhecimento e estruturar a informação por meio de uma representação gráfica de um conjunto de conceitos inter-relacionados. Os conceitos são unidos uns aos outros por palavras de enlace. Foram produzidos dois mapas conceituais: das concepções da EIP na Saúde Coletiva e das relações do Ensino-Serviço na EIP e influência para o campo da prática.

4.8 Conflito de interesse

Segundo Thompson (1993), é um conjunto de condições nas quais o julgamento de um profissional a respeito de um interesse primário tende a ser influenciado indevidamente por um interesse secundário. De modo geral, as pessoas tendem a identificar conflito de interesses apenas como as situações que envolvem aspectos econômicos. Mas, outros importantes aspectos também podem ser lembrados.

Bacelar (2017) lista alguns desses aspectos, tais como, interesse comercial ou financeiro em: consultorias, verbas, patentes, direitos autorais, honorários por palestras, licenças para eventos científicos, obtenção de passagens ou estadia; autopromoção; beneficiamento infiel de afiliações institucionais, políticas ou religiosas.

O interesse na produção desta revisão sistemática parte da necessidade de identificar estudos que discutam a Educação Interprofissional na formação de profissionais da saúde para atuarem de forma colaborativa no campo da Saúde Coletiva; e contribuir na produção do conhecimento científico no campo da formação e da Saúde Coletiva. Assim, não há interesses pessoais ou financeiros.

4.9 Considerações Éticas

Este estudo foi subsidiado por fontes de dados: textos publicados em revistas científicas indexadas em Bases de Dados ou portais, divulgados na ampla mídia, obtidos de forma online e de acesso gratuito.

Considerando na Resolução Nº 510/2016 (BRASIL, 2016), que discrimina especificidades apontadas na Resolução Nº 466/2012 (BRASIL, 2012), tem em seu artigo 1º, parágrafo único, as situações em que as pesquisas não foram registradas nem avaliadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem-se: pesquisa com bancos de dados, cujas informações são agregadas, sem possibilidade de identificação individual; e pesquisa realizada exclusivamente com textos científicos para revisão da literatura científica.

Assim, não se fez necessária a apreciação do projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa. De todo modo, salienta-se que todo zelo foi tomado no tratamento das informações contidas nos estudos, assim como foi dado o devido valor, referenciando, cada estudo consultado.

5 RESULTADOS

Este capítulo está organizado em dois tópicos. O primeiro trata da caracterização dos estudos quanto aos resultados das buscas, o processo de exclusão e de inclusão dos artigos na revisão, a etapa de avaliação pelo CASP, as apresentações gráficas dos números encontrados e fluxos realizados; quanto ao método, ao período, à localização e ao objeto de pesquisa. O segundo trata da análise das evidências da EIP para a Saúde Coletiva, incluindo as repercussões, as potencialidades e os desafios, tanto no ensino quanto no serviço.

5.1 Caracterização dos estudos

As revisoras (A e B), ao realizar independentemente as buscas e confrontarem os números obtidos, encontraram divergências em alguns resultados, sendo oportuno a avaliação de uma terceira revisora (C). As variações dos achados e o consenso entre as revisoras está expresso na Tabela 01.

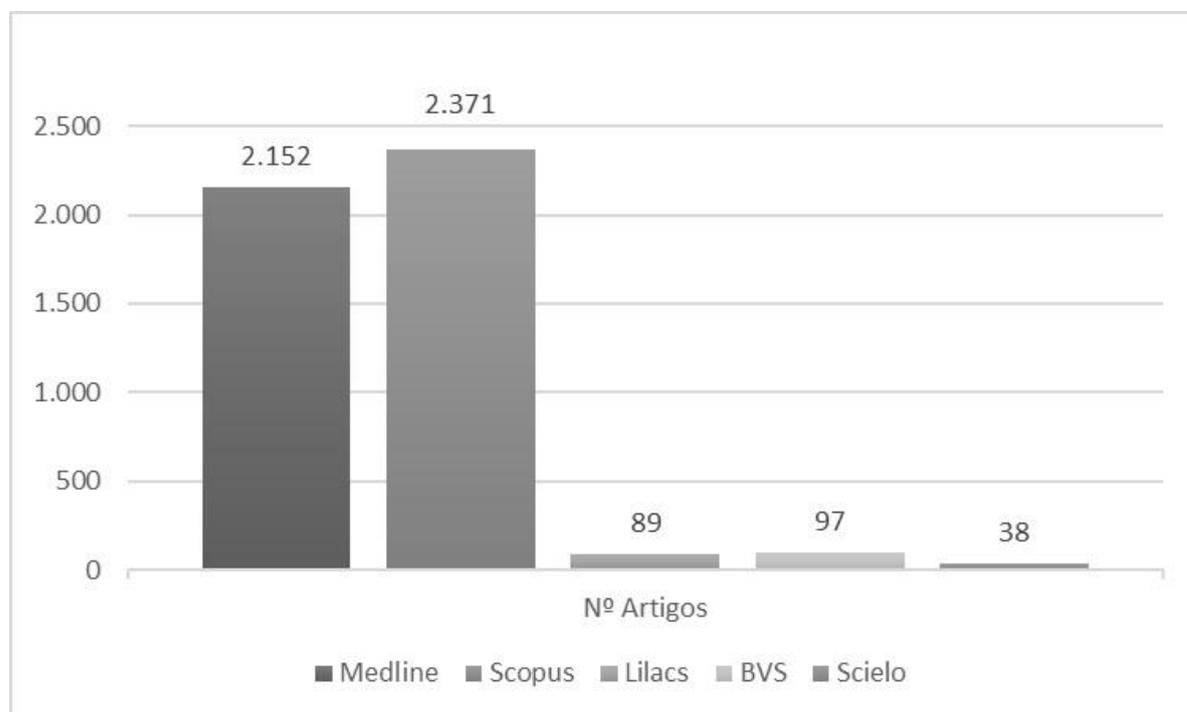
Tabela 01. Resultados das buscas por fonte e revisor.

 FONTE DE DADOS	 REVISOR A	 REVISOR B	 REVISOR C	 CONSENSO
PUBMED	2152	2001	2166	2152
SCOPUS	2371	2200	2371	2371
LILACS	70	81	89	89
SCIELO	38	30	39	38
BVS	97	95	97	97
TOTAL	4674	4407	4762	4747

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

O resultado consensual das buscas foi de 4.747 publicações, sendo 45% disponíveis na PUBMED, 50% na SCOPUS, 2% na LILACS, 2% na BVS e 1% na SCIELO, como disposto em números absolutos no Gráfico 01.

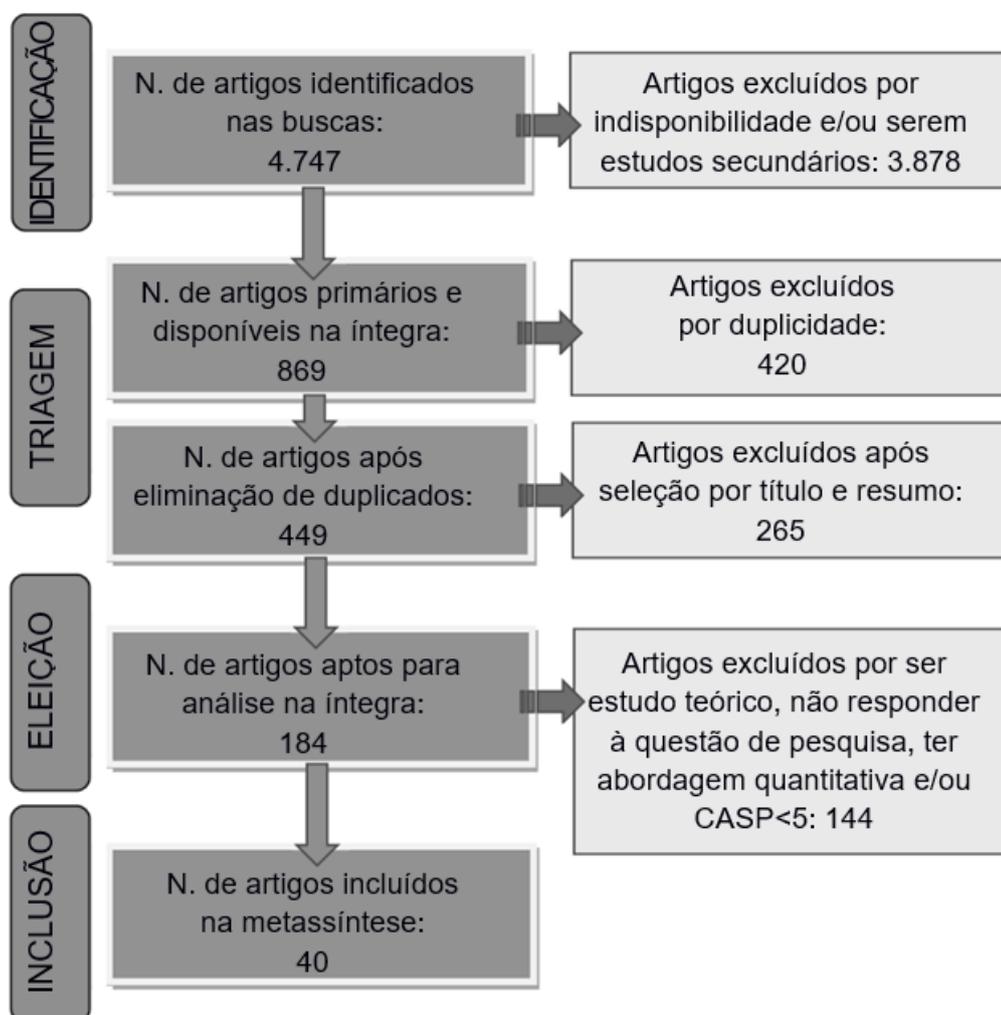
Gráfico 01. Distribuição quantitativa dos artigos identificados na busca por base ou portal pesquisado.



Fonte: Dados da pesquisa (2019)

As publicações foram submetidas aos critérios de elegibilidade desta revisão sistemática, seguidas das etapas de leitura de títulos/resumos e leitura de documentos na íntegra, para posterior análise e escrita da metassíntese. A figura 03 apresenta o fluxo de informações com as diferentes fases da revisão sistemática.

Figura 03. Fluxograma do PRISMA para identificação e seleção dos artigos da revisão sistemática.



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Na fase inicial de identificação das publicações, dos 4.747 artigos, foram excluídos 3.878 devido à indisponibilidade ou por se constituírem em artigos secundários (revisões e ensaios). Os 869 restantes tiveram seus títulos listados em planilha do Excel® (versão 2010), o que possibilitou reconhecer duplicidades, sendo dispensados mais 420, permanecendo 449.

Estes 449 elegíveis tiveram seus títulos e resumos analisados. Após avaliados foram descartados mais 265, ficando 184 para serem lidos na íntegra. Neste momento os artigos foram considerados quanto à abordagem metodológica adotada, se qualitativa ou quantiquantitativa devido a proposta da metassíntese; e risco de viés, analisando-se a qualidade pelo *checklist* CASP, sendo incluídos apenas os estudos com baixo ou moderado risco. Foram, portanto, selecionados os

artigos com abordagem qualitativa ou mista, e foram excluídas as publicações com CASP igual ou inferior a quatro (4), estudos secundários ou duplicados que até então não tinham sido identificados e aqueles cujo conteúdo não respondiam à questão da pesquisa. Nesta etapa foram desconsiderados 144 estudos, o que resultou no quantitativo de 40 artigos.

Na Tabela 02 estão discriminados o número de artigos excluídos e incluídos, conforme as etapas descritas.

Tabela 02. Resultado das estratégias de busca realizadas, por fonte de dados, segundo critérios de inclusão e exclusão.

Base/ Portal	Total	Excluídos				Incluídos
		Indisponíveis Secundários	Duplicado	Título/ Resumo	Quantitativos/ CASP<5	
PUBMED	2.152	1.775	97	161	106	13
SCOPUS	2.371	2.101	170	52	31	17
LILACS	89	0	32	42	5	10
SCIELO	38	1	34	3	0	0
BVS	97	1	87	7	2	0
Total	4.747	3.878	420	265	144	40

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Em suma, dos 4.747 artigos iniciais, foram excluídos um total de 4.707 artigos, resultando nos 40 artigos que demonstraram relação com a Educação Interprofissional na formação dos profissionais para Saúde Coletiva.

A distribuição dos artigos por fontes de dados, descritores ou palavras-chaves utilizados e a quantidade de referências encontradas e selecionadas para a metassíntese estão descritos na Tabela 03.

Tabela 03. Distribuição por bases de dados, descritores, referências encontradas e selecionadas para a metassíntese.

Fonte de dados	Estratégia	Referências Encontradas	Referências selecionadas
PUBMED	01	34	00
	02	964	13
	03	62	00
	04	898	00
	05	194	00
	Total Parcial	2152	13
SCOPUS	1	24	00
	2	1073	05
	3	62	08
	4	1073	00
	5	139	04
	Total Parcial	2371	17
LILACS	1	01	00
	2	12	01
	3	11	01
	4	32	04
	5	33	04
	Total Parcial	89	10
SCIELO	1	0	00
	2	9	00
	3	0	00
	4	9	00
	5	20	00
	Total Parcial	38	00
BVS	1	1	00
	2	15	00
	3	12	00
	4	34	00
	5	35	00
	Total Parcial	97	00
TOTAL GERAL		4747	40
Tipos de estratégias de busca e respectivos descritores ou palavras-chave:			
1. “educação interprofissional” and (“pessoal de saúde” or “profissional da saúde” or “profissional de saúde”) and (“saúde coletiva” or “saúde pública”) and (“comportamento cooperativo” or “colaboração interprofissional”)			
2. “educação interprofissional” and (“comportamento cooperativo” or “colaboração interprofissional”)			
3. “educação interprofissional” and (“pessoal de saúde” or “profissional da saúde” or “profissional de saúde”) and (“saúde coletiva” or “saúde pública”)			
4. “educação interprofissional” and (“pessoal de saúde” or “profissional da saúde” or “profissional de saúde”)			
5. “educação interprofissional” and (“saúde coletiva” or “saúde pública”)			

Os artigos incluídos pela análise do CASP foram codificados de A1 a A40, classificados segundo o risco de viés e distribuídos com respectivos títulos e pontuações, conforme detalhamento no Quadro 04.

Quadro 04. Ficha de classificação dos estudos incluídos na revisão sistemática, segundo risco de viés da avaliação do CASP.

N	RISCO	TÍTULO	P
A1	B	A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde	07
A2	B	A análise de práticas profissionais como ferramenta de formação de residência multiprofissional.	06
A3	B	Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial	05
A4	B	Aprendizagem interprofissional em cuidados domiciliares para idosos: proporcionando atendimento ideal aos idosos	06
A5	A	De perto e real viver e aprender em uma comunidade remota constrói as capacidades culturais dos estudantes e a compreensão das disparidades de saúde.	09
A6	B	Declaração de consenso internacional sobre a avaliação dos resultados de aprendizagem interprofissional	08
A7	B	Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional	05
A8	B	Dia Simulado do Desastre: Beneficie-se das Lições Aprendidas Através dos Anos de Transformação dos Silos à Educação Interprofissional	08
A9	B	Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde	05
A10	B	Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família	07
A11	B	Educação Interprofissional na pós-graduação stricto sensu: o olhar dos egressos	07
A12	B	Educação interprofissional no programa PET-SAÚDE: Percepção de tutores.	06
A13	B	Educação Interprofissional: Aprendizado dos Alunos de Assistência Conjunta ao Paciente	05
A14	B	Efeitos da educação interprofissional para estudantes de medicina e enfermagem: facilitadores, barreiras e expectativas para otimizar a futura colaboração interprofissional (...)	08
A15	B	Enfermeiros aprendendo colaboração interprofissional orientada para a família.	07
A16	B	Ensine os alunos, capacite os pacientes, atue de forma colaborativa e atinja os objetivos de saúde: uma experiência clínica interprofissional precoce no tratamento transformado	05
A17	B	Envolvendo os profissionais da atenção primária na melhoria da qualidade: explicitando a teoria do programa de uma intervenção educativa interprofissional.	07
A18	B	Equipes de Saúde da Família: os profissionais de saúde podem aprender a trabalhar juntos?	06
A19	B	Experiências e expectativas dos clínicos gerais e dentistas sobre a colaboração interprofissional: resultados de um estudo qualitativo na Alemanha	07
A20	B	Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-SAÚDE	06

*LEGENDA: RISCO A (Baixo); RISCO B (Moderado); P: Pontuação.

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Quadro 04. Ficha de classificação dos estudos incluídos na revisão sistemática, segundo risco de viés da avaliação do CASP. (cont.)

N	RISCO	TÍTULO	P
A21	B	Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde	06
A22	B	Grupo de pesquisa como espaço de aprendizagem em/sobre Educação Interprofissional (EIP): narrativas em foco	07
A23	B	Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação	05
A24	B	Interprofissionalidade na graduação em Saúde Coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem	06
A25	B	Juntos estamos, divididos nós caímos: Competências de prática colaborativa interprofissional das perspectivas dos profissionais médicos malaios	05
A26	B	Melhores práticas de preceptores em uma residência multiprofissional: interface com interprofissionalidade	06
A27	B	Mobilizando estudantes em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS): experiências interprofissionais do VER-SUS - Sobral, CE, Brasil	05
A28	B	Motivação dos alunos para a colaboração interprofissional após a experiência em uma enfermaria de EIP: uma análise qualitativa emoldurada pela teoria da autodeterminação	07
A29	B	O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família.	05
A30	B	O PET-SAÚDE da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes.	06
A31	B	O que e como os alunos aprendem em uma clínica interprofissional administrada por estudantes? Um quadro educacional para o atendimento em equipe	07
A32	B	O uso de PBL em um curso de educação interprofissional para estudantes profissionais de saúde	05
A33	B	Percepção de estudantes de enfermagem e médicos noruegueses sobre o trabalho em equipe interprofissional: um estudo qualitativo	07
A34	B	Percepção de profissionais rurais sobre educação continuada interprofissional em saúde mental	07
A35	B	Percepções de práticas exemplares sobre a obtenção de estruturas organizacionais na atenção primária	06
A36	A	Posicionamento comunicativo da própria profissão em contextos interprofissionais.	09
A37	B	Prática interprofissional em diferentes cenários de atendimento ao paciente; uma exploração qualitativa	08
A38	B	Práticas colaborativas nas urgências em Saúde: a interprofissionalidade do Programa PermanecerSUS, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil	05
A39	B	Profissionais aprendendo juntos com pacientes: um estudo exploratório de uma aprendizagem colaborativa em Programa de Colaboração para Melhoria da Saúde	08
A40	B	Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos	05

*LEGENDA: RISCO B (Baixo); RISCO M (Moderado); P: Pontuação.

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Os estudos foram organizados quanto à codificação, com especificação de título, dados sobre autoria e publicação, aspectos metodológicos, critérios de elegibilidade e fonte de dados, conforme Quadro 05.

Quadro 05. Distribuição dos artigos eleitos por base, título, referências e metodologia.

N	BASE	TÍTULO	AUTORES	REFERÊNCIA	ABORDAGEM	MÉTODO
A1	LILACS	A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde	Previato e Antoniassi	Interface 2018 Brasil-PR	Qualitativo	Descritivo interpretativo
A2	SCOPUS	Análise de práticas profissionais como ferramenta de formação de residência multiprofissional.	Lago, Matumoto, Silva, <i>et al</i>	Interface 2018 Brasil-SP	Qualitativo	Pesquisa-intervenção, referencial da AI.
A3	LILACS	Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial	Wetzel, Kohlrausch, Pavani, <i>et al</i>	Interface 2018 Brasil-RS	Qualitativo	Avaliativo
A4	SCOPUS	Aprendizagem interprofissional em cuidados domiciliares para idosos: proporcionando atendimento ideal aos idosos	Marinheiro, Bulsara e Saunders	Rev.Australiana de S. Primária 2014 Austrália	Misto	Uso de projeto paralelo convergente
A5	PUBMED	De perto e real viver e aprender em uma comunidade remota constrói as capacidades culturais dos estudantes e a compreensão das disparidades de saúde.	Thackrah, Hall, Fitzgerald, Thompson	Int J Equity Health 2017 Austrália	Qualitativo	Com entrevista em profundidade
A6	PUBMED	Declaração de consenso internacional sobre a avaliação dos resultados de aprendizagem interprofissional	Rogers,Thistlethwaite, Anderson, <i>et al</i>	Medical Teacher 2017 Austrália	Qualitativo	Colaborativo
A7	LILACS	Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional	Lima, Ribeiro, Padilha, Mourthé Jr	Interface 2018 Brasil-SP	Qualitativo	Documental
A8	PUBMED	Dia Simulado do Desastre: Beneficie-se das Lições Aprendidas Através dos Anos de Transformação dos Silos à Educação Interprofissional	Livingston, West, Livingston, <i>et al</i>	JSSH* 2016 EUA	Qualitativo	Avaliativo
A9	SCOPUS	Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde	Silva, Peduzzi, Orchard, Leonello	Rev. esc. Enferm. 2015 Brasil-SP	Qualitativo	Compreensivo e interpretativo
A10	LILACS	Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família	Arruda, Barreto Pontes, Loliola	Tempus, actas de saúde colet 2016 Brasil-CE	Qualitativo	Estudo de casos múltiplos

* JSSH: The Journal of the Society for Simulation in Healthcare

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Quadro 05. Distribuição dos artigos eleitos por base, título, referências e metodologia. (continuação)

N	BASE	TÍTULO	AUTORES	REFERÊNCIA	ABORDAGEM	MÉTODO
A11	SCOPUS	Educação Interprofissional na pós-graduação stricto sensu: o olhar dos egressos	Freitas, Demarchi, Rossit	Interface 2018 Brasil-SP	Qualitativo	Exploratório-descriptivo
A12	SCOPUS	Educação interprofissional no programa PET-SAÚDE: Percepção de tutores.	Camara, Grosseman, Pinho	Interface 2015 Brasil-MG	Qualitativo	De cunho narrativo
A13	SCOPUS	Educação Interprofissional: Aprendizado dos Alunos de Assistência Conjunta ao Paciente	Gudmundsen, Norbye, Dahlgren, Obstfelder	Professions & Professionalism 2019 Noruega	Qualitativo	Com métodos etnográficos
A14	PUBMED	Efeitos da educação interprofissional para estudantes de medicina e enfermagem: facilitadores, barreiras e expectativas para otimizar a futura colaboração interprofissional - um estudo qualitativo	Homeyer, Hoffmann, Hingst, <i>et al</i>	BMC Nursing 2018 Alemanha	Qualitativo	Com método Delphi
A15	SCOPUS	Enfermeiros aprendendo colaboração interprofissional orientada para a família.	Taanila, Purola, Larivaara	Int J Circumpolar Health 2006 Filândia	Qualitativo	Método de análise de conteúdo indutivo
A16	PUBMED	Ensine os alunos, capacite os pacientes, atue de forma colaborativa e atinja os objetivos de saúde: uma experiência clínica interprofissional precoce no tratamento transformado	Castro, Dicks, Fallin-Bennett, <i>et al</i>	AdvMedEducPract 2019 EUA	Qualitativo	Relato de experiência
A17	PUBMED	Envolvendo os profissionais da atenção primária na melhoria da qualidade: explicitando a teoria do programa de uma intervenção educativa interprofissional.	Vachon, Désorcy, Camirand, <i>et al</i>	BMC Health Serv Res 2013 Canadá	Qualitativo	Avaliativo com teoria do impacto do programa
A18	PUBMED	Equipes de Saúde da Família: os profissionais de saúde podem aprender a trabalhar juntos?	Soklaridis, Oandasan, Kimpton	Can Fam Physician 2007 Canadá	Qualitativo	Com grupo focal
A19	PUBMED	Experiências e expectativas dos clínicos gerais e dentistas sobre a colaboração interprofissional: resultados de um estudo qualitativo na Alemanha	Sippli, Rieger e Huettig	BMC Health Serv Res 2017 Alemanha	Qualitativo	Não identificado
A20	LILACS	Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-SAÚDE	Batista, Jansen, Assis, <i>et al</i>	Interface 2015 Suécia	Qualitativo	Descritivo com análise documental

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Quadro 05. Distribuição dos artigos eleitos por base, título, referências e metodologia. (continuação)

N	BASE	TÍTULO	AUTORES	REFERÊNCIA	ABORDAGEM	MÉTODO
A21	LILACS	Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde	Casanova, Batista, Moreno	ABCS Health Sci 2015 Brasil-MG	Qualitativo	Exploratório descritivo
A22	LILACS	Grupo de pesquisa como espaço de aprendizagem em/sobre Educação Interprofissional (EIP): narrativas em foco	Rossit, Santos Jr, Medeiros, <i>et al</i>	Interface 2018 Brasil-SP	Qualitativo	Estudo de caso
A23	LILACS	Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação	Ely e Ceriotti	Interface 2018 Brasil-RS	Qualitativo	Estudo de caso
A24	LILACS	Interprofissionalidade na graduação em Saúde Coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem	Paro e Pinheiro	Interface 2018 Brasil-RJ	Qualitativo	Exploratória e fenomenológico
A25	SCOPUS	Juntos estamos, divididos nós caímos: Competências de prática colaborativa interprofissional das perspectivas dos profissionais médicos malaios	Roslan, Yusoff, Rahim e Hussin	Journal of Taibah University Medical Sciences 2016 Malásia	Qualitativo	Fenomenológico
A26	SCOPUS	Melhores práticas de preceptores em uma residência multiprofissional: interface com interprofissionalidade	Arnemann, Kruse, Gastaldo, <i>et al</i>	Interface 2018 Brasil-RS	Qualitativo	Investigação Apreciativa
A27	SCOPUS	Mobilizando estudantes em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS): experiências interprofissionais do VER-SUS - Sobral, CE, Brasil	Amaral, Cavalcante, Farias, <i>et al</i>	Interface 2018 Brasil-CE	Qualitativo	Relato de experiência
A28	SCOPUS	Motivação dos alunos para a colaboração interprofissional após a experiência em uma enfermagem de EIP: uma análise qualitativa emoldurada pela teoria da autodeterminação	<u>Visser</u> , <u>Kusurkar</u> , <u>Croiset</u> , <i>et al</i>	Jornal Medical Teacher 2019 Holanda	Qualitativo	Exploratório
A29	SCOPUS	O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família.	Arruda, Barreto, Ribeiro, Frota	Interface 2017 Brasil-CE	Qualitativo	Estudo de casos múltiplos
A30	SCOPUS	O PET-SAÚDE da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes.	Madruza, Ribeiro, Freitas, <i>et al</i>	Interface 2015 Brasil-NE	Qualitativo	Não identificado

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Quadro 05. Distribuição dos artigos eleitos por base, título, referências e metodologia. (continuação)

N	BASE	TÍTULO	AUTORES	REFERÊNCIA	ABORDAGEM	MÉTODO
A31	PUBMED	O que e como os alunos aprendem em uma clínica interprofissional administrada por estudantes? Um quadro educacional para o atendimento em equipe	Lie, Forest, Walsh, <i>et al</i>	Med Educ Online 2016 EUA	Qualitativo	Com grupo focal
A32	SCOPUS	O uso de PBL em um curso de educação interprofissional para estudantes profissionais de saúde	L'Ecuyer, Pole e Leander	IJPB 2015 EUA	Qualitativo	Análise de conteúdo
A33	SCOPUS	Percepção de estudantes de enfermagem e médicos noruegueses sobre o trabalho em equipe interprofissional: um estudo qualitativo	Ingunn <i>et al</i>	BMC Medical Education 2014 Noruega	Qualitativo	Com grupos focais
A34	SCOPUS	Percepção de profissionais rurais sobre educação continuada interprofissional em saúde mental	Church, Heath, Curran, <i>et al</i>	Health and Social Cure 2010 Canadá	Misto	Com grupo focal e entrevista
A35	PUBMED	Percepções de práticas exemplares sobre a obtenção de estruturas organizacionais na atenção primária	Tubbesing e Chen	JABFM* 2015 EUA	Qualitativo	-
A36	PUBMED	Posicionamento comunicativo da própria profissão em contextos interprofissionais.	Posenau e Peters	GMS J MedEduc 2016 Alemanha	Qualitativo	Análise de conversação linguística
A37	PUBMED	Prática interprofissional em diferentes cenários de atendimento ao paciente; uma exploração qualitativa	DiazGranados, Dow, Appelbaum, <i>et al</i>	J InterprofCare 2018 EUA	Qualitativo	Estudo de caso
A38	SCOPUS	Práticas colaborativas nas urgências em Saúde: a interprofissionalidade do Programa PermanecerSUS, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil	Figueredo, Veras, Silva, Cardoso	Interface 2018 Brasil-BA	Qualitativo	Pesquisa de campo etnográfica
A39	PUBMED	Profissionais aprendendo juntos com pacientes: um estudo exploratório de uma aprendizagem colaborativa em Programa de Colaboração para Melhoria da Saúde	Myron, French, Sulliv, <i>et al</i>	J Interprof Care 2018 Inglaterra	Qualitativo	Exploratório
A40	LILACS	Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos	Miranda Neto, Leonello e Oliveira	RevBrasEnferm 2015 Brasil-SP	Qualitativo	Descritivo, exploratório e documental

*JABFM: The Journal of the American Board of Family Medicine

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Quanto ao método, todos os estudos procuraram esclarecer ações ou experiências subjetivas, elegendo um desenho metodológico apropriado. Apenas dois estudos são mistos (A4, A34), os demais, qualitativos.

Comumente os artigos trazem a justificativa da configuração para a coleta de dados. A maioria dos estudos reuniu duas ou mais formas de coletar dados, destacando-se notadamente o grupo focal e a entrevista.

Dos 40 artigos, 14% (6) tiveram caráter exploratório, 12% (5) estudo de caso (simples e múltiplos), 11% (4) descritivos, 7% (3) avaliativos, 7% (3) documental, 5% (2) etnográficos, 5% (2) fenomenológico, 5% (2) interpretativo, 5% (2) relato de experiências e 29% (11) de outros tipos.

Quanto ao período, as publicações estão compreendidas entre 2006 e 2019, com ápice em 2018 com 35% (12). O período de publicação desta amostra se assemelha em proporção a números encontrados pela base de dados SCOPUS que analisando artigos entre 1977 e 2019, sobre Educação e Colaboração Interprofissional (“*interprofessional education*” and “*cooperative behavior*” or “*interprofessional collaboration*”), identificam que estes começaram a ser divulgados a partir de 2004, tendo maior expressividade entre 2013 e 2018.

Quanto à localização, os artigos foram mapeados segundo sua origem geográfica e contemplaram América do Norte (Canadá e Estados Unidos), Europa (Alemanha, Austrália, Finlândia, Holanda, Inglaterra/Reino Unido, Noruega e Suécia), Ásia (Malásia) e América do Sul (Brasil). Este achado é semelhante ao estudo de Barr (2005) quanto aos três primeiros continentes, que vêm buscando melhorar o perfil do profissional da Saúde nos últimos trinta anos. Quando analisamos os países, os artigos estão mais concentrados no Brasil (45%), EUA (15%), Alemanha, Austrália e Canadá (7% cada). Somados correspondem a 81% dos achados.

O fato do Brasil ser o país mais contemplado com estudos, pode indicar um viés de seleção, considerando os fatores associados à acessibilidade dos artigos. As 18 produções brasileiras estão distribuídas geograficamente entre as Regiões Sudeste, Nordeste e Sul, respectivamente com 9, 5 e 4 artigos. Nesta amostra, o estado de São Paulo é onde mais se estudou sobre EIP (6), seguido do Ceará (3).

Dos artigos nacionais, 72% (13) surgiram a partir de 2016, coincidindo com a formulação do Plano de Ação para implementação da EIP no país, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) por solicitação da OPAS/OMS. No mesmo período

também foi implantado a Rede Regional de EIP das Américas. Segundo o MS (2016), o Brasil é, dentro da América Latina e Caribe, um dos países com mais experiências em EIP. Achados semelhantes são mencionados por Costa (2014) quando descreve as políticas de reorientação do ensino da Saúde no país nas últimas duas décadas.

Quanto ao objeto de pesquisa, os artigos se desdobram entre os que estão intrinsecamente ligados ao processo de ensino-aprendizagem tem-se: os que estudam questões de integração entre currículos (A23), a graduação em Saúde Coletiva (A24), a pós-graduação *stricto sensu* em EIP (A11), os desafios na educação de profissionais da Saúde (A7, A14), o aprendizado dos alunos de assistência conjunta ao paciente (A13), a avaliação dos resultados de aprendizagem interprofissional (A6); e os que tratam de ferramentas de ensino com simulação (A8), uso do método de Aprendizado Baseado em Problemas (*Problem Based Learning* – PBL; A32) e grupo de pesquisa (A22).

A análise do alcance da EIP na prática se concentra em programas como PRÓ-SAÚDE (A20), PET-SAÚDE (A12, A20, A29, A30), VER-SUS (A27), PermanecerSUS (A38) e em Residência Multiprofissional em Saúde (A2, A10, A21, A26, A28, A40); focam na Atenção Primária à Saúde (A1, A9, A17, A35), mais precisamente na Estratégia Saúde da Família (A15, A18) ou em programas básicos específicos como Saúde Mental (A3, A34) e Saúde do Idoso (A4) ou estão ligados à comunidade (A5). Trazem ainda os que estavam interessados em outras influências da EIP para a Prática Colaborativa, como no tratamento transformado e inclusivo do paciente (A16, A36, A39), no trabalho em equipe interprofissional (A31, A33, A37) e na colaboração interprofissional (A19, A25).

Esses achados corroboram com Ellery (2012), quando afirma que nos últimos anos, verificou-se o despertar do interesse pela interprofissionalidade no governo e nas instituições formadoras. Devido a crescente importância atribuída à colaboração de diversas áreas para o cuidado em saúde, a EIP revelou-se uma estratégia potente na promoção de práticas mais significativas.

5.2 Evidências da Educação Interprofissional na Saúde Coletiva

Nesta etapa, todos os estudos foram lidos e analisados na íntegra, sendo registradas suas informações-chaves. Assim, foram elencadas categorias, conforme as relações estabelecidas entre os estudos, alguns por semelhança e outros por discordância de ideias, desenvolvendo-se uma síntese dos achados, que subsidiará a posterior elaboração da metassíntese.

Considerando as reflexões anteriormente citadas por Campos (2000), que considera Saúde Coletiva como campo científico, de limites imprecisos, onde disciplina e profissão buscam apoio entre si; e Saúde Pública como núcleo, com identidade demarcada de uma área de saber e de prática profissional; embora se subentenda que os programas e projetos de EIP que compõe esta revisão estejam inclinados para a Saúde Coletiva, não está clara a dissociação entre esta e a Saúde Pública. Isto porque, na busca realizada, utilizou-se os termos “Saúde Coletiva” e “Saúde Pública” concomitantemente, na expectativa de captar um maior volume de artigos e considerando que o primeiro termo não é de domínio universal. Ainda que haja distinção entre elas e o objetivo do estudo seja a Saúde Coletiva, não houve como discernir se os artigos eleitos a representam fielmente ou se se confundem com a formação para a Saúde Pública.

Por meio da leitura foi possível listar estratégias para o desenvolvimento de ações, projetos e programas em EIP. Estas foram organizadas em nove categorias: Apoio institucional; Metodologias de ensino; Abordagem de ensino centrada no educando; Avaliação da aprendizagem; Interação ensino-serviço; Imersão nos contextos da prática em saúde; Foco da Atenção à Saúde; Relações entre EIP e prática colaborativa; e Desafios da Educação Interprofissional nos campos de prática da Saúde Coletiva. Todas estas categorias são apresentadas no Quadro 06 e contextualizadas a seguir.

Quadro 06. Descrição das categorias de análise, conforme as informações-chave evidenciadas nos estudos.

CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	INFORMAÇÕES-CHAVES	FREQUÊNCIA	CATEGORIAS FINAIS
1. Desenhos curriculares em EIP 2. Integração entre cursos diferentes 3. Guarda-chuva 4. Modelo curricular espiral 5. Conteúdos compartilhados 6. Competências comuns	1. Apoio institucional	Intervenções que instituições formadoras fazem para aporte da EIP em currículos e corpo docente	27,5% (11/40 artigos)	1. Ferramentas da Educação Interprofissional para atuação na Saúde Coletiva
7. Metodologias ativas 8. Metodologias tradicionais	2. Metodologias de ensino	Tipos de metodologia que dão suporte à EIP	42,5% (17/40 artigos)	
9. Vínculo comunitário cultural 10. Gerenciamento de habilidade 11. Mapa de conhecimentos 12. Responsabilização	3. Abordagem de ensino centrada no educando	Desenvolvimento ético de interações e humanização	40% (16/40 artigos)	
13. Avaliação do educando 14. Avaliação do programa	4. Avaliação da aprendizagem	Tipos de avaliações que validam as ações da EIP	25% (10/40 artigos)	
15. Estágios clínicos 16. Intercâmbio RAS 17. Monitoramento 18. Preceptoria de campo 19. Preceptoria de núcleo 20. Ensino, pesquisa e extensão 21. Demandas comunitárias	5. Interação Ensino-Serviço	Articulações de instituições de Ensino e Serviços de Saúde; integração ensino, pesquisa e extensão	17,5% (7/40 artigos)	2. Integração Ensino-Serviço como indutora da Educação Interprofissional em Saúde Coletiva
22. Curso de Saúde Coletiva 23. Adaptação educando facilitador 24. Coordenação comunitária 25. Diversidade de cenários 26. Territorialização 27. População versus vulnerabilidade 28. Visitas domiciliares	6. Imersão nos contextos da prática	Vivências e intervenções na prática, cenários de aprendizagem nas comunidades	15% (6/40 artigos)	
29. Atenção para paciente e família 30. Comunicação interpessoal 31. Recursos da família 32. Cuidado seguro 33. Processo de cuidar	7. Foco da Atenção à Saúde	Foco da atenção no paciente e família, processos de comunicação educando com pacientes	52,5% (21/40 artigos)	3. A Educação Interprofissional na Atenção à Saúde Coletiva

Quadro 06. Descrição das categorias de análise, conforme as informações-chave evidenciadas nos estudos (continuação).

CATEGORIAS INICIAIS	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	INFORMAÇÕES-CHAVES	FREQUÊNCIA	CATEGORIAS FINAIS
34. Trabalho colaborativo 35. Trabalho interprofissional 36. Trabalho em equipe 37. Comunicação interprofissional 38. Cooperação 39. Projetos terapêuticos 40. Análise coletiva de informação 41. Decisão compartilhada	8. Relações entre EIP e Prática Colaborativa	Ênfase na colaboração entre educandos, educando-docente, educando-profissionais	35% (14/40 artigos)	3. A Educação Interprofissional na Atenção à Saúde Coletiva
42. Falta de concenso sobre EIP 43. Falta de clareza sobre papéis profissionais 44. Dificuldades para integrar cursos 45. Estrutura fragmentada 46. Organização departamental 47. Resistências de áreas 48. Resistências de categorias 49. Déficit de capacitação para docentes e preceptores 50. Dependência da atitude do educando 51. Dependência da atitude do facilitador 52. Perfil das equipes heterogêneas 53. Déficit de pessoal, infraestrutura e financiamento	9. Desafios da EIP no ensino	Resistências das instituições de ensino, docentes e discentes	27,5% (11/40 artigos)	
54. Processos de trabalho tradicionais 55. Intervenções descoordenadas 56. Fragmentação da assistência 57. Discriminação 58. Falta de clareza de papéis 59. Deficiência na comunicação 60. Ausência de corresponsabilização	10. Desafios da EIP na prática	Resistências institucionais/processuais no trabalho, resistências profissionais e de categoria	22,5% (9/40 artigos)	

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

5.2.1 Apoio institucional

Quanto ao apoio institucional e logístico, onze artigos convergem para a importância deste, fazendo menção de uma ou mais formas de intervenção das instituições formadoras para promoção e sustentabilidade da EIP. Essas intervenções estão presentes de duas formas: no currículo e no corpo docente.

Na primeira, os currículos ganham desenhos voltados para contextos educacionais da EIP (A40), com integração entre os cursos (A20, A23), englobamento de todas as disciplinas de saúde sob um único guarda-chuva (A18), adoção do modelo espiral² (A39), espaço na matriz para estudos relacionados ao conteúdo teórico compartilhado entre todas as profissões e construção de uma matriz para o desenvolvimento e avaliação de competências comuns aos profissionais da saúde (A11).

Na segunda, o corpo docente passa a atuar como um facilitador para a aprendizagem (A32, A39), com comportamentos de apoio (A5, A37), garantindo regras e gerenciamento bem definidos (A39). Deve haver reuniões regulares entre coordenação e tutores, específicas de cada grupo tutorial e dos programas (A28). Há exemplo de programa no qual a primeira reunião acontece no local de prática, tendo um coordenador comunitário como elemento de ligação entre educandos e comunidade. É preciso, portanto, contar com a habilidade do facilitador em estabelecer conexões com os participantes (A34) e destes com a população.

5.2.2 Metodologias de ensino

Dezessete artigos ocuparam-se em apresentar as metodologias de ensino empregadas na EIP. Estas se dividem em dois tipos: metodologias ativas (aparecem predominante) e tradicionais (de cunho mais teórico).

Quanto às metodologias ativas, listando-se o uso de: tenda invertida³ (A10); método da roda/rodas de conversa/círculos de conversação (A10, A12, A26); estratégias de ensino-aprendizagem intuitiva ou de construção coletiva com docentes, tutores e preceptores (A12); dramatização (A15); simulação realística e

² De acordo com Barreira e Craesmeyer (1996), curso do tipo espiral proporcionam aos educandos chances justas de aprendizado, propondo uma dinâmica dos tópicos de ensino disseminados por unidades numa lógica sequencial e gradativa, permitindo a sua absorção e domínio.

³ A tenda invertida é uma estratégia que se destina a transformar toda a rede de serviços de saúde existente no município em espaços de educação contextualizada e desenvolvimento profissional, é caracterizada pela ida do mestre ao território do aprendiz (SILVA *et al*, 2017).

complexa (A6, A7, A8, A36); treinamento clínico (A33); oficinas de educação continuada (A17); aprendizagem baseada em problemas com pacientes simulados (A36); metodologias de integração entre todas as áreas do programa (A26); incorporação de exercícios em pequenos grupos baseados em casos (A34), apresentações coletivas de projetos de intervenção na comunidade (A26); educação em saúde na comunidade, oficinas de trabalho, simpósios e campanhas de prevenção (A11).

Quanto às metodologias tradicionais, apresentam: um conjunto de ações de suporte técnico-pedagógico (A1); disciplinas e módulos sobre interação interprofissional, comunicação interprofissional, teorias de comunicação, técnicas de comunicação, características de conversação e princípios psicossociais (A26, A36), estudo sobre as atribuições em grupo (A15), teoria da aprendizagem colaborativa e educação interprofissional (A39), ensino em saúde baseada na complexidade dos saberes (A38); ferramentas clínicas e gerenciais (A28), genograma, árvore genealógica, mapa de rede (A15); capacitação para as atividades de pesquisa, de ensino e intervenção na atenção primária e os ciclos de palestras (A12).

O fato dos programas e projetos em EIP utilizarem tais metodologias não significa dizer que estas garantem a aquisição das competências necessárias a interprofissionalidade. Tanto é que as mesmas metodologias podem ser aplicadas em outras abordagens de ensino. Portanto, o que se apresenta foram apenas as formas de conduzir a EIP encontradas nos artigos e não suas metodologias específicas.

5.2.3 Abordagem de ensino centrada no educando

Os estudos analisados seguem a recomendação do Centro para o Avanço da Educação Interprofissional quanto à centralidade da aprendizagem no estudante (BARR e LOW 2012). Os efeitos da aprendizagem da EIP são um elemento-chave presente em dezesseis publicações desta investigação, seja enquanto oportunidade de intensas vinculações à comunidade numa perspectiva cultural, seja na preparação concreta para a exercício profissional, seja por oferecer inovadoras formas de gerenciar habilidades, aprofundando a abrangência sobre as diversas colocações de outros profissionais, seja ao dirimir incertezas e, ou aumentar a confiança na competência para resolver problemas (A5).

Tais efeitos poderiam ser traduzidos em competências de aprendizagem. Segundo o Painel de Especialistas em Colaboração Educacional Interprofissional dos Estados Unidos da América (IPEC 2016) há quatro comandos de competências: Valores e Ética; Funções e Responsabilidades; Comunicação Interprofissional; e Equipe e Trabalho em Equipe. Os artigos demonstram haver uma centralidade do ensino no aluno que se manifesta na preocupação em mapear o conhecimento dos educandos (A26), designando-lhes papéis adaptados ao seu nível e habilidade (A16), permitindo que atuem em equipes interprofissionais com autonomia (A28), mediante apoio, através do intercâmbio entre pares (A5) e com os diversos campos profissionais generalistas e especializados (A9).

Os educandos são incentivados a desenvolver uma abordagem que valoriza às dimensões ética, humanística, crítico-reflexiva e a fazer *insights* mais profundos sobre costumes culturais e aprendizagens socialmente sensíveis (A5). Também são impulsionados a conhecer claramente sobre suas próprias funções (A5, A14, A21); a estabelecer parceria interprofissional para ampliar as perspectivas sobre o escopo e o papel dos demais membros da equipe (A16); a realizar uma comunicação interprofissional eficaz (A1, A5, A6, A21, A23, A36, A38); a compartilhar informações e responsabilidade (A21, A25, A33); a valorizar a opinião (A23) e o fazer (A24) do outro e a mobilizar-se para interagir de modo a colaborar no trabalho (A9), tomando decisões e resolvendo problemas conjuntamente (A38).

Em resumo, a EIP favorece aos educandos identificar seus papéis, ter autodeterminação em seu trabalho e perceber que suas responsabilidades contribuem para a equipe e para o atendimento de alta qualidade ao paciente (A35).

5.2.4 Avaliação da aprendizagem

Os tipos de avaliação encontrados nos artigos estão voltados para os educandos e os programas. Semelhante às metodologias, listamos fragmentos de formas de avaliação apresentados, realizadas através de: avaliação convencional do letramento das profissões de saúde, projeto baseado em equipe, observação em simulação (A6, A7, A8, A36) e na prática, diário reflexivo, crítica baseada em equipe (A6), portfólio interprofissional (A6, A12), avaliação coletiva pelos pares (A13) ou em pequenos grupos (A34, A36), trabalho/ensaios de conclusão de residência (A26, A28), trabalhos de reflexão escrita (A32), *feedback* (A6, A36). São avaliados: trabalho em equipe interdisciplinar e da prática colaborativa, comportamento ou

desempenho, colaboração, estresse/satisfação no trabalho, comunicação e os resultados de aprendizagem interprofissional.

Assim sendo, seja avaliando de forma convencional ou inovadora, individual ou coletiva, por pares ou por superiores, através de pesquisa, documentos escritos, reflexão ou intervenções na comunidade, os resultados de aprendizagem interprofissional precisam mesmo ser medidos, mas não apenas de forma pontual ou isolada em instituições e cursos específicos, mas sim de forma global e longitudinal, o que não foi captado nos artigos em estudo. Para a CAIPE, a avaliação deve acontecer em toda a EIP, desde o princípio, dos seguintes modos:

Internamente por: professores, que revisam como seus planos funcionaram e como os estudantes responderam; universidade, como parte de validação ou revisão para os programas profissionais constituintes; prestadores de serviço envolvidos no planejamento e ensino de EIP em relação à relevância; estudantes para avaliar sua experiência. Externamente por: organizações de segurança de qualidade, comissão, profissionais e regulatórias dentro desses programas; revisões departamentais ou institucionais; pesquisadores independentes para contribuir com evidência em relação à eficiência (BARR, 2013, p. 27).

Ainda segundo a CAIPE, a avaliação pode se concentrar no processo, resultados ou em ambos. O primeiro se avalia de forma qualitativa tendo como base documentais, observações e *feedbacks*, por meio de questionários, entrevistas e grupos focais como os apresentados nos estudos desta revisão.

5.2.5 Interação Ensino-Serviço

Fundamental para a formação em saúde, a necessidade de interação Ensino-Serviço não seria diferente na EIP. Sete artigos afluem para a articulação da universidade com os serviços de saúde que se dar, de semelhante modo ao modelo cartesiano, por meio de estágios clínicos e supervisionados. O diferencial assenta no caráter interprofissional desta integração (A4), no maior intercâmbio com a rede de Atenção à Saúde (A28), no adicional do monitoramento (A37) e dos preceptores de campo e de núcleo (A28).

Nesse processo de integração, o PET-SAÚDE, por exemplo, além de associar entre si cursos de graduação na área saúde, ainda fortalece a integração de forma compartilhada das atividades de ensino, pesquisa e extensão das Instituições de Ensino Superior (IES) com as demandas da comunidade (A12, A20, A29, A30). As Residências Multiprofissionais em Saúde contempladas, por sua vez,

também proporcionam ações de reciprocidade entre ensino e trabalho (A2, A10, A21, A26, A28, A40).

Outro exemplo está no artigo sobre o PermanecerSUS, cujas práticas colaborativas e trabalhos em equipes realizados incorpora a atenção integral à comunidade como interseção entre ensino e trabalho (A38). Para Lago (2018), ao impulsionar os educandos a gerenciarem as relações de sua formação em serviço, a EIP proporciona um intenso embate para modificar para melhor as práticas em saúde.

5.2.6 Imersão nos contextos da prática

Seis artigos concorrem para a experiência de imersão em campo de prática. Segundo Thackrah (2017), os educandos são preparados e motivados para empreender no programa ao qual irão se inserir. A imersão pode acontecer em curso sobre Saúde Coletiva (A28) ou através da destinação de determinado período para aproximar educando e facilitador (A34). Pode acontecer também com a utilização de um coordenador comunitário como elemento de ligação entre educandos e população (A34).

Os textos trazem a importância para a EIP da diversidade de cenários de aprendizagem (A20), da territorialização⁴ (A10), da escolha de locais de práticas com população de alta vulnerabilidade (A5) e da necessidade de investir em visitas domiciliares (A4) como potencializadores de uma aprendizagem contextualizada.

Por contextualização compreende-se também o acesso às vivências de práticas seguras e eficazes que atendem às necessidades de saúde das pessoas. Ter esta condição é, inclusive, fundamental para uma justa avaliação das capacidades interprofissionais desenvolvidas no seu processo formativo pelos educandos. É importante que este processo ocorra num modelo de aprendizado em serviço, a fim de despertar nos educandos os comportamentos imbuídos de responsabilidade social.

Convém dizer que apenas denominar-se um curso em EIP não garante que as reais competências para a aprendizagem interprofissional e a prática colaborativa estejam acontecendo. Apenas um processo de avaliação rigoroso poderá dizê-lo.

⁴ Por territorialização, entende-se, neste estudo, o processo de se residir e vivenciar um espaço territorial, com base na obtenção e apreciação de elementos sobre as condições de vida e saúde das comunidades (CASTRO, BARBARÁ E GIMENES, 2018).

5.2.7 Foco da Atenção à Saúde

Em mais de 50% dos artigos estudados a EIP parece formar para uma Atenção à Saúde orientada para o paciente e família (A1, A2, A3, A4, A5, A9, A10, A12, A15, A17, A18, A20, A21, A25, A26, A28, A29, A30, A34, A35, A40). Os educandos são exortados à comunicação frequente sobre e com os pacientes (A34), na perspectiva da integralidade, dentro de uma concepção ampliada de saúde (A20).

As relações de aprendizado e prática não se estabelecem apenas interprofissionalmente, mas também com os pacientes e cuidadores interessado na qualidade dos serviços prestados (A39). Em um dos estudos, os sujeitos da pesquisa colocaram os pacientes no centro de sua atenção profissional compartilhada (A13). Em outro, ao final do programa em EIP, os participantes reconheciam o paciente e recursos próprios da família enquanto possibilidade de colaboração na prática (A15). Como resultado de um terceiro artigo, bem-estar e apoios adicionais prestadas pelos educandos em EIP, tiveram implicações positivas nos cuidados prestados aos pacientes (A4). Em um quarto exemplo, foi criada uma cultura que, tanto realçava os cuidados de alta qualidade centrados no paciente e na família, quanto na execução destes de forma segura para todos da equipe (A35). E num quinto, os participantes se revelaram agentes sociais mais conscienciosos da seriedade do envolvimento do usuário no processo de cuidar (A9).

5.2.8 Relações entre Educação Interprofissional e Prática Colaborativa

Outro fato que os textos analisados têm em comum é o trabalho colaborativo em equipe que é fomentado pela EIP. Os autores relataram que a EIP mobiliza os educandos para interações que não acontecem em ambientes uniprofissionais (A9, A30) e duas habilidades se destacam como necessárias à prática colaborativa: comunicação e cooperação.

A comunicação é imprescindível ao trabalho em equipe interprofissional. O exercício profissional na área da saúde exige o relacionamento com profissionais da assistência, da gestão em saúde e até com outros em setores e áreas distintas. Através de uma comunicação eficaz, desenvolve-se melhores projetos terapêuticos, à medida que esta facilita as discussões de caso (A21) e a melhor relação com os apoios da rede de Atenção à Saúde. Mais soluções são encontradas ao passo que

se expandem os canais de comunicação entre pares, docentes e profissionais (A2). Uma boa comunicação pode otimizar o atendimento (A28) e reduzir os obstáculos na dimensão relacional entre os envolvidos no processo (A38).

Quanto à cooperação, parece resultar do consenso sobre a complexidade de determinado problema de saúde e se manifesta no anseio de partilhar decisões de forma corresponsável (A15). Um dos achados explora a análise coletiva de informações comuns e decisões compartilhada, sobre assistência ao paciente, baseadas no conhecimento desenvolvido conjuntamente (A13). Outro artigo adota a discussão dos casos atendidos, oportunizando a compreensão dos eventos individuais com as possibilidades de solução e intervenção em equipe (A38).

O trabalho interprofissional foi mencionado com constância como possível consequência dos programas em EIP. Destacam-se as significativas experiências entre pares e entre estudante-trabalhador de profissões distintas (A30), que endossam o valor de suas responsabilidades e interdependência na contribuição de cada membro da equipe (A35). Especialistas consultados em um dos estudos mencionaram como possíveis resultado da EIP a melhorias nas seguintes áreas: tratamento colaborativo planejado; tratamento coordenado e implementação de intervenções de saúde individualizadas; desenvolvimento colaborativo de medidas de tratamento inovadoras; melhoria da comunicação e cooperação aprimorada durante o processo de cuidado; informação interprofissional contínua; e troca de conhecimento para poder adaptar rapidamente um plano de cuidados quando necessário (A14).

Quanto à influência da EIP para a prática colaborativa na Saúde Coletiva foi registrada que os educandos desenvolveram habilidades satisfatórias para colaborar e as intervenções, como um todo, resultaram em boas práticas dentro das equipes de saúde (A28). Os artigos delinearam diversas formas pelas quais a EIP influencia na prática reflexiva, na aquisição de novas competências, na ampliação da rede de referência, nas possibilidades de novas colaborações e até, e não menos importante, no desejo de ter mais treinamentos no formato da EIP (A34).

Para os autores do VER-SUS, por exemplo, o programa permitiu experiências singulares de contato e colaboração entre estudantes de múltiplas categorias profissionais, integrando diversos atores sociais que acreditam e buscam a qualificação do SUS. Em outros termos, a EIP se implica com uma formação profissional mais comprometida com o sistema público de saúde (A27).

Outro artigo afirma que, uma das estratégias apresentadas para alcançar a cooperação e a contribuição de forma interativa, dentro de uma formação composta por práticas e saberes de diferentes profissões, como é o caso da EIP, é aproximar o objetivo de interesse entre elas, no caso, oferecer um atendimento de saúde de qualidade com base na integralidade do cuidado (A2). Essas interações têm produzido um cuidado mais efetivo (A24). Pela leitura dos estudos, parece ser próprio da EIP favorecer afinidades solidárias, que implicam na colaboração, à medida que inclui, aceita e respeita as diferenças, potencializa novos sentidos para o cuidado, com base nas necessidades de saúde e moderado pela interprofissionalidade (A7).

5.2.9 Desafios da Educação Interprofissional na Saúde Coletiva

Foram encontrados nos estudos os desafios para promoção da EIP, concentrando-se em dois aspectos macros: no ensino e no serviço.

5.2.9.1 Desafios no Ensino

Em primeiro lugar, é preciso ter clareza sobre o que realmente é a EIP. Um dos artigos revelou que havia uma falta de consenso sobre isso, confundindo-se com os conceitos de multiprofissional, interdisciplinar e interprofissional. Faltava compreensão de quanto e como cada uma das disciplinas poderia cooperar para uma colaboração mais expressiva. O papel de cada profissional de saúde deve ser ensinado, pois na ausência desse significado, há desconforto no atendimento ao paciente (A18).

Em segundo lugar, as propostas em EIP no Brasil enfrentam a fragilidade do apoio institucional nas universidades públicas, dificuldades para integrar cursos dentro de uma estrutura fragmentada e organização departamental, com incompatibilidade do arcabouço curricular monoprofissional e insuficiente capacidade de ensino. Estas instituições sofrem resistências tanto de determinadas áreas, quanto de algumas profissões (A23; A9). As dificuldades se instalam principalmente pela inovação tecnológica da EIP frente aos currículos clássicos (A7).

Um artigo afirmou que as universidades não têm conseguido preparar os profissionais para o comprometimento e a responsabilização (A3) necessários ao trabalho na Saúde Coletiva. Outro artigo analisou os Projetos Políticos Pedagógicos de algumas Instituições de Ensino e revelou que mesmo enfatizando a capacitação

para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, os projetos não possuíam o termo EIP na sua composição (A40). Descobriu-se que cada instituição formadora tem suas próprias estruturas organizacionais que encorajam ou desaprovam as iniciativas de EIP (A18) havendo, portanto, necessidade de qualificação da estratégia pedagógica (A23).

É possível perceber também *déficit* de capacitação para docentes e preceptores (A38). Foi visto que, mesmo quando a instituição formadora possui a dimensão teórico-conceitual da interprofissionalidade, não tem como garantir que a EIP se desenvolverá, porque há uma dependência da atitude do educando e do facilitador em dar continuidade a esse processo nos cenários de prática (A10).

Considerando ainda as atitudes, é desafiador para alguns supervisores, por exemplo, equilibrar a solidariedade do educador com a autonomia do educando, sem gerar instabilidade (A5). A depender de como se estabelecem as relações de poder entre docentes e educandos, o resultado pode ir de um extremo, no qual os educandos assumem total controle sobre suas ações no território, associado a limitações de supervisão, gerando por um lado autonomia, por outro, insegurança; ou ir para o outro extremo, no qual o docente delimita excessivamente o fazer do aluno, restringindo-os ao ponto de se tornarem passivos frente as oportunidades da prática interprofissional.

Apesar da organização pedagógica na lógica da EIP ter avançado, quando da necessidade de compor equipes heterogêneas, é complexo identificar o perfil dos participantes que se adéque. Outra implicação reside em mediar percepções, opiniões e conceitos sobre um mesmo objeto. Mediar discussões em pequenos grupos também é citado como uma preocupação (A11). Excesso de carga de trabalho e poucas experiências clínicas prévias de alguns educandos tem efeitos negativos sobre a EIP (A5). Somam-se a esses os empecilhos logísticos como limitação de cronograma, *déficit* de pessoal (A16), infraestrutura e financiamento (A10).

5.2.9.2 Desafios nos Serviços

Ao considerarmos os processos de trabalho nos serviços de saúde, ainda persiste um formato tradicional (biologicista, hospitalocêntrico, biomédico) (A21; A38), baseado em visitas individuais e isoladas, sem intervenções coordenadas e interprofissionais (A9), que se opõe a EIP e influencia negativamente nas práticas integradas do trabalho em equipe. O próprio tipo de funcionamento adotado pelo

serviço, em alguns cenários, induz a fragmentação das ações (A21). Para um dos grupos focais de professores, a prática colaborativa centrada no usuário conflitava com o modelo de Atenção à Saúde, um choque constante com APS/ESF (A9), ou seja, na contramão da lógica da EIP que pretende formar para a colaboração na Saúde Coletiva.

Outro problema reside no fato de alguns profissionais efetivos dos serviços de saúde não discernirem os educandos como integrantes e facilitadores da assistência ao paciente (A38). Compreensão imprópria dos papéis profissionais, falta de clareza na comunicação, juntamente com ameaça, receio e incerteza podem levar educando a não assumirem responsabilidades em atividades práticas. Quando submetido ao contato com profissionais dominadores, as diferenças de posições hierárquicas superior, gera nos educandos sofrimento e insegurança (A33). Estudantes perceberam que os profissionais mais experientes trabalham em estruturas “imutáveis” e “habituais”, mesmo na presença de novas diretrizes. Nesses espaços, os educandos têm poucas oportunidades para o debate interprofissional, ainda que discordem sobre tratamentos e cuidados (A33).

O despreparo dos profissionais da assistência para receber os educandos em campo de estágio também foi percebido num artigo. Os participantes acreditam que os profissionais de saúde precisam ter treinamento na área de colaboração e facilitação (A18). Os trabalhadores sentiram dificuldades de lidar com a complexidade da dimensão micropolítica da formação no serviço, inclusa a demanda do trabalho interprofissional em si mesmo e as modificações provocados pelos educandos nem sempre ajustadas ao dia a dia das unidades (A3).

Outra, mantém-se, em alguns cenários, a visão do paciente “passivo”. Em determinado estudo, os participantes reconhecem que os planos terapêuticos, predominantemente prescritivos, impedem a participação do paciente nas decisões sobre os cuidados que lhe serão prestados (A9). Não foi encontrado, no contexto de um segundo estudo, qualquer protagonismo do paciente frente ao processo de comunicação interprofissional (A1).

Também foi considerado desafiador formar interprofissionalmente médicos com outras categorias profissionais. Listamos a seguir alguns trechos na íntegra, que traduzem esta dificuldade:

“Participantes de instituições que tiveram uma divisão entre a medicina e todas as outras profissões de saúde relataram muito poucas, se alguma, iniciativas de EIP. Há citação que ilustra o desejo de iniciativas de EIP de profissionais de saúde aliados e a falta de resposta da medicina” (A18).

“Enquanto dentistas estavam interessados em ampliar a colaboração, a maioria dos médicos não percebia tal necessidade (...) Os déficits de conhecimento médico percebidos da outra profissão, bem como as expectativas divergentes quanto ao escopo da cooperação, impedem a colaboração interprofissional profunda e regular entre clínicos e dentistas. Esses déficits de conhecimento percebidos podem estar enraizados na educação separada de dentistas e clínicos (na Alemanha)” (A19)

“Para alguns, especialmente estudantes de medicina, as metas de EIP competiam com as de aprendizagem específicas da profissão. Quando os pacientes eram mais complexos, os alunos adotavam um enfoque monoprofissional, desviando a atenção de aprender a colaborar (...) Um supervisor médico notou que seus alunos não podiam perseguir metas de aprendizagem interprofissional quando o atendimento ao paciente exigia todas as suas habilidades e atenção” (A28).

“Os estudantes perceberam principalmente que a sua formação médica foi concebida para produzir profissionais, que deveriam trabalhar individualmente e não em equipes. Os médicos demonstraram pouco interesse pelas tarefas e capacidades de outras profissões (...) Percebido como um parâmetro importante, o estilo de comunicação do médico foi levantado como uma preocupação em várias afirmações. Alguns médicos não conseguiram discutir com os alunos. Os estudantes de enfermagem, em particular, interpretaram mal esse comportamento, vendo-o como um pedido para que permanecessem ‘invisíveis’, abstendo-se de comentar e engajar-se ativamente na situação. Os médicos, por sua vez, entenderam mal as enfermeiras silenciosas, assumindo que eram difíceis de lidar” (A33).

Todos esses desafios discordam da educação interprofissional, da prática colaborativa, da efetividade do trabalho em equipe e da integralidade do cuidado. Os próprios autores externam que muitas dessas barreiras podem ser prevenidas com planejamento adequado. Independente de quão excelente possa ser uma vivência em EIP, a menos que receba suporte adequado para sua execução e manutenção, terá um caráter pouco expressivo e não sustentável.

6 DISCUSSÕES

As discussões dos resultados consideraram a inter-relação das categorias de análise. Após apreciação dos artigos, percebeu-se que merece realmente atenção o modo como os profissionais de saúde estão se formando, especialmente em uma área considerada inovadora como a EIP. Para Reeves (2016), faz-se necessário levantar evidências rigorosas da efetividade dos programas em EIP, demonstrando seus resultados gradativamente alcançados e cumulados, a fim de angariar adeptos.

É lacônico transformar programas de EIP bem-sucedidos em políticas sólidas de formação de profissionais, que, para além dos acertos teóricos, tragam de forma expressiva as marcas de um sistema de saúde implicado com a Saúde Coletiva. Segundo a OPAS (2017), para que sejam bem-sucedidos e sustentáveis, os esforços relativos à EIP devem ocorrer inicialmente dentro do clima e da cultura da instituição ao mesmo tempo em que provoca mudanças lentamente. Os objetivos da EIP devem ser alinhados aos objetivos institucionais, e os líderes devem se engajar tanto líderes formais como informais ao defender a EIP.

À medida que evidências da EIP permanecerem evoluindo, desenvolve-se um maior conhecimento de como planejá-la e implementá-la de maneira mais eficaz, para afetar positivamente os resultados de saúde. Se formuladores de políticas de educação de e saúde desejam estabelecer com sucesso a EIP se baseando em evidências, devem investir em estudos bem elaborados que orientem essas iniciativas.

Nesta revisão, os desafios que as instituições formadoras de profissionais de saúde enfrentam, quando se propõem a implementar a EIP, coincidem em parte com os achados de Vanderwielen (2014) no tocante as barreiras administrativas, do corpo docente/discente e da rigidez curricular, acrescidas de outras como disputa de interesses por áreas de especialidade, falta de valor agregado à EIP, falta de recursos, falta de comprometimento institucional, restrições das estruturas físicas, assincronia de agendas dos cursos e requisitos de vários organismos de acreditação.

Além da superação desses desafios, vale dizer que para uma implementação sustentável da EIP, os projetos políticos pedagógicos dos cursos devem ser consistentes desde a sua construção e fornecer elementos indutores da

responsabilidade com a formação em saúde para as atuais necessidades da área. Segundo Moore *et al.* (2014) isso é relevante quando analisado sob as novas perspectivas de tendência colaborativa para os melhores resultados na saúde.

Para alcançar esses resultados, a EIP deve ser amplamente implementada nos currículos de graduação e pós-graduação em Saúde, que precisam ser revisados e alinhados para essa abordagem. Há que se promover a integração entre os diferentes cursos da área da saúde com conteúdo teórico comum e aproximar o objetivo de interesse entre as várias categorias profissionais, no caso, a integralidade do cuidado colaborativo. Organiza-se em torno de um objetivo comum e trabalhar de forma colaborativa poderá otimizar os resultados da saúde.

Perri *et al.* (2015), complementam sugerindo uma força-tarefa em prol da EIP para avaliar cada departamento da universidade, identificando recursos necessários, explorando as várias tecnologias disponíveis, bem como as ferramentas para aprimorar as experiências de aprendizado. Eles advertem que mesmo que muitas profissões juntas solidifiquem uma base para colaboração interprofissional, o elemento crucial é o apoio pleno de líderes universitários que valorizam programas de ensino de alta qualidade e que desejam disponibilizar tempo, suporte humano e financeiro para garantir avanços expressivos na estrutura e pedagogia dos cursos.

Intervenções de longo prazo são imperiosas para amparar este complexo conjunto de mudanças, por isso, há a necessidade de estruturas organizacionais, de gestão e pedagógicas que apadrinhem tais inovações. Esse suporte estruturante consiste em vários componentes para abordar as extensas questões logísticas e de recursos, incluindo apoiar o desenvolvimento do corpo docente e desenvolver uma cultura institucional que endosse a EIP. A adoção de metodologias progressistas, críticas, holísticas e plurais, que respeite saberes empíricos e questões do educando, transformando esse conhecimento em 'currículo vivo', é fundamental para reformulações da formação em Saúde.

Vanderwielen (2014), revela que as instituições podem fornecer indícios de seu apoio com políticas institucionais que oferecem oportunidades interprofissionais significativas aos alunos e valorização dos esforços dos professores para incentivar essa estratégia. E admite que o "processo de angariar apoio institucional é lento e contínuo, porque as estruturas e políticas históricas muitas vezes impedem a mudança".

Somando forças para alavancar a EIP, o corpo docente deve ser desafiado a ultrapassar sua zona de conforto, a se capacitar para entender e dominar novos

conceitos e métodos, a considerar as vantagens de programas neste formato, engajando-se nas ações de implantação ou implementação, e a se tornar um entusiasta desta causa. Isso requer treinamento, tempo, recursos e principalmente atitude. Por isso, a qualificação docente deve ser otimizada e espaços para debates e reflexões contínuos devem ser criados. A formação docente para a EIP é um processo intenso de atribuição de significados e de quebra de paradigmas, permeado pela subjetividade dos vários saberes envolvidos, que pode oferecer oportunidades de expansão de conceitos e de formas de assistência abrangente à saúde. Conforme Batista e Batista (2016: p. 203), a experiência com professores de diferentes áreas profissionais mostra-se potente para fortalecer a EIP, todavia, demanda um processo contínuo e crítico de formação docente, dado que “aprende-se a ensinar na perspectiva da EIP, ensinando e refletindo sobre as experiências, construindo saberes, estratégias e projetos coletivos”.

Por seu papel em promover interações, orientação e supervisão, a adesão do corpo docente à EIP é fundamental para transmitir ao educando o valor que a educação e colaboração interprofissional possuem. No entanto, entende-se que lidar com educandos de diferentes cursos e articular aprendizagens uns com os outros são difíceis para os professores. Exige planejamento, entendimento profundo dos métodos de aprendizagem interativa, conhecimento sobre a dinâmica de grupo, crença no trabalho interprofissional e desenvoltura frente a várias responsabilidades.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2018), há dificuldade de criar e manejar ações de EIP dentro das IES por isso implicar em um longo processo de análise dos conselhos superiores. Uma alternativa é identificar nos projetos pedagógicos de diferentes cursos se há componentes curriculares que conversem. Sugere-se o mapeamento de estratégias educacionais interprofissionais livre da cultura monoprofissional predominante nas IES. É natural que o corpo docente tenha sido formado numa perspectiva monoprofissional e disciplinar, por isso as possíveis resistências nas graduação em saúde. A interação entre diferentes cursos da área da saúde pode ser considerada uma ameaça aos limites e identidades das profissões pregadas pela tradição monoprofissional e disciplinar.

Para Reeves (2016), além de lidar com estes desafios, os docentes devem proporcionar ambientes de aprendizagem que permita a todos interagir de forma igualitária e dialogada. O sucesso da EIP requer, portanto, o desenvolvimento de uma relação interativa e interdependente entre todos os envolvidos. Daí a importância do desenvolvimento e expansão dos canais de comunicação para soluções em saúde. As

relações dialógicas entre os profissionais podem estimular soluções criativas e inovadoras para complexas questões dos serviços. Uns influenciam outros e juntos constroem a crença coletiva e a visão de que todos têm um papel a desempenhar na abordagem dos problemas de saúde da população. À medida que se tornaram mais familiarizados entre si, movem-se mais rapidamente para o planejamento e a resolução de dificuldades e por meio de uma nova visão do que é possível sanar (MCPHERSON *et al.*, 2017)

Cultivar o diálogo criando oportunidades para a comunicação interprofissional pode ser concretizado com reuniões frequentes nas coordenações de curso, nas equipes, nas discussões dos casos em grupo, no estímulo à tomada de decisão compartilhada (profissionais, educandos, comunidade) e até mesmo nos momentos de educação permanente e de educação em saúde tratando o tema interprofissionalidade.

As avaliações encontradas nos artigos advogam em favor da EIP e o fazem considerando a aprendizagem após a aplicação de determinadas intervenções ou programas, notadamente com base em relatos de autopercepção sobre os próprios avanços. Os estudos se inclinaram a apresentar resultados, de curto prazo, relativos à EIP em relação à aprendizagem, aquisição de competências e às mudanças de atitude do educando. A visualização do impacto a longo prazo desta forma de educação, especialmente alterações educacionais, organizacionais e assistenciais, ficou prejudicada. Até mesmo o impacto a curto prazo pode sofrer questionamento, tendo em vista que alguns instrumentos de detecção da satisfação de educandos, docentes e paciente, captam relatos pessoais, ou seja, revelam apenas a percepção de mudança de ou em um participante.

Contudo, Magnago (2018), em um seminário sobre EIP e prática colaborativa na saúde, tratando de matrizes de competências e instrumentos de avaliação, identificou uma revisão sistemática com 128 ferramentas quantitativas para avaliação da EIP/PC da Colaboração Interprofissional Canadense em Saúde. Nesta ocasião, identificou-se a necessidade de um instrumento genérico psicometricamente sólido para medir atitudes em relação à colaboração entre estudantes e profissionais da saúde, independentemente de sua formação acadêmica ou áreas de atuação. Apesar de na fase de busca desta síntese, ter-se encontrado muitos artigos que tratavam de avaliação da EIP, todos adotavam uma abordagem quantitativa. Recomenda-se, portanto, que novas revisões abracem esta gama de artigos ainda não sistematizados.

Por isso, torna-se imprescindível que a EIP esteja contextualizada com os anseios da coletividade, seja por meio de imersão cultural dos educandos onde são incentivados a aprendizagens socialmente sensíveis, seja na interação Ensino-Serviço própria das práticas colaborativas interprofissionais, seja para superar o distanciamento entre o mundo acadêmico e o mundo do trabalho. Porém, mesmo com o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade, adesão às metodologias ativas e inovadoras tentativas de compartilhar experiências educacionais entre diferentes cursos da área da saúde, não se encontrou evidências em relação ao nível de alinhamento aos preceitos da EIP, se realmente estão sendo trabalhadas as competências a ela relacionadas.

A EIP parece proporcionar um intenso embate para modificar para melhor as práticas em saúde, à medida que favorece a reorganização dos processos de trabalho e suas implicações no cuidado e resolução de problemas de saúde. Grills *et al.* (2012) corroboram que quando há parcerias colaborativas entre disciplinas, organizações e setores, baseadas na comunidade, têm-se melhorado o desempenho do sistema de saúde e resultados gerais de saúde. A crítica reside no fato dos processos da EIP ainda estarem interligado a estrutura de ensino e formas de trabalho convencionais. Isso se constitui em um dilema quando a própria rede atua para reproduzir as regras conservadoras do sistema. Lago *et al.* (2018) exemplificam esta questão com a exigência de produção em massa, particularmente por atenção individual especializada, centrada no profissional médico e limitada para reflexão em espaços de vivências.

6.1 Metassíntese

A partir dos achados da revisão sistemática sobre a EIP na formação dos profissionais, chegou-se a metassíntese, que incluiu três domínios: 1) Abordagem da Educação Interprofissional para atuação na Saúde Coletiva; 2) Integração Ensino-Serviço como indutora da Educação Interprofissional em Saúde; 3) Impacto da Educação Interprofissional na Atenção à Saúde. Por meio desses domínios, foi possível realizar uma síntese-revisão sobre as concepções da EIP para a formação de profissionais da Saúde Coletiva, sendo estabelecidos macro-conceitos.

6.1.1 Ferramentas da Educação Interprofissional para atuação na Saúde Coletiva

A concepção da Educação Interprofissional na Saúde Coletiva, as relações dessa com o Ensino-Serviço e a influência para o campo da prática estão demonstradas nos mapas conceituais das Figuras 04 e 05. A concepção da formação em EIP comum ao mundo acadêmico e ao mundo da práxis objetiva o trabalho colaborativo que otimize resultados dos pacientes. As repercussões das relações de Ensino-Serviço na EIP incluíram Atenção à Saúde mais segura e eficaz, por meio de práticas interprofissionais colaborativas, que prestam intervenções de saúde individualizadas, por meio de uma assistência coordenada e ampliação da rede de referência.

Em relação às instituições formadoras para Saúde, a concepção de EIP correlacionou-se, por um lado de modo a potencializar esta abordagem de formação com apoio institucional, educadores no papel de facilitador e aprendizagem centrada no aluno; por outro lado, correlaciona-se por meio de entraves como a organização departamental das instituições de formação, as deficiências de formação do corpo docente e a dependência de atitudes de educandos e educadores, que podem ser de resistência à mudança do modelo cartesiano para o modelo da EIP.

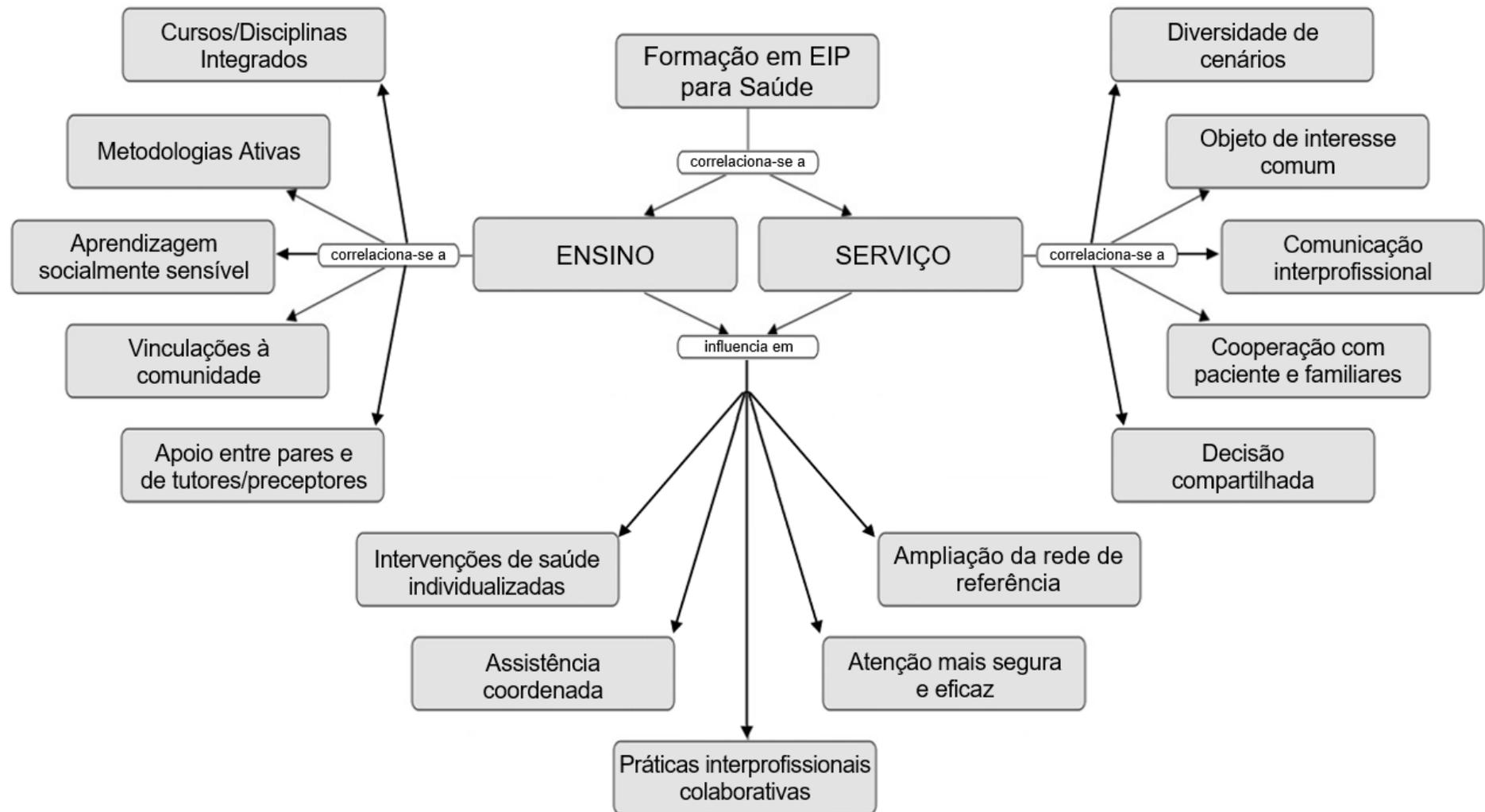
Quanto aos serviços de saúde, que recebem os alunos no campo de prática, a concepção de EIP correlacionou-se, por um lado como potencializador com a clarificação dos papéis dos profissionais (melhor conhecimento sobre seus próprios papéis e responsabilidades das demais profissões), atenção compartilhada, considerando a autonomia do paciente sobre seu próprio cuidado; e correlacionou-se com entraves como o isolamento de determinada categoria profissional (medicina) o conservadorismo implicadas nas práticas e no próprio serviço de saúde e conduta prescritiva que ignoram a participação do paciente e sua família nas decisões sobre o cuidado.

Figura 04. Mapa conceitual da concepção da Educação Interprofissional na Saúde Coletiva.



Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Figura 05. Mapa conceitual das práticas nas relações Ensino-Serviço sob a égide da Educação Interprofissional.



Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Pode-se afirmar que na concepção apresentada pelos artigos foi considerada como importante o apoio institucional enquanto potencial para promover às mudanças organizacional necessária à promoção da EIP na Saúde Coletiva. A EIP exige o desenvolvimento coerente de políticas e infraestruturas organizacionais, além de revisão e integração curricular de cursos de graduação e pós-graduação, treinamento da equipe de professores e tutores e desenvolvimento de uma cultura, entre os educandos, de valorização da interprofissionalidade.

As limitações de espaço físico pode ser um grande desafio para o fluxo de relacionamentos e trabalho dentro de uma instituição formadora e precisam ser consideradas na escola por locais para “abrigar” a EIP. É oportuno lembrar que a produção de alternativa para superar os desafios de tempo, recursos e infraestrutura salienta a necessidade de coordenação logística de programas educacionais de várias profissões, alinhando-se os objetivos educacionais e os diversos cronogramas para promover a EIP entre os educandos.

Necessidades de mudanças de diretrizes, normas e procedimentos nas instituições formadoras convivem com limitação de cronograma, *déficit* de recursos humanos, sobrecarga de trabalho e financiamento escasso que se distanciam das recomendações da OMS (2016a) no tocante a adequação dos estabelecimentos de ensino para promover a EIP. A Organização menciona que a EIP é a chave para promover os profissionais de saúde que podem trabalhar em uma equipe colaborativa.

Considerando que muitos dos fatores percebidos pelos estudos como potencializadores para a implementação da EIP estão relacionadas ao campo institucional, sugere-se que se pesquise a eficácia das infraestruturas organizacionais destinadas a promover a EIP.

A adoção, promoção e manutenção da EIP não esgota em si as possibilidades de formação dos futuros profissionais da Saúde Coletiva. Há muitos cursos que já trabalham em uma perspectiva multidisciplinar e multiprofissional, sem, contudo, ter clareza do conceito da interdisciplinaridade. E muitos poderão continuar a não se implicar com a EIP mesmo se evidentes as suas potencialidades de transformação e melhoria da atenção em saúde.

Com base nas reflexões tecidas, a Figura 06 apresenta um resumo dos tipos de apoiadores e as categorias de suporte para subsidiar a EIP.

Figura 06. Adoção, promoção e manutenção da Educação Interprofissional por tipos e categorias de suporte.



Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Dentre as mudanças institucionais de apoio, demonstradas nos estudos desta revisão sistemática, as seguintes intervenções parecem contribuir para a implantação e sustentabilidade da EIP: currículos com desenhos voltados para a EIP, integração entre cursos, guarda-chuva interdisciplinar, cursos do tipo espiral, matriz curricular com conteúdo teórico compartilhado entre todas as profissões e de competências comuns aos profissionais da saúde, reuniões regulares entre coordenação e tutores, grupos tutoriais e programas.

Dentre as metodologias de ensino apresentadas nos estudos, destacam-se: integração entre todas as áreas do mesmo programa, rede de serviços de saúde como espaços de educação contextualizada, rodas de conversa, simulação realística e complexa, uso do PBL, estudos de casos, projetos de intervenção comunitária, além de outros.

Conforme as abordagens de ensino, os estudos mostram relação direta com o Painel de Especialistas em Colaboração Educacional Interprofissional ao se concentram em desenvolver: Valores e Ética (vínculo do educando com a comunidade, respeito cultural, habilidades éticas, humanísticas, crítico-reflexivas e solidárias), Funções e Responsabilidades (compartilha responsabilidade, gerencia habilidades e colabora com outros profissionais para resolver problemas), Comunicação Interprofissional (valoriza a opinião do outro, compartilha informações e comunica-se com pares, profissionais, pacientes e família) e Trabalho em Equipe (insere-se em grupos heterogêneos/multidisciplinares, tem clareza sobre suas próprias funções e das demais categorias profissionais, valoriza o fazer do outro, colabora com o trabalho, toma decisões e resolve problemas em comum acordo).

Segundo a avaliação dos próprios estudos, a implementação das formações em EIP favoreceu a aprendizagem e o desenvolvimento de habilidades no educando e potencializou modificações nos processos de trabalho, com sinalização de melhores resultados para os pacientes.

Os resultados demonstram os benefícios e desafios da aprendizagem em programas de EIP. Comumente, os educandos referiam apreciar o processo de aprender juntos no campo de prática, tendo os pacientes como protagonistas do seu próprio cuidado. Estes arranjos nos programas trouxeram perspectivas mais diversificadas e um aprendizado mais motivador do que se poderia esperar quando apenas um tipo de profissional ou apenas profissionais trabalham juntos. No entanto, o CAIPE recomenda certa cautela sobre a inclusão de pacientes e cuidadores como protagonistas do próprio

cuidado, alertando que muitas ponderações precisam ser medidas quando se escolhe envolvê-lo, entre as quais: a relevância de suas experiências para as necessidades de aprendizagem dos alunos; sua prontidão em compartilhar questões pessoais sensíveis; e sua vulnerabilidade. Para Barr (2013, p. 26), “pacientes e cuidadores são mais efetivos em seu papel de ensinar, mais confiantes e mais confortáveis quando têm um preparo e suporte contínuo dos professores”.

À medida que se amplia o entendimento dos educandos sobre as necessidades dos pacientes, seus próprios papéis e compromissos, como também os papéis dos demais profissionais, pode-se minimizar sobreposição de atribuições e retrabalhos, favorecendo a colaboração e gerando a expectativa de melhores práticas. Assim, deduz-se que a EIP prepare os alunos para seus futuros papéis e para o trabalho em equipes interprofissionais desde seus programas de treinamento.

Contudo, o contato de futuro profissional da saúde com cursos isolados e de curta duração, como alguns dos contemplados nesta revisão, parecem insuficientes para inverter a lógica de cuidado fragmentado, monoprofissional, biologicista, hospitalocêntrico, biomédico e centrado na doença que ainda persiste nos campos do ensino e da prática. Ainda será necessário investir muito para alterar esta realidade.

Os artigos apontam para a compreensão de que a EIP influencia nos processos de trabalho na Saúde Coletiva, por meio de: a) intervenções de saúde individualizadas conforme especificidade de cada paciente; b) assistência coordenada entre várias categorias, promovendo a integralidade da atenção; c) possibilidade de ampliação da rede de referência para resolução das demandas de saúde; d) maiores chances de favorecer uma assistência mais segura e eficaz; e) práticas interprofissionais colaborativas; f) possibilidade de ressignificação do processo de aprendizagem e de trabalho; g) motivação profissional e satisfação do paciente.

No entanto, mesmo que haja clareza sobre os benefícios relacionados à EIP, centralidade do ensino no aluno e da atenção à saúde no paciente, persistem entraves associados às atitudes dos docentes, dos profissionais e dos educandos que visam a manutenção das relações de poder (por exemplo, domínio de um profissional em detrimento de um estagiário), a acomodação (engessamento) de saberes e práticas, e por fim, a resistência de modelos de atenção hegemônicos e contrários a lógica da EIP e do trabalho colaborativo. As reflexões sobre a formação profissional na saúde e capacitações de professores e profissionais podem, por sua vez, favorecer o acolhimento da proposta da EIP e conseqüentemente dos seus benefícios.

6.1.2 Integração Ensino-Serviço como indutora da Educação Interprofissional em Saúde Coletiva

Em relação a necessidade da integração Ensino-Serviço para a formação em Saúde na EIP, os estudos alertam que instituições formadoras e unidades de saúde precisam estar preparadas para o caráter interprofissional dessa modalidade.

Quando comparado ao modelo cartesiano de ensino, a integração em EIP parece acontecer com maior possibilidade de trocas entre educando-par, educando-preceptor/tutor, educando-paciente/família, educando-Serviço/Rede de Atenção à Saúde conforme descritos nos resultados. Também foram descritos ali alguns exemplos dessa integração como nos casos do PET-SAÚDE, das Residências Multiprofissionais em Saúde e do PermanecerSUS.

No entanto, este intercâmbio nem sempre acontece de forma tranquila, pois nos processos de trabalho dos serviços de saúde, ainda persistem modelos de atenção tradicionais, focada no indivíduo, com ações descoordenadas e fragmentadas, realizadas por profissionais isolados em seu fazer, que trabalham em estruturas “imutáveis” e “habituais”, alheios às novas diretrizes, que discordam sobre tratamentos sem diálogo para consenso, que desconsideram a emancipação do paciente no planejamento dos cuidados, o que induz a conflitos constantes de interesses com a lógica da EIP, a prática colaborativa, o trabalho em equipe e a integralidade do cuidado.

Outros conflitos são oriundos: da falta de acolhimento do educando por parte de alguns profissionais dos serviços de saúde, ignorando seu potencial para colaborar; das falhas na compreensão dos papéis profissionais; da falta de comunicação; dos sentimentos/comportamentos de superioridade (profissionais em relação ao educando, uma categoria em relação a outra); da falta de oportunidade/espço para debates interprofissionais; e da falta de treinamento para os profissionais receberem alunos interprofissionais. Todas estas causas de conflitos parecem inibir o desenvolvimento de habilidades nos educandos (comunicação, cooperação, corresponsabilização), reduzindo o potencial da interação Ensino-Serviço.

Portanto, nesta revisão sistemática, sugere-se a elaboração de um modelo de oferta da EIP no campo das práticas em saúde. Em primeiro lugar, deve ser feito o planejamento para minimizar barreiras na relação Ensino-Serviço. Em segundo, deve-se acolher o educando por um facilitador que seja um elemento de ligação entre

educando-equipe e educando-comunidade, ou dois profissionais que desempenhem um desses papéis. O acolhimento aconteceria no local de prática. Este facilitador poderia ser uma referência de acolhimento inicial, logo no começo dos cursos, no entanto, há que se desenvolver capacitação para todos os profissionais dos serviços que se propõe a receber alunos, de modo que o ato de acolher, não se restrinja a uma única pessoa. Esse processo deve ser dialogado, a fim de estabelecer vínculos, sentimentos de segurança/pertence ao grupo e empoderamento. Em terceiro, gerar espaços que permitam uma mão dupla de colaboração: por um lado, profissionais efetivos no serviço demonstrariam suas experiências em prol da aprendizagem prática do educando, por outro lado, ao revisar suas condutas em situações cotidianas de trabalho, simultaneamente, os profissionais atenderiam as próprias necessidades de Educação Permanente, à medida que, atualizariam seus saberes, buscados por si só ou os advindos da academia por meio dos preceptores e educandos.

6.1.3 A Educação Interprofissional na Atenção à Saúde Coletiva

Quando analisamos os resultados desta revisão e as contribuições da EIP para a Atenção à Saúde, percebemos que grande parte dos programas estudados estão pautados nos princípios do cuidado centrado no paciente/família e na maior eficácia das ações da Saúde quando possibilitam o envolvimento destes no planejamento dos cuidados.

Os educandos são estimulados a interagir frequentemente com os pacientes, na perspectiva da integralidade, enquanto direito e forma de organizar as práticas, dentro de uma concepção ampliada de saúde para atingir melhor qualidade de vida.

Assim, nos espaços de prática interprofissional, não apenas se estabelecem relacionamentos e soluções entre profissionais, mas também destes com os pacientes, familiares e cuidadores, cujos saberes, experiências e os próprios recursos são considerados como ferramentas de colaboração com a equipe. A atenção profissional compartilhada incluiu, portanto, o maior interessado nos próprios resultados de saúde: o paciente.

Os artigos revelam como resultados possíveis ou potenciais da EIP, o inegável aumento de oportunidades de interação quando comparados a estratégias de ensino uniprofissionais, com natural aperfeiçoamento da comunicação interprofissional, “interinstâncias” (assistência e gestão), intersetoriais e até entre

áreas distintas. Isto teve implicações no trabalho em equipe interprofissional e colaborativo, possibilitando minimização de obstáculos de relacionamento interpessoal, favorecendo as decisões compartilhadas e corresponsabilizadas sobre cuidados de saúde e a otimização dos atendimentos.

Apontam-se ainda como resultados das intervenções da EIP: cuidados de alta qualidade, seguros, diversificados em saberes e práticas, e portanto, mais efetivos; prestados com apoio de pacientes engajadas no próprio processo de cuidar; tendo implicações positivas no seu bem-estar; com a colaboração de educandos mais reflexivos, solidários e comprometidos com o sistema público de saúde.

Em decorrência destes resultados, a seguir, apresenta-se uma lista de recomendações para instituições formadoras e serviços de saúde favoráveis à implementação da EIP, que poderão ser reproduzidas e contribuir para políticas, práticas ou pesquisas interessadas neste tema. São alguns dos objetivos promotores de uma formação em EIP para a Saúde Coletiva:

- Aproximar o objetivo de interesse entre as várias categorias profissionais da saúde;
- Realizar associação entre cursos de graduação e pós-graduação na área saúde;
- Acolher e amparar os educandos nas instituições formadoras e nos serviços de saúde;
- Analisar e respeitar as competências prévias antes da introdução de novos conceitos e práticas;
- Fornecer papéis coerentes com as habilidades e grau de conhecimento;
- Capacitar profissionais da educação e da saúde em EIP para orientar e acompanhar os educandos;
- Disponibilizar preparação para Saúde Coletiva previamente a imersão em campo de prática;
- Associar-se a lideranças comunitárias, elegendo um coordenador que possa intermediar as relações entre educandos e população;
- Disponibilizar cenários diversificados de aprendizagem, priorizando as comunidades com maior vulnerabilidade social;
- Engajar os discentes em oportunidades de aprendizagens contextualizada e socialmente sensíveis;
- Fortalecer a integração do ensino, pesquisa e extensão com as demandas

sociais;

- Incorporar na prática colaborativa e trabalho em equipe a atenção integral à saúde da comunidade;
- Incentivar a aprendizagem para Atenção à Saúde centrada no paciente;
- Habilitar para os atendimentos de saúde de qualidade com base na integralidade do cuidado;
- Contribuir com a aquisição de ferramentas e técnicas de comunicação eficazes interprofissionais e com o público em geral;
- Promover o apoio entre pares e destes com tutores, preceptores e docentes;
- Desenvolver oportunidades para que educandos tenham clareza sobre seu próprio papel e dos demais envolvidos no cuidado;
- Ajudar os educandos a compartilhar informações e responsabilidades sobre os cuidados prestados aos pacientes;
- Oportunizar espaços para diálogo e a resolução conjunta de problemas;
- Garantir um ambiente de aprendizagem livre de ameaças e com oportunidades para debater interprofissionalmente, inclusive discordar sobre tratamentos e cuidados;
- Ofertar práticas condizentes com as necessidades de saúde da coletividade, monitoradas por preceptores de campo e de núcleo;
- Oportunizar a interação com profissionais de várias categorias generalistas, com especialistas e com a Rede de Atenção à Saúde;
- Incentivar a valorização dos recursos próprios do paciente e da família para a prática colaborativa;
- Estimular a corresponsabilidade e interdependência na atuação em equipe interprofissionais;
- Proporcionar ações de reciprocidade entre ensino e trabalho;
- Estimular a autonomia do educando e do paciente, principalmente em ambientes de prática colaborativa;
- Favorecer afinidades solidárias, que implicam na colaboração interprofissional;
- Avaliar competências adquiridas após inserção em ações e programas em EIP.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este é o primeiro estudo conhecido a analisar evidências científicas da influência da Educação Interprofissional na formação de profissionais de saúde para atuação em Saúde Coletiva. Lago *et al.* (2018) destacam que, o exercício de análise tem maior potência no campo coletivo pela coragem de ressignificar a própria realidade em tempos caracterizados pela depreciação do que é público.

Alicerçar-se na metassíntese beneficiou a revisão de dados sobre a EIP e a produção de evidências que contribuem para a reflexão sobre suas práticas e efeitos. A metodologia adotada foi uma força neste trabalho, em especial os procedimentos e ferramentas que minimizaram os riscos de viés, facilitando o processo analítico e fortalecendo a credibilidade dos resultados.

Apesar de abarcar uma amostra de realidades da EIP e sistemas de saúde de quatro continentes, em contextos culturais tão diferentes, foi possível observar semelhanças. No entanto, é importante considerar que se trata de uma única revisão, composta por quarenta artigos, não implicando em imediata generalização.

Contudo, as reflexões expressas aqui, têm o intuito de amparar e ampliar releituras das questões levantadas nos campos da educação e da saúde. Os resultados podem colaborar para o enfrentamento da resistência às transformações das práticas em saúde promovidas por profissionais formados pela EIP. A coletânea de estratégias e instrumentos metodológicos, demonstrada neste estudo, também pode se constituir num potente recurso para desenvolvimento de novos cursos ou ações.

Com base nos resultados analíticos, é possível afirmar que a EIP incentivou novas práticas na formação profissional e nos processos de trabalho na saúde. De acordo com a visão dos vários autores envolvidos nesta revisão, identificou-se algumas potencialidades e desafios das instituições formadoras, dos docentes, dos educandos, dos serviços, dos profissionais da saúde e dos pacientes em relação a EIP.

Em suma, esta metassíntese evidenciou um conjunto de intervenções que alteram currículos e mobilizam o corpo docente e educandos. Conforme os professores são convencidos das vantagens da EIP, estes por sua vez acabam por convencer também aos educandos. Educandos mais sensíveis à EIP parecem ter melhores resultados na aprendizagem, no trabalho em equipe e na construção de

uma comunicação eficaz.

Os artigos trouxeram alguns desafios às práticas curriculares de EIP. A capacitação da força de trabalho docente, debates e reflexão contínuas, podem minimizar isolamentos e favorecer uma abordagem mais colaborativa de compartilhamento de saberes e experiências.

Conclui-se que as evidências apontam que a EIP contribui para a aprendizagem efetiva que por conseguinte poderá ser aplicada em contextos clínicos, ou seja, poderão embasar uma colaboração interprofissional em todas as áreas, inclusive na Saúde Coletiva.

Estudos adicionais exploratórios e longitudinais, com métodos quantitativos, são incentivados. São necessárias a descobertas de inovações nessa área e avaliações de impacto a longo prazo em relação a aprendizagem e aos benefícios dos cuidados de saúde prestados por quem está sendo ou foi formado pela EIP, nessa análise, é imprescindível que se incluam todos os atores envolvidos no processo formativo: coordenadores, preceptores, tutores, residentes, gestores e pacientes.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR-DA-SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da Formação Interprofissional no Ensino Superior em Saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação*. Sorocaba, v. 16, n. 1, p. 167-84, mar. 2011.
- ALMEIDA FILHO, N. *et al.* Formação Médica na UFSB: I. bacharelado interdisciplinar em saúde no primeiro ciclo. *RBEM*. Brasília, v. 38, n. 3, p. 337-348, 2014.
- ALMEIDA, C. P. B.; GOULART, B. N. G. Como minimizar vieses em revisões sistemáticas de estudos observacionais. *Rev. CEFAC*. São Paulo, v. 19, n. 4, p. 551-5, jul-ago, 2017.
- AMARAL, V. F. *et al.* Mobilizando estudantes em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS): experiências interprofissionais do VER-SUS – Sobral, CE, Brasil. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Botucatu, v.22, supl. 2, 2018.
- ARNEMANN, C. T. *et al.* Melhores práticas de preceptores em uma residência multiprofissional: interface com interprofissionalidade. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Botucatu, v. 22, supl. 2, 2018.
- ARRUDA, G. M. M. S. *et al.* Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Tempus, actas de saúde colet*. Brasília, v. 10, n. 4, p. 187-214, dez, 2016.
- ARRUDA, G. M. M. S. *et al.* O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Botucatu, v. 22, supl.1, 2018.
- BACELAR, S. Conflitos de interesses em pesquisas. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=26754:conflitos-de-interesses-em-pesquisas&catid=46. Acesso em: 12 de agosto de 2019.
- BAENA, C. P. Revisão sistemática e metanálise: padrão ouro de evidência? *Rev. Med. UFPR*. Curitiba, v. 1, n. 2, p. 71-74, abr-jun, 2014.
- BAPTISTA, T.W.F. *et al.* (Org.). *Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2015.
- BARR, H. *et al.* *Effective interprofessional education: arguments, assumption and evidence*. London: Wiley-Blackwell, 2005a.
- BARR, H. *Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow*. London: Learning and Teaching Support Network, 2005b.
- BARR, H.; LOW, W. *Introducing interprofessional education*. United Kingdom: Center for the advancement of interprofessional education (CAIPE), England, 2013.
- BARREIRA, V. B.; CRAESMEYER, G. M. S. O modelo espiral no planejamento de um curso: uma experiência. *the ESP*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 73-83, 1996.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*. Rio de Janeiro, v. 2, p. 25-8, jan, 2012.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. S. Educação interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Botucatu, v. 20, n. 16, p. 202-4, 2016.

BATISTA, S. H. S. S. et al. Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Botucatu, v. 19, supl, p. 743-52, 2015.

BENNETT, P.N. *et al.* Faculty perceptions of interprofessional education. *Nurse Educ today*.v. 31, n. 6, p. 571-6, ago, 2011.

BOSI, M. L. M.; PRADO, S. D. Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: constituição, contornos e estatuto científico. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p.7-17, jan, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Construindo caminhos possíveis para a Educação Interprofissional em Saúde nas Instituições de Ensino Superior do Brasil*. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 26 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Diretrizes metodológicas: elaboração de revisão sistemática e metanálise de estudos de acurácia diagnóstica*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, publicado em: 20 set 1990, p. 18055, col. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, publicado em: 13 jun 2013, seção 1, p. 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Decreto nº 5.800, de 8 de junho de 2006*: Dispõe sobre o Sistema Universidade Aberta do Brasil – UAB. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, publicado em: 9 de jun de 2006. Acesso em: 5 de junho de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*: dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da República Federativa do Brasil nº 98, Brasília, publicado em: 24 mai 2016, seção 1, p. 44-46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Trabalho, educação e qualificação: educação interprofissional. Portal do Governo Brasileiro. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional/44937-educacao-interprofissional>. Acesso em: 21 ago 2019.

CAMARA, A. M. C. S.; GROSSEMAN, S.; PINHO, D. L. M. Educação interprofissional no programa PET-Saúde: Percepção de tutores. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Botucatu, v.19, supl.1, 2015.

CAMPOS, G.W.S. *et al.* (org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 2009.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. saúde coletiva*, v.5, n. 2, Rio de Janeiro, 2000

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. CIHC. *A National Interprofessional Competency Framework*. Vancouver: CIHC; 2010.

CASANOVA, I. A.; BATISTA, N. A.; RUIZ-MORENO, L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sci*. v. 40, n. 3, p. 229-233, 2015.

CASTRO, M. G. *et al.* Ensine os alunos, capacite os pacientes, atue de forma colaborativa e atinja os objetivos de saúde: uma experiência clínica interprofissional precoce no tratamento transformado. *Adv Med Educ Pract*. v. 10, p. 47–53, 2019.

CASTRO, M. L.; BARBARÁ, P.; GIMENES, T. C. V. Território e territorialização na Atenção Básica. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/>

CAVALHEIRO, M.T.P.; GUIMARÃES, A.L. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino-serviço. *Caderno FNEPAS*. Rio de Janeiro, v. 1, p.19-27, 2011.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-10, set-out, 2004.

CHURCH, E. A. *et al.* Percepção de profissionais rurais sobre educação continuada interprofissional em saúde mental. *Health and Social Cure*. v. 18, n. 4, p. 433-43, jun, 2010.

CONCEIÇÃO, H. R. M. De soslaio para a saúde coletiva: o caso do conceito de saúde. 2015. 175f. *Dissertação* (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. CFM. *Resolução nº 2.227/2018 de 13 de dezembro de 2018*: define e disciplina a telemedicina como forma de prestação de serviços médicos mediados por tecnologias. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, publicado em: 06 fev 2019, ed. 26, seção 1, p. 58.

COSTA, M. A. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-8, jan-mar, 2016.

COSTA, M. V. A educação interprofissional como abordagem para a reorientação da formação profissional em saúde. 2014. 150f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde), Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

COSTA, M. V. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI, R.F.C. (org). *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

COSTA, M. V. *et al.* Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 709-20, 2015.

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME. CASP. *CASP Qualitative checklist*. Disponível em: <https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Qualitative-Checklist.pdf>. Acesso em: 06 mai. 2018.

DEMARZO, M. M. P. Transforming health professionals' education. *The Lancet*. London, v. 377, n. 9773, 2011.

DIAZGRANADOS D. *et al.* Prática interprofissional em diferentes cenários de atendimento ao paciente: uma exploração qualitativa. *J. Interprof Care*. v. 32, n. 2, p. 151-9, mar, 2018.

ELLERY, A. E. L. Interprofissionalidade na estratégia saúde da família: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. 2012. 256f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina, Fortaleza, 2012.

ELY, L. I.; CERIOTTI, R. F. Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1563-75, 2018. [eng.pdf?jsessionid=67355644AE21B9AE5746D3530711063B?sequence=1](https://www.scielo.br/inter/pdf/eng.pdf?jsessionid=67355644AE21B9AE5746D3530711063B?sequence=1). Acesso em: 18 mai 2018.

ESPÍNDOLA, C. R.; BLAY, S. L. Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 707-16, jun, 2009.

FERREIRA, J.; CUNHA, C. L. F.; BASTOS, L.L. O campo científico da Saúde Coletiva: apontamentos para o debate para a formação da pós-graduação stricto-sensu. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*. Brasília, v. 6, n. 2, p. 1254-66, 2015.

FIGUEREDO, W. N. *et al.* Práticas colaborativas nas urgências em Saúde: a interprofissionalidade do Programa PermanecerSUS, Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Botucatu, v.22, supl.2, p.1697-1704, 2018.

FRANCIS-BALDESARI, C. Systematic reviews of qualitative literature. Disponível em: <https://libguides.scu.edu.au/c.php?g=356874&p=3038897>. Acesso em: 10 jan 2019.

FREITAS, M.A.O.; DEMARCHI, G.S.S.; ROSSIT, R.A.S. Educação Interprofissional na pós-graduação stricto sensu: o olhar dos egressos. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Botucatu, v. 22, supl. 2, p.1647-59, 2018.

FRENK, J. *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, London, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília, v. 24, n. 2, p. 335-42, abr-jun, 2015.

GRILLS, N.; ROBINSON, P.; PHILLIP, M. Networking between community health programs: a case study outlining the effectiveness, barriers and enablers. *BMC Health Serv Res*. London, v. 12, n. 206, p. 1-12, jul, 2012.

GUDMUNDSEN, A. C. *et al.* Educação Interprofissional: Aprendizado dos Alunos de Assistência Conjunta ao Paciente. *Professions & Professionalism*, v. 9, n. 1, 2019.

GUPTA, R.; ARORA, V. M. Merging the health system and education silos to better educate future physicians. *JAMA*, Chicago, v. 314, n. 22, p. 2349-50, 2015.

HAGGMAN-LAITILA, A.; REKOLA, L. Factors influencing partnerships between higher education and healthcare. *Nurse education today*, Edinburgh, v. 34, n. 10, p. 1290-1297, 2014.

HOMEYER, S. *et al.* Efeitos da educação interprofissional para estudantes de medicina e enfermagem: facilitadores, barreiras e expectativas para otimizar a futura colaboração interprofissional – um estudo quantitativo. *BMC Nursing*. v. 17, n. 13, 2018.

INGUNN, A. A. S. E.; BRITT, S. H.; KARINA, A. A. S. E. Percepção de estudantes de enfermagem e médicos noruegueses sobre o trabalho em equipe interprofissional: um estudo qualitativo. *BMC Medical Education*, v. 14, n. 170, 2014.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers>

KAHALEH, A. A. *et al.* An Interprofessional education panel on development, implementation, and assessment strategies. *American journal of pharmaceutical education*, Lincoln, v. 79, n. 6, p. 1-10, ago, 2015.

KANIA, J.; KRAMER, M. Collective impact. *Stanf Soc Innov Rev.*, v. 9, n. 1, p. 36–41, 2011.

KHALILI, H. *et al.* *Interprofessional Research Global*. 2019. Disponível em: <https://interprofessional.global/research/>. Acesso em: 01 out 2019.

LAGO, L. P. M.; *et al.* A análise de práticas profissionais como dispositivo para a formação na residência multiprofissional. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1625-34, 2018.

L'ECUYER, K.; POLE, D.; LEANDER, S. A. O uso de PBL em um curso de educação interprofissional para estudantes profissionais de saúde. *IJPB*. v. 9, n. 1, mar, 2015.

LIBERATI, A. *et al.* The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS medicine*. San Francisco, Califórnia, v. 6, n. 7, p. 1-28, jul, 2009.

LIE, D. A. *et al.* O que e como os alunos aprendem em uma clínica interprofissional administrada por estudantes? Um quadro educacional para o atendimento em equipe. *Med Educ Online*. v. 21, n. 10, 2016.

LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. de; PAIVA, C. H. A (org.). Gênese sócio-histórica da Saúde Coletiva no Brasil. Editora FIOCRUZ, 2015, 324 p.

LIMA, V. V. *et al.* Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1549-62, 2018.

LIVINGSTON, L. L. *et al.* Dia Simulado do Desastre: Beneficie-se das Lições Aprendidas Através dos Anos de Transformação dos Silos à Educação Interprofissional. *The Journal of the Society for Simulation in Healthcare*, v. 11, n. 4, p. 293–298, 2016.

LOPES, A. L. M.; FRACOLLI, L. A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 771-8, out-dez, 2008.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde Soc*. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

MADRUGA, L. M. S. *et al.* O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Botucatu, v. 19, supl 1, p. 805-16, 2015.

MAGNAGO, C. Matrizes de competências e instrumentos de avaliação da Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. In: *Seminário Educação Interprofissional e Prática Colaborativa na Saúde*. Faculdade Meridional – IMED: Rio de Janeiro, out, 2018. Manual-2014.pdf. Acesso em: 20 ago 2018.

MARINHEIRO, K. L.; BULSARA, C. E.; SAUNDERS, R. D. Aprendizagem interprofissional em cuidados domiciliares para idosos: proporcionando atendimento ideal aos idosos. *Revista Australiana de Saúde Primária*, v. 21, n. 3, p. 360-4, 2014.

MCPHERSON, C. *et al.* Um catalisador para mudança de sistema: um estudo de caso da formação, evolução e sustentabilidade de redes de saúde infantil. *BMC Health Services Research*. 2017, v. 17, n. 100.

MEDEIROS, J. A.; AMORIM, W. L. A reforma do ensino superior e as políticas de extensão universitária silva. *Cataventos*. Cruz Alta, v. 05, n. 01, 2013.

MIKAEL, S. S. E.; CASSIANI, S. H. B.; SILVA, F. A. M. A Rede Regional de Educação Interprofissional em Saúde da OPAS/OMS. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 25, n. 2866, p. 1-3, 2017.

MIRANDA NETO, M. V.; LEONELLO, V. M.; OLIVEIRA, M. A. C. Residências multiprofissionais em saúde: análise documental de projetos político-pedagógicos. *Rev Bras Enferm*. v. 68, n. 4, p. 586-93, 2015.

MOORE, T. *et al.* The evidence: What we know about place-based approaches to support children's wellbeing. Parkville: Murdoch Children's Research Institute and The Royal Children's Hospital Centre for Community Child Health; 2014.

MOREIRA, C.O.F.; DIAS, M.S.A. Diretrizes curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. *ABCS Health Sci*, v. 40, n.3, p. 300-5, 2015.

MYRON, R. *et al.* Profissionais aprendendo juntos com pacientes: um estudo exploratório de uma aprendizagem colaborativa em Programa de Colaboração para Melhoria da Saúde. *J. Interprof Care*. v. 32, n. 3, p. 257-65, mai, 2018.

NIETZSCHE, F. W. *A gaia ciência*. Trad. Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história recente, passado antigo. In: Campos GWS, Carvalho YM, Minayo MCS, Drumond Junior M, Akerman M. (org). *Tratado de saúde coletiva*, 2ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz; 2009. p. 19-40.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 55-69, 1996.

OANDASAN, I.; REEVES, S. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of interprofessional care*, Abingdon, supl. 1, p. 21-38, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *Educação interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal*. Relatório da reunião. Bogotá, Colômbia. 7 a 9 de dezembro de 2016. Washington, D.C.: OPAS; 2017

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*. Genebra: OMS, 2016a. Disponível em: http://who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/. Acesso em: 25 jan 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS, 2010. Disponível em: http://new.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf. Acesso em: 18 mai 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Transforming and Scaling up Health Professionals Education and Training*. Genebra: OMS, 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/93635/9789241506502_

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Working for health and growth: investing in the health workforce*. Genebra: OMS, 2016b. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports/en/>. Acesso em: 25 jan 2019.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L.B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde Soc.* São Paulo, v.24, supl.1, p.205-218, 2015.

PAIM, J.S. Saúde Coletiva como compromisso: a trajetória da ABRASCO. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2521-2522, 2007.

PARO, C. A.; PINHEIRO, R. Interprofissionalidade na graduação em Saúde Coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem. *Interface: comunicação, saúde e educação. Botucatu*, v. 22, supl. 2, p. 1577-88, 2018.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-83, 2013.

PEREIRA, M.G.; GALVÃO, T.F. Etapas de busca e seleção de artigos em revisões sistemáticas da literatura. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 23, n.2, p. 369-371, 2014.

PERRI, M. G. *et al.* Educação em saúde pública na Universidade da Flórida: sinergismo e inovação educacional. *J Saúde Pública*. v. 105, supl 1, p. 83-7, mar, 2015.

PINHEIRO, N. PET-Saúde/Interprofissionalidade inicia atividades da nona edição. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/sgtes/45332-pet-saude-interprofissionalidade-inicia-atividades-da-nona-edicao>. Acessado em: 28 out 2019.

POSENAU, A.; PETERS, T. Posicionamento comunicativo da própria profissão em contextos interprofissionais. *GMS J Med Educ*. v. 33, n. 2, doc 27, 2016.

PRADO, C. R. Potencial de uso de mapas conceituais na identificação de relações entre a produção científica e a tecnológica. 2009. 119f. *Dissertação* (Mestrado em Ciência da Informação). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

PREVIATO, G. F.; ANTONIASSI, V. D. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Botucatu, n. 22, supl. 2, p. 1535-47, 2018.

REEVES, S. *et al.* A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME guide no. 39, *Med. teach.*, London, v. 38, n. 7, p. 656-668, 2016.

REEVES, S. *et al.* The effectiveness of interprofessional education: Key findings from a new systematic review. *Journal of interprofessional care*, Abingdon, v. 24, n. 3, p. 230-241, 2010.

REEVES, Scott. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-96, 2016.

RODRIGUES, C. L.; ZIEGELMANN, P. K. Metanálise: um guia prático. *Rev HCPA*, v. 30, n. 4, p. 436-447, 2010.

ROGERS, G. D. *et al.* Declaração de consenso internacional sobre a avaliação dos resultados de aprendizagem interprofissional. *Medical Teacher*, v. 39, n. 4, p. 347-359, 2017.

ROSLAN, N. S. *et al.* Juntos estamos, divididos nós caímos: Competências de prática colaborativa interprofissional das perspectivas dos profissionais médicos malaios. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, v. 11, p. 533-40, dez, 2016.

ROSSIT, R. A. S.; *et al.* Grupo de pesquisa como espaço de aprendizagem em/sobre Educação Interprofissional (EIP): narrativas em foco. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Botucatu, v. 22, supl. 2, p.1511-23, 2018.

SANDELOWSKI, M.; BARROSO, J. Writing the proposal for a qualitative research methodology project. *Qual Health Res*. 2003; 13:781-820

SANTOS, C.M.C; PIMENTA, C.A.M; NOBRE, M.T.C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latin-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, mai-jun, 2007.

SANTOS, J. L.G. *et al.* Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. *Esc Anna Nery*, v. 20, n. 3, jul-set, 2016.

SCHRAIBER, L. B. Saúde Coletiva: um campo vivo. In: PAIM, J. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SCHRAIBER, L.B. Engajamento ético-político e construção teórica da produção científica do conhecimento em Saúde Coletiva. In: BAPTISTA, T.W.F.; AZEVEDO, C.S.; MACHADO, C.V. (Org.). *Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2015, p. 33-57.

SCOTT, M. R. Report on the workshop on Course Design. *The ESPecialist*, São Paulo, n. 7, p.4-16, 1982.

SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo: Cortez, 2007.

SHEA, B. J. *et al.* AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, v. 21, p. 1-9, 2017.

SILVA, A.V.S.; COSTA, E.S.; e OLIVEIRA, S.M.A. (org). *Saberes e práticas na saúde coletiva: diversidades teóricas e metodológicas na produção do conhecimento*. Fortaleza: EdUECE, 2014. 373 p.

SILVA, J. A. M. *et al.* Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Esc. enferm. USP*. São Paulo, v.49, n. 2, dez, 2015.

SIPPLI, K.; RIEGER, M. A.; HUETTIG, F. Experiências e expectativas dos clínicos gerais e dentistas sobre a colaboração interprofissional: resultados de um estudo qualitativo na Alemanha. *BMC Health Serv Res*. v. 17, n. 179, 2017.

SOKLARIDIS, S.; OANDASAN, S. Equipes de Saúde da Família: os profissionais de saúde podem aprender a trabalhar juntos? *Can Fam Physician*. v. 53, n. 7, p. 1198–9, jul, 2007.

TAANILA, A.; PUROLA, H.; LARIVAARA, P. Enfermeiros aprendendo colaboração interprofissional orientada para a família. *Int. J. Circumpolar Health*. v. 65, n. 3, p. 206-18, jun, 2006.

TAVARES R. Construindo mapas conceituais. *Ciências & Cognição*, Rio de Janeiro, v.12, p.72-85, 2007.

THACKRAH, R. *et al.* De perto e real viver e aprender em uma comunidade remota constrói as capacidades culturais dos estudantes e a compreensão das disparidades de saúde. *Int J Equity Health*, v. 16, n.119, 2017.

THOMPSON, D. F. Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med*, v. 329, p. 573-6, 1993.

TOASSI, R.F.C. (org). *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

TUBBESING, G.; CHEN, F. M. Percepções de práticas exemplares sobre a obtenção de estruturas organizacionais na atenção primária. *A revista do Conselho Americano de Medicina de Família*. v. 28, n. 2, p. 190-4, mar, 2015.

VACHON, BRIGITTE. *et al.* Envolvendo os profissionais da atenção primária na melhoria da qualidade: explicitando a teoria do programa de uma intervenção educativa interprofissional. *BMC Health Serv Res*. v. 13, n. 106, 2013.

VELLOSO, M. P. *et al.* Interdisciplinaridade e formação na área de Saúde Coletiva. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 257-271, 2016.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 3-12.

VISSER, C. L. F. *et al.* Motivação dos alunos para a colaboração interprofissional após a experiência em uma enfermagem de EIP: uma análise qualitativa emoldurada pela teoria da autodeterminação. *Jornal Medical Teacher*, v. 41, p. 44-52, 2019.

WELLER, J.; BOYD, M.; CUMIN, D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgrad Med J*, v. 90, n. 1061, p. 149-54, 2014.

WETZEL, C. et al. Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial. *Interface: comunicação, saúde e educação*. Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1729-38, 2018.

xx_eefab/territorio_e_territorializacao_na_atencao_basica.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

ZITKOSKI, J.J.; GENRO, M.E.H.; CAREGNATO, C.E. Democratização da Educação Superior: apontamentos para a valorização de experiências alternativas no contexto latino-americano. *Revista de Ciências Humanas – Educação*, Itapajé, v.16, n.27, p.56-71, dez, 2015.

ZWAREBSTEIN, M.; GOLDMAN, J.; REEVES, S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, v. 3, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE 2
Roteiro para coleta das informações dos estudos

Título:
Informações dos autores:
Informações bibliográficas da publicação:
Aspectos metodológicos do estudo:
Perfil dos participantes:
Utilizou critérios de elegibilidade dos participantes/documentos? () Sim () Não Se sim, quais?
Quais as intervenções/práticas realizadas?
Quais os desfechos/resultados alcançados?
Base de dados indexada: () PUBMED () Scopus () Lilacs () Scielo () BVS
Descritores utilizados na busca:
Considerações da avaliação da qualidade do estudo por meio do <i>checklist</i> CASP:
Avaliação do risco de viés do estudo:
Quais as estratégias para Educação Interprofissional foram identificadas?
Quais as contribuições/recomendações dos estudos selecionados?
Quais desfechos podem ser comparados?

ANEXOS

ANEXO 1

Lista de verificação do PRISMA (2009)

(Parte 1)

Seção/tópico	#	Item de lista de verificação	Relatado na página #
TÍTULO			
Título	1	Identifica o relatório como uma revisão sistemática, meta-análise ou ambos.	
RESUMO			
Resumo estruturado	2	Fornecer um resumo estruturado, incluindo, conforme o caso: conteúdo; objetivos; fontes de dados; critérios de elegibilidade do estudo, os participantes e as intervenções; avaliação do estudo e métodos de síntese; resultados; limitações; conclusões e implicações dos principais achados; número de registro de revisão sistemática.	
INTRODUÇÃO			
Lógica	3	Descreve a justificativa para a revisão no contexto do que já é conhecido na literatura.	
Objetivos	4	Fornecer uma instrução explícita das questões a serem tratadas com referência aos participantes, intervenções, comparações, resultados e design do estudo (PICOS).	
MÉTODOS			
Protocolo e registro	5	Indica se existe um protocolo de revisão, se e onde ele pode ser acessado (por exemplo, endereço da Web) e, se disponível, fornece informações de registro, incluindo o número de registro.	
Crítérios de elegibilidade	6	Especifica características de estudo (por exemplo, PICOS, duração do acompanhamento) e características de relatório (por exemplo, anos considerados, idioma, status de publicação) usada como critério de elegibilidade, dando justificativa.	
Fontes de informação	7	Descreve todas as fontes de informação (por exemplo, bancos de dados com datas de cobertura, entra em contato com os autores do estudo para identificar estudos adicionais) na pesquisa e data da última pesquisa.	
Pesquisa	8	Apresenta a estratégia de busca eletrônica em pelo menos um banco de dados, incluindo quaisquer limites utilizados, tal que ele poderia ser repetido.	
Seleção de estudo	9	Informa o processo de seleção dos estudos (ou seja, triagem, elegibilidade, incluídos na revisão sistemática e, se for o caso, incluídos na meta-análise).	
Processo de coleta de dados	10	Descreve o método de extração de dados de relatórios (por exemplo, formulários pilotos) e quaisquer processos para obter e confirmar dados de investigadores.	
Itens de dados	11	Enumera e define todas as variáveis para as quais foram procurados dados (por exemplo, PICOS, fontes de financiamento) e quaisquer suposições e simplificações feitas.	
Risco de viés em estudos individuais	12	Descreve os métodos utilizados para avaliar o risco de viés dos estudos individuais (incluindo a especificação de se isto foi feito no nível de estudo ou resultado), e como essa informação é para ser usado em qualquer síntese de dados.	
Medidas de resumo	13	Indica as principais medidas resumidas (por exemplo, proporção de risco, diferença nos meios).	
Síntese dos resultados	14	Descreve os métodos de manipulação de dados e combinação dos resultados de estudos, se feito, incluindo medidas de consistência para cada meta-análise.	

(Parte 2)

Seção/tópico	#	Item de lista de verificação	Relatado na página #
Risco de viés entre estudos	1 5	Especifica qualquer avaliação de risco de viés que podem afetar a evidência cumulativa (por exemplo, viés de publicação, relatórios seletivos em estudos).	
Análises adicionais	1 6	Descreve métodos de análises adicionais (por exemplo, análises de sensibilidade ou subgrupo, meta-regressão), se feito, indicando que foram previamente especificados.	
RESULTADOS			
Seleção de estudo	1 7	Dar números de estudos selecionados, avaliados em relação à elegibilidade e incluídos na revisão, com razões para exclusões em cada fase, idealmente com um diagrama de fluxo.	
Características do estudo	1 8	Para cada estudo, apresenta características para as quais os dados foram extraídos (por exemplo, tamanho, PICOS, acompanhamento período de estudo) e fornece as citações.	
Risco de viés nos estudos	1 9	Apresenta dados sobre risco de viés de cada estudo e, se disponível, qualquer avaliação do nível de resultado (ver item 12).	
Resultados de estudos individuais	2 0	Para todos os resultados considerados (benefícios ou danos), apresenta, para cada estudo: (a) simples dados de resumo para cada intervenção grupo (b) estimativas de efeito e intervalos de confiança, idealmente com um forest plot.	
Síntese dos resultados	2 1	Apresenta os resultados de cada meta-análise feita, incluindo medidas de consistência e intervalos de confiança.	
Risco de viés em estudos	2 2	Apresenta os resultados de qualquer avaliação de risco de viés em estudos (ver Item 15).	
Análise adicional	2 3	Dá resultados de análises adicionais, se feito (por exemplo, análises de sensibilidade ou subgrupo, meta-regressão [ver Item 16]).	
DISCUSSÃO			
Resumo das evidências	2 4	Resume as principais conclusões, incluindo a força da evidência para cada resultado principal; Pós-confirmação a sua relevância para grupos-chave (por exemplo, fornecedores de cuidados de saúde, usuários e decisores).	
Limitações	2 5	Discute as limitações a nível de estudo e dos resultados (por exemplo, risco de viés) e a revisão-nível (por exemplo, incompleta recuperação de pesquisa identificada, relatando o viés).	
Conclusões	2 6	Fornece uma interpretação geral dos resultados no contexto de outras provas e as implicações para futuras pesquisas.	
FINANCIAMENTO			
Financiamento	2 7	Descreve as fontes de financiamento para a revisão sistemática e outros tipos de apoio (por exemplo, fonte de dados); papel de financiadores para a revisão sistemática.	

ANEXO 2

Lista de verificação do AMSTAR 2 (2017)

1. As questões de pesquisa e os critérios de inclusão para a revisão incluem os componentes do PICO?		
Para Sim: <input type="checkbox"/> População <input type="checkbox"/> Intervenção <input type="checkbox"/> Grupo de comparação <input type="checkbox"/> Resultados	Facultativo (recomendado) <input type="checkbox"/> Prazo para acompanhamento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
2. O relatório da revisão continha uma declaração explícita dos métodos de revisão que foram estabelecidos antes da realização da revisão e o relatório justificou quaisquer desvios significativos do protocolo?		
Para parcial sim: Os autores afirmam tinham um protocolo ou guia escrito incluía todos os seguintes <input type="checkbox"/> pergunta de revisão <input type="checkbox"/> uma estratégia de busca <input type="checkbox"/> critérios de inclusão / exclusão <input type="checkbox"/> um risco de avaliação de viés	Para sim: Quanto ao sim parcial, mais o protocolo deve ser registrado e também deve ter especificado <input type="checkbox"/> Um plano de meta-análise / síntese, se apropriado, e <input type="checkbox"/> Um plano para investigar causas de heterogeneidade <input type="checkbox"/> Justificativa para eventuais desvios do protocolo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim parcial <input type="checkbox"/> Não
3. Os autores da revisão explicaram a seleção dos desenhos do estudo para inclusão na revisão?		
Para Sim, a revisão deve satisfazer UM dos seguintes: <input type="checkbox"/> Explicação apenas para incluir RCTs <input type="checkbox"/> OU Explicação apenas para incluir NRSI <input type="checkbox"/> OR Explicação de inclusão de RCTs e NRSI	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
4. Os autores da revisão utilizaram uma estratégia abrangente de pesquisa bibliográfica?		
Sim para parcial (a seguir): <input type="checkbox"/> forneceu uma lista de todos os estudos potencialmente relevantes que foram lidos em forma de texto completo mas excluídos da revisão	Sim, também deve ter (a seguir): <input type="checkbox"/> pesquisado as listas de referência / incluíam de bibliografias de estudos <input type="checkbox"/> procurei o julgamento/estudo dos registos <input type="checkbox"/> incluídos/consultados peritos conteúdos no campo <input type="checkbox"/> sempre que pertinente, pesquisada por literatura cinzenta <input type="checkbox"/> realizou pesquisa no prazo de 24 meses após a conclusão da revisão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim parcial <input type="checkbox"/> Não
5. Os autores da revisão realizaram a seleção de estudo em duplicado?		
Sim, qualquer um dos seguintes: <input type="checkbox"/> pelo menos dois revisores concordaram independentes na seleção de estudos elegíveis e alcançaram consenso sobre quais os estudos para incluir <input type="checkbox"/> Ou dois revisores selecionaram uma amostra de estudos elegíveis e obtiveram boa concordância (pelo menos 80%), com o restante selecionado por um revisor.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
6. Os autores da revisão realizaram a extração de dados em duplicata?		
Sim, qualquer um dos seguintes: <input type="checkbox"/> pelo menos dois revisores alcançaram consenso sobre quais dados para extrair dos estudos incluídos <input type="checkbox"/> OU Os dois revisores extraíram os dados de uma amostra de estudos elegíveis e obtiveram boa concordância (pelo menos 80%), sendo o restante extraído por um revisor.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

7. Os autores da revisão forneceram uma lista de estudos excluídos e justificaram as exclusões?		
Para Sim parcial: <input type="checkbox"/> forneceu uma lista de todos os estudos potencialmente relevantes que foram lidos em forma de texto completo, mas excluídos da revisão	Sim, também deve ter: <input type="checkbox"/> justificou a exclusão de cada estudo potencialmente relevante	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim parcial <input type="checkbox"/> Não
8. Os autores da revisão descreveram os estudos incluídos em detalhe adequado?		
Para parcial Sim (a seguir): <input type="checkbox"/> descreveu as populações <input type="checkbox"/> descrito intervenções <input type="checkbox"/> descrito comparadores <input type="checkbox"/> descreveu os resultados <input type="checkbox"/> descreveu projetos de pesquisa	Sim, também deve ter todos os itens os seguir: <input type="checkbox"/> descreveu a população em detalhes <input type="checkbox"/> intervenção descrita detalhadamente (incluindo doses, quando relevante) <input type="checkbox"/> comparador descrito em detalhe (incluindo doses, se relevante) <input type="checkbox"/> descreveu o cenário do estudo <input type="checkbox"/> prazo para acompanhamento	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim parcial <input type="checkbox"/> Não
9. Os autores da revisão usaram uma técnica satisfatória para avaliação do risco de viés (RoB ou RdV) em estudos individuais que foram incluídos na revisão?		
ECRs Para Sim parcial, deve ter avaliado RdV de <input type="checkbox"/> alocação não revelada, e <input type="checkbox"/> falta de cegamento dos pacientes e avaliadores ao avaliar os resultados (desnecessários para resultados objetivos, como mortalidade por todas as causas)	Sim, deve também ter avaliados RdV De: <input type="checkbox"/> sequência de alocação que não era verdadeiramente aleatória e <input type="checkbox"/> seleção do resultado relatado dentre várias medições ou análises de um resultado específico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim parcial <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Inclui apenas ECRs
NRSI Para parcial-Sim, deve ter avaliado RdV: <input type="checkbox"/> de confundir e <input type="checkbox"/> do viés de seleção	Sim, deve também ter avaliados RdV: <input type="checkbox"/> métodos usados para avaliar riscos e resultados e <input type="checkbox"/> seleção do resultado relatado dentre várias medições ou análises de um resultado específico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Sim parcial <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Inclui apenas ECRs
10. Os autores da revisão relataram as fontes de financiamento para os estudos incluídos na revisão?		
Para Sim: <input type="checkbox"/> Devem ter informado sobre fontes de financiamento para estudos individuais incluídos na revisão. Nota: Reportar que os revisores procuraram por essa informação, mas ela não foi relatada pelos autores do estudo, também qualifica		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

11. Se meta-análise foi realizada, os autores da revisão utilizaram métodos adequados para combinação estatística dos resultados?	
ECRs Para Sim: <input type="checkbox"/> Os autores justificaram a combinação dos dados em uma meta-análise <input type="checkbox"/> e eles usaram uma técnica apropriada e ponderada para combinar os resultados do estudo e ajustada para a heterogeneidade, se presente. <input type="checkbox"/> e investigou as causas de qualquer heterogeneidade	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Sem meta-análise conduzida
ForNRSI Para Sim: <input type="checkbox"/> Os autores justificaram a combinação dos dados em uma meta-análise <input type="checkbox"/> E eles usaram uma técnica apropriada e ponderada para combinar os resultados do estudo, ajuste para a heterogeneidade se presente. <input type="checkbox"/> E estimativas de efeitos de NRSI foram ajustados para confundir, ao invés de combinar dados brutos, ou justificar a combinação de dados brutos quando estimativas de efeito ajustadas não estavam disponíveis. <input type="checkbox"/> E eles relataram estimativas resumidas separadas para ECRs e NRSI separadamente, quando ambos foram incluídos na revisão.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nenhuma meta-análise realizada
12. Se meta-análise foi realizada, os autores da revisão avaliaram o impacto potencial de RoB (Rdv) em estudos individuais sobre os resultados da meta-análise ou ou outra síntese de evidências?	
Para Sim: <input type="checkbox"/> incluído somente de baixo risco de viés ECRs <input type="checkbox"/> Ou, se a estimativa agrupada foi baseada em RCTs e / ou NRSI na variável RoB, os autores realizaram análises para investigar o possível impacto de RoB nas estimativas sumárias de efeito.	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sem meta-análise conduzida
13. Os autores da revisão responderam pelo RoB (risco de vies) em estudos individuais ao interpretar / discutir os resultados da revisão?	
Para Sim: <input type="checkbox"/> incluído somente de baixo risco de viés de ECRs <input type="checkbox"/> Ou, se ECRs com RoB moderado ou alto, ou NRSI foram incluídos a revisão forneceu uma discussão sobre o provável impacto do ROB nos resultados	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14. Os autores da revisão forneceram uma explicação satisfatória e a discutiram qualquer heterogeneidade observada nos resultados da revisão?	
Para Sim: <input type="checkbox"/> Não havia nenhuma significativa heterogeneidade nos resultados <input type="checkbox"/> Ou se heterogeneidade foi presente, os autores realizaram uma investigação de fontes de qualquer heterogeneidade nos resultados e discutiram o impacto disso sobre os resultados da revisão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
15. Se eles realizaram a síntese quantitativa, os autores da revisão conduziram uma investigação adequada do viés de publicação (pequeno viés de estudo) e discutiram seu provável impacto nos resultados da revisão?	
Para Sim: <input type="checkbox"/> realizaram testes estatísticos ou gráficos para viés de publicação e discutiram a probabilidade e a magnitude do impacto do viés de publicação	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nenhuma metanálise conduzida
16. Os autores da revisão relataram alguma fonte potencial de conflito de interesses, incluindo algum financiamento recebido para realização da revisão?	
Para Sim: <input type="checkbox"/> Os autores não relataram interesses concorrentes ou <input type="checkbox"/> Os autores descreveram suas fontes de financiamento e como eles conseguiram potenciais conflitos de interesse	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> não

ANEXO 3

Lista de Verificação Qualitativa CASP



Lista de verificação CASP: 10 perguntas para ajudá-lo a entender uma pesquisa qualitativa

Como usar esta ferramenta de avaliação: Três grandes questões precisam ser consideradas ao avaliar um estudo qualitativo:

- Os resultados do estudo são válidos? (Seção a)
- Quais são os resultados? (Seção B)
- Os resultados ajudarão localmente? (Seção C)

As 10 perguntas das próximas páginas foram criadas para ajudar você a pensar sobre esses problemas sistematicamente. As duas primeiras questões são perguntas de triagem e podem ser respondidas rapidamente. Se a resposta para ambos é "sim", vale a pena prosseguir com as perguntas restantes. Há sim algum grau de sobreposição entre as perguntas, você é solicitado a gravar um "sim", um "não" ou "Não posso dizer" para a maioria das perguntas. Um número de prompts em itálico é dado após cada questão. Estes são projetados para lembrá-lo porque a questão é importante. Grave suas razões para suas respostas nos espaços fornecidos.

Sobre: Estas listas de verificação foram projetadas para serem usadas como ferramentas pedagógicas educacionais, como parte de uma oficina, portanto, não sugerimos um sistema de pontuação. As listas de verificação principais do CASP (estudo controlado randomizado e revisão sistemática) foram baseados nos guias de usuários do JAMA literatura médica de 1994 (adaptado de Guyatt GH, Sackett DL e Cook DJ), e pilotado com profissionais de saúde. Para cada nova lista de verificação, um grupo de especialistas foi montado para desenvolver e testar a lista de verificação e o formato da oficina com o qual seria usado. Ao longo dos anos, ajustes gerais foram feitas para o formato, mas uma recente pesquisa de usuários checklist reiterou que o básico o formato continua a ser útil e apropriado.

Referenciação: recomendamos o uso da citação no estilo Harvard, ou seja: Habilidades de Avaliação Crítica Programa (2018). CASP (inserir nome da lista de verificação, ou seja, Qualitativa) Checklist. [online] Disponível em: URL. Acessado: Data de acesso.

4. A estratégia de recrutamento foi adequada aos objetivos da pesquisa?
- () Sim
 () Não posso dizer
 () Não

DICA: Considere

- Se o pesquisador tiver explicado como os participantes foram selecionados
- Se eles explicaram porque os participantes eles selecionados foram os mais apropriado para fornecer acesso ao tipo de conhecimento buscado pelo estudo
- Se houver alguma discussão ao redor recrutamento (por exemplo, porque algumas pessoas escolheu não participar)

Comentários:

5. Os dados foram coletados de uma forma que abordou a questão da pesquisa?
- () Sim
 () Não posso dizer
 () Não

DICA: Considere

- Se a configuração para a coleta de dados foi justificado
- Se é claro como os dados foram coletados (por exemplo, grupo focal, entrevista semiestruturada etc)
- Se o pesquisador justificou os métodos escolhido
- Se o pesquisador fez os métodos explícito (por exemplo, para método de entrevista, existe uma indicação de como as entrevistas são conduzidas ou usaram um guia de tópicos)
- Se os métodos foram modificados durante o estudo. Se assim for, tem o pesquisador explicou como e porquê
- Se a forma dos dados for clara (por exemplo, fita gravações, material de vídeo, notas etc.)

Comentários:

6. A relação entre pesquisador e participante foi adequadamente considerada?
- () Sim
 () Não posso dizer
 () Não

- Se o pesquisador tiver discutido saturação de dados

DICA: Considere

- Se o pesquisador criticamente examinou seu próprio papel, viés e influência em potencial durante (a) formulação do questões de pesquisa (b) dados coleção, incluindo amostra recrutamento e escolha de localização
- Como o pesquisador respondeu a eventos durante o estudo e se eles consideraram as implicações de quaisquer mudanças no projeto de pesquisa

Comentários:

Seção B: Quais são os resultados?

7. As questões éticas foram tomadas em consideração?
- () Sim
 () Não posso dizer
 () Não

DICA: Considere

- Se houver detalhes suficientes de como pesquisa foi explicada aos participantes para o leitor para avaliar se ético padrões foram mantidos
- Se o pesquisador tiver discutido questões levantadas pelo estudo (por exemplo, questões consentimento informado ou confidencialidade ou como eles lidaram com os efeitos do estudo nos participantes durante e após a estude)
- Se a aprovação foi solicitada de o comitê de ética

Comentários:

8. A análise dos dados foi () Sim
suficientemente () Não posso
rigorosa? dizer
() Não

DICA: Considere

- Se houver uma descrição detalhada do processo de análise
- Se a análise temática é usada. Se sim, está claro como as categorias / temas foram derivados dos dados
- Se o pesquisador explica como o os dados apresentados foram selecionados amostra original para demonstrar a análise processo
- Se dados suficientes forem apresentados para apoiar as evidências
- Em que medida os dados contraditórios são levado em conta
- Se o pesquisador examinou criticamente seu próprio papel, potencial viés e influência durante a análise e seleção de dados para apresentação

Comentários:

9. Há uma declaração () Sim
clara dos resultados? () Não posso
dizer
() Não

DICA: Considere

- Se as descobertas forem explícitas
- Se houver discussão adequada sobre o evidência a favor e contra o argumentos do pesquisador
- Se o pesquisador tiver discutido o credibilidade dos

Comentários:

seus resultados (por ex. triangulação, validação respondente, mais de um analista)

- Se as descobertas forem discutidas em relação a a questão de pesquisa original

Seção C: Os resultados ajudarão localmente?

10. Quão valiosa é a pesquisa?

- () Sim
 () Não posso dizer
 () Não

DICA: Considere

- Se o pesquisador discutir a contribuição o estudo faz para existente conhecimento ou compreensão (por exemplo, eles considerar as conclusões em relação às prática ou política, ou pesquisas relevantes baseadas literatura
- Se eles identificarem novas áreas onde a pesquisa é necessário
- Se os pesquisadores discutiram se ou como os resultados podem ser transferidos para outras populações ou consideradas outras maneiras pelas quais a pesquisa pode ser usada

Comentários: