

# FORMAÇÃO DOCENTE PARA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL (EIP) NA SAÚDE PARA O ENSINO DA TEORIA A PRÁTICA NO ÂMBITO SUS

## TEACHING TRAINING FOR INTERPROFESSIONAL EDUCATION (IPE) IN HEALTH FOR TEACHING THEORY PRACTICE IN SUS

José Altamir Batista Da Costa 1  
Rutileia Carvalho Xavier Pinho 2

**Resumo:** O presente artigo objetiva propor iniciativas de formação docente para atuar nas interfaces da Educação Interprofissional (EIP). No contexto atual torna-se mais relevante esta formação, para que as práticas colaborativas sejam centradas na pessoa sob os cuidados da equipe objetivando a melhora na resolutividade das demandas e a qualidade dos serviços de saúde. A EIP insere-se como uma proposta de mudanças para formação docente das diferentes profissões no âmbito SUS, esta estratégia procura dar respostas ao fato de que a formação dos profissionais da saúde no Brasil, ao longo do tempo, embasou-se em saberes cada vez mais especializados, distantes de uma prática que privilegie a construção de conhecimentos compartilhados coletivamente. A pesquisa tem como objetivo em experimentar os caminhos e propor iniciativas de formação docente para atuar no ensino interprofissional em saúde no âmbito SUS. Traz uma pesquisa bibliográfica para exploração dos conceitos de formação docente; ensino, interprofissionalidade e SUS. Como resultado aponta para que esta formação deve contribuir para o desenvolvimento de profissionais preparados para atuar em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS, em prol de um sistema de saúde público, universal e equânime.

**Palavras-chave:** Educação e Saúde. Interprofissionalidade. Teoria e Prática.

**Abstract:** This article aims to propose initiatives for teacher training to act in the interfaces of Interprofessional Education (EIP). In the current context, this training becomes more relevant, so that collaborative practices are centered on the person under the care of the team, aiming to improve the resolution of demands and the quality of health services. The EIP is inserted as a proposal for changes for teacher training in different professions within the SUS, this strategy seeks to respond to the fact that the training of health professionals in Brazil, over time, was based on knowledge increasingly more specialized, far from a practice that favors the construction of collectively shared knowledge. The research aims to experiment with ways and propose initiatives for teacher training to work in interprofessional health education within the SUS. It brings a bibliographical research to explore the concepts of teacher education; teaching, interprofessionalism and SUS. As a result, it points out that this training should contribute to the development of professionals prepared to act in line with the principles and guidelines of the SUS, in favor of a public health system, universal and equitable.

**Keywords:** Education and Health. Interprofessionality. Theory and practice.

Enfermeiro, Mestrando em Ensino e Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo -UNIFESP. 1  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0945588540067225>.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9124-083X>.  
E-mail: [enfermeiroaltamir@gmail.com](mailto:enfermeiroaltamir@gmail.com)

Pedagoga e Mestre em Educação pela UFT. 2  
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2524534535711005>.  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3323-1019>.  
E-mail: [rcarvalhouft@gmail.com](mailto:rcarvalhouft@gmail.com)

## Introdução

A pesquisa versa sobre educação e saúde, com objetivo em experimentar os caminhos e propor iniciativas de formação docente para atuar no Ensino interprofissional em saúde no âmbito (SUS). A interprofissionalidade apresentada na pesquisa abarca a teoria e a prática, para atuação em equipe interprofissional em saúde. A temática da formação docente em saúde na perspectiva da interprofissionalidade acompanha o debate sobre as mudanças na educação superior há alguns anos e o esgotamento da perspectiva da uniprofissionalidade se tornou mais evidente, no caso do Brasil, com os debates sobre a integralidade em saúde, em particular no nascedouro da Reforma Sanitária, que mobilizou fortemente a formação e o trabalho na saúde (TOASSI, 2017).

Educação na saúde, de acordo com o glossário eletrônico da BVS, consiste na produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (BRASIL, 2009).

Rubem Mattos (2004) constatou que o termo, registrado como diretriz constitucional para o Sistema Único de Saúde (SUS) e usado como bandeira de lutas para os movimentos de mudança na organização e no funcionamento do sistema de saúde nos últimos 30 anos, tem funcionado como imagem objetivo ou ideia força para produzir deslocamentos, mobilizando pensamentos e práticas.

A integralidade é uma característica desejável das práticas de saúde, gerando contrastes relevantes com aquelas vigentes, envolvendo a formação e a organização do trabalho no interior dos sistemas de saúde, esse conjunto de atributos também representa a diretriz menos visível na trajetória do sistema de saúde brasileiro e das práticas, considerando os avanços na expansão do acesso e capilarização dos serviços, com a implementação do (SUS) e, em particular, com o desenvolvimento da Atenção Básica (TOASSI, 2017).

O Brasil tem muitas experiências de trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar promovidos no bojo da reforma sanitária brasileira e no bojo das pesquisas sobre trabalho em saúde no interior dos estudos em saúde coletiva e mesmo a emergência do campo de ação estratégica da Educação na Saúde ou Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2008).

O principal efeito dos movimentos de mudança nos últimos anos, no que se refere à integralidade, é a multiplicação de experiências locais onde se identificam avanços na configuração das práticas em direção à ideia da integralidade (TOASSI, 2017). Entre outros fatores, essas experiências estão associadas à problematização do binômio formação-trabalho, com a adoção de estratégias de aproximação.

Assim, os serviços e os profissionais foram desafiados a ampliar procedimentos e abordagens assistenciais (voltadas ao tratamento das doenças e suas consequências), incorporando a perspectiva da atenção (incluindo abordagens de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos) (TOASSI, 2017).

A superação da lógica queixa-conduta, bem visível na lógica assistencial predominante, incluiu também a identificação de necessidades de saúde singulares de pessoas e coletividades, em situações concretas de vida e trabalho, buscando ações que ampliem a autonomia e qualidade de vida de indivíduos e grupos (TOASSI, 2017). Tais demandas representam necessidade do mundo do trabalho e oportunidade de qualificação de conhecimentos e da formação profissional (LUZ, 1988) demonstrou a relação entre a racionalidade científica moderna e a racionalidade biomédica, e sua aplicação no campo da saúde pública.

Em ensaio teórico sobre a condição de complexidade da saúde coletiva (LUZ, 2009) aponta, como condição de vitalidade do campo, a tensão entre as disciplinas (a condição tensa da interdisciplinaridade) e a tensão entre saberes e práticas (quando propostos em relação de transversalidade; não de aplicação da teoria sobre a prática), particularmente no que diz respeito aos desafios que o cotidiano do sistema de saúde coloca à formulação de conhecimentos.

Se há complexidade na tensão entre saberes e práticas e entre conhecimentos disciplinares, então as saídas para o conhecimento e a técnica não são somente de aplicação sobre as práticas. Se há relações de transversalidade entre saberes e práticas, há movimentações de conhecimentos e práticas a partir dos desafios do conhecimento. Se essas premissas estiverem corretas – e tudo indica que estão – então, há necessidade de aprendizagem permanente no cotidiano do trabalho, seja ela de atenção-gestão-participação, ou mesmo de aprender e ensinar (TOASSI, 2017). O debate global em torno da força de trabalho em saúde aponta como desafio alinhar os processos de formação ao fortalecimento dos sistemas de saúde.

As necessidades de saúde se apresentam cada vez mais dinâmicas e complexas, traduzidas pelas transformações dos perfis demográficos, epidemiológicos, que impactam na dinâmica de vida e saúde das pessoas, esses cenários trazem, entre outras implicações, novos riscos infecciosos, ambientais e comportamentais e impõe importantes desafios ao trabalho e à formação em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; FRENK et al., 2010).

A complexidade dessas necessidades de saúde aponta para a necessidade de fortalecer as mudanças na dinâmica da produção dos serviços de saúde com vistas ao fortalecimento do trabalho colaborativo nos diversos cenários, aperfeiçoando o efetivo trabalho em equipe e melhorando a qualidade da atenção à saúde das populações (CRISP; CHEN, 2014).

Contrastando com tal situação existe a força do modelo tradicional e hegemônico de formação, fundamentado na compartimentalização do saber e que estabelece fortes barreiras para o diálogo de saberes e práticas, na mesma direção, o modelo de atenção à saúde se consolida centralizado nos procedimentos de diagnóstico e de terapêutica, a partir da forte divisão do trabalho entre os diferentes profissionais de saúde. São aspectos que se configuram como importantes barreiras para a mudança do modelo de atenção à saúde e também para a reorientação da formação dos profissionais de saúde (TOASSI, 2017).

Essa dinâmica da sociedade atual, que ao longo de anos recentes demonstra grande capacidade de transformações sociais, econômicas, culturais, com novas formas de adoecimento evidencia que o modelo tradicional de atenção à saúde, fortemente fragmentado, pautado nas ações isoladas de profissionais de saúde, tem se mostrado incapaz de enfrentar os desafios apontados (FRENK et al., 2010).

Toda essa problemática não é recente no cenário brasileiro e vem sendo objeto de discussão e investigação mesmo antes da sistematização do Sistema Único de Saúde (SUS), o processo de luta por um sistema de saúde universal, integral e que atenda às diferentes necessidades de saúde impõe importantes movimentos de discussão do modelo de atenção e de formação em saúde pensar um novo sistema de saúde, amparado pela concepção ampliada de saúde, como exercício de cidadania, exigiu pensar o trabalho em saúde voltado para as necessidades das pessoas na lógica do trabalho em equipe.

Nesse sentido, é possível mencionar importantes políticas de mudanças da formação profissional em saúde, que em diferentes momentos históricos enfrentam gargalos significativos das práticas e da educação, muitas dessas políticas foram iniciadas até mesmo antes da regulamentação do (SUS) e ao longo dos últimos anos vêm incorporando importantes mudanças, com expectativa de impactos positivos sobre o futuro da força de trabalho em saúde e na melhoria da qualidade da atenção e do sistema de saúde (GONZALEZ et al., 2010; SANT'ANNA DIAS et al., 2013).

Essas políticas conseguiram estimular discussões sobre reformas curriculares baseadas a partir de importantes desafios para a realidade brasileira: fortalecimento da efetiva aproximação entre ensino, serviços de saúde e comunidade; valorização da atenção básica como cenário de aprendizagem privilegiado para a mudança do modelo de atenção à saúde, em substituição à formação centrada no hospital; adoção de metodologias ativas e inovadoras em detrimento às perspectivas mais tradicionais de ensino na saúde; formação por competências para o enfrentamento das necessidades e problemas de saúde (CECCIM et al., 2004; HADDAD et al., 2010; CAVALHEIRO; GUIMARÃES, 2011).

No cenário internacional, políticas semelhantes são adotadas como forma de enfrentar os desafios impostos à formação de profissionais da saúde. Frenk (2010), no clássico 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 afirmativa evidencia uma problemática que precisa ser discutida no âmbito das políticas de saúde e de reorientação da formação dos profissionais de saúde: profissionais de saúde trabalham necessariamente juntos, mas são formados separadamente.

No contexto brasileiro, importantes referenciais, com foco na integralidade da atenção, definem o trabalho em saúde como eminentemente coletivo, marcado por intensas relações e interações entre seus sujeitos e usuários (MENDES-GONÇALVES, 1998; PEDUZZI, 1998; MERHY, 2002, CECCIM et al., 2004; GONZE et al., 2011). No entanto, a lógica de formação uniprofissional, disciplinar, para formação de competências específicas, legitima práticas de saúde muito esfaceladas com prejuízos para a oferta dos serviços ofertados para a população. Porém, essa problemática, não é exclusiva do Brasil e esse modelo de formação fortemente centrado na formação das especificidades profissionais começa a ser criticado em todo o mundo.

Esse movimento de críticas aos silos e tribos profissionais vem evidenciando a educação interprofissional, ao longo dos anos, mais recente ao redor do mundo (BARR et al., 2005; REEVES et al., 2010) como proposta alternativa ao modelo tradicional de formação pautado no desenvolvimento de competências específicas, que sustenta o chamado tribalismo das profissões ou silos profissionais (WELLER et al., 2014; GUPTA; ARORA, 2015).

A Educação Interprofissional (EIP) vem se constituindo como importante debate em todo o mundo e esse capítulo tem a intenção de refletir sobre suas bases teórico conceituais e metodológicas, discutindo suas potencialidades na formação de profissionais mais aptos ao efetivo trabalho em equipe, bem como problematizando desafios importantes para o fortalecimento dessa abordagem na atual lógica de formação profissional em saúde.

E trata-se de um tema complexo e que precisa ter seu debate ampliado nos diferentes contextos dos países como forma de aproveitar suas diretrizes para potencializar os sistemas de saúde e avançar na melhoria da qualidade da atenção à saúde. No Brasil, há importantes acúmulos históricos que muito contribuí para a formação em saúde no sentido de fortalecer o (SUS) (TOASSI, 2017).

O desafio é fazer o diálogo desses referenciais com os preceitos da EIP para que esse tema seja potencializado no contexto brasileiro, superando a ideia de mera importação de modelos, mas incorporar esse debate aos temas já existentes e que podem ser úteis no movimento histórico de luta pelo resgate dos ideais da reforma sanitária brasileira para fortalecimento e consolidação do (SUS).

## **Educação Interprofissional em Saúde no ensino para a prática no SUS**

O conceito de educação interprofissional em saúde mais amplamente conhecido, define que essa ocorre quando duas ou mais profissões da saúde aprendem com, para e sobre a outra, como forma de desenvolver a colaboração através de um processo de aprendizagem compartilhada a fim de melhorar a qualidade dos serviços prestados (CAIPE, 2002).

No entanto, em anos mais recentes, outras definições surgem sempre buscando esclarecer os aspectos centrais dessa abordagem e sua potência para o fortalecimento do trabalho em saúde marcado pela efetiva interação entre os diferentes profissionais.

Uma definição mais recente, produto de uma revisão sistemática, afirma que a educação interprofissional em saúde ocorre quando os membros de mais de uma profissão da saúde aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional ou a saúde/bem-estar dos usuários (REEVES et al., 2013a).

É interessante destacar as semelhanças e diferenças entre as duas definições. Ambas sugerem que a educação interprofissional tem como horizonte melhorar a colaboração entre os diferentes profissionais de saúde e melhorar a qualidade dos serviços ofertados. O efetivo trabalho em equipe se apresenta, então, como uma premissa para o enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde das pessoas, em sua dinamicidade e complexidade (TOASSI, 2017).

Pela definição, é possível afirmar que o horizonte da EIP é o desenvolvimento de profis-

sionais de saúde mais colaborativos, capazes de prestar uma assistência mais integral, e consequentemente mais coerente na resolução e enfrentamento dos problemas e necessidades de saúde, a colaboração torna-se a prática esperada entre os diferentes profissionais de saúde, implicando em outras importantes mudanças (REEVES; HEAN, 2013b).

Como diferença, é importante salientar que a definição mais recente apresenta a interação nas iniciativas de aprendizagem compartilhada, esse aspecto reforça que não se trata apenas de juntar atores de diferentes profissões em um mesmo espaço é um aprendizado que precisa ser interativo para o desenvolvimento de competências colaborativas entre os profissionais de diferentes categorias.

Outro aspecto é a explícita intenção de desenvolver a colaboração, essa é uma importante diferença entre as duas definições, uma vez que o desenvolvimento de qualquer competência precisa ser pensado a partir de concepção teórica e de estratégias metodológicas potentes para seu desenvolvimento, caracteriza-se como um aspecto relevante exatamente para superar a ideia de que qualquer iniciativa que junte, em um mesmo espaço, sujeitos de diferentes categorias profissionais, é uma iniciativa de educação interprofissional, a intencionalidade em desenvolver a colaboração, materializada por meio de uma perspectiva teórica e metodológica, é um aspecto central nas iniciativas de (EIP) (TOASSI, 2017).

No entanto, é preciso fazer uma ressalva: esses aspectos, centrais para entender os princípios fundamentais da interprofissionalidade, não implicam na desvalorização de iniciativas que já acontecem na realidade da formação dos profissionais de saúde. São espaços potentes e que precisam ser valorizados para o fortalecimento da educação interprofissional e da colaboração nos cenários da educação e do trabalho em saúde (TOASSI, 2017).

O que seria essa colaboração?

A colaboração é quando dois ou mais profissionais de saúde atuam de forma interativa, compartilhando objetivos, reconhecendo o papel e a importância do outro na complementariedade dos atos em saúde.

Essa compreensão expõe a necessidade de horizontalizar relações, questionando a histórica hierarquia entre os profissionais e entre esses e os usuários, a colaboração implica, necessariamente, em (re)situar os usuários e suas necessidades de saúde na centralidade do processo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; REEVES, 2010).

O debate sobre a colaboração ganha ainda mais força a partir de uma publicação de (BARR, 1998), em que o professor define três importantes grupos de competências a serem desenvolvidas nas iniciativas de (EIP), competências específicas ou complementares, competências comuns e competências colaborativas, esse conjunto de competências traz em sua essência a compreensão sobre o trabalho em saúde. O autor, quando chama as competências específicas também de complementares, evidencia o caráter coletivo do trabalho em saúde para o atendimento das necessidades de saúde das pessoas.

As competências específicas ou complementares são aquelas que asseguram as identidades profissionais das profissões, subsidiadas pelos marcos teóricos, conceituais e metodológicos que fundamentam as práticas profissionais; as competências comuns são aquelas que marcam a interseção entre todas as profissões e que são competências em que as diferentes categorias profissionais podem desenvolver-se sem interferências nos próprios limites profissionais e dos demais e as competências colaborativas, por sua vez, são aquelas que melhoram as relações entre as diferentes categorias profissionais na dinâmica do trabalho em saúde (BARR, 1998).

Dessa forma, a discussão sobre EIP, enquanto abordagem para a desenvolvimento da colaboração no trabalho em saúde impõe uma reflexão sobre os desafios e fatores envolvidos com sua implementação.

Um primeiro ponto que precisa de destaque é que a EIP precisa de bases sólidas como forma de assegurar sua sustentabilidade e seus resultados a curto, médio e longo prazo. Para tanto, é indispensável superar a ideia de ações isoladas, associadas a esforços pessoais ou projetos provisórios, não que tais formatos sejam desinteressantes, mas formar profissionais mais colaborativos implica em mudanças culturais, com grandes desafios que também são institucionais e políticos (TOASSI, 2017). Partindo dessa premissa, a literatura apresenta três

dimensões da realidade que exercem forte influência no processo de adoção da educação interprofissional: a macro, meso e micro.

O sucesso da implantação da educação interprofissional depende de um conjunto de iniciativas que precisam estar articuladas, mantendo forte relação de interdependência entre essas dimensões, salvaguardadas suas importâncias (D'AMOUR et al., 2005; REEVES, 2005).

No nível macro encontram-se as políticas de saúde e educação que reconhecem as bases teórico-conceituais e metodológicas como marcos reorientadores do processo de formação dos profissionais da saúde e do modelo de atenção à saúde, essas políticas têm importante papel indutor de mudanças nos níveis meso e micro. No Brasil, é possível mencionar exemplos de políticas exitosas nessa direção, tais como o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde/PET-Saúde, que disparou movimentos de reformas curriculares com foco na adoção de iniciativas interprofissionais (COSTA; BORGES, 2015a; COSTA et al., 2015).

Outro importante movimento disparado do nível macro foi a elaboração das Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Medicina, que trouxeram a interprofissionalidade como um dos marcos capazes de transformar a lógica de futuros profissionais da saúde. Sem nenhuma dúvida, foi um grande avanço para entender que o processo de formação de médicos se complementa com ações compartilhadas de aprendizagem (BRASIL, 2014).

A dimensão meso se refere a mudanças curriculares, propostas de formação dos componentes curriculares, módulos ou disciplinas: é a educação interprofissional em saúde materializada na intencionalidade das propostas pedagógicas dos cursos e instituições, nessa dimensão também se inserem os esforços e apoios institucionais para a inserção dessa abordagem nas estruturas curriculares dos cursos (OANDASAN; REEVES, 2005).

Dessa forma, é possível, e não raro, que existam em muitos cenários brasileiros e em todo o mundo, propostas de iniciativas de educação interprofissional em saúde pautadas apenas na dimensão meso podem acontecer em cursos isolados, projetos de extensão, componentes curriculares optativos, que assumem nesses exemplos uma filiação personalizada, com pouco ou nenhum apoio e articulação institucional é bem verdade que 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. Porém, as propostas assumem o formato das pessoas que as conduzem, fragilizando-se enquanto pilar do processo de reorientação da formação profissional em saúde (COSTA, 2014).

Como já mencionado, para superação dessa problemática o apoio institucional é indispensável e um dos pilares desse apoio centra-se em ações de desenvolvimento docente para a educação interprofissional, esse é um aspecto central para superar a personificação das iniciativas, assegurando que os princípios da interprofissionalidade estejam presentes, independente de quem conduz as ações ou estratégias interprofissionais (KAHALEH et al., 2015).

Esse processo de desenvolvimento docente perpassa pela aproximação das teorias educacionais úteis para a (EIP), com metodologias de ensino e aprendizagem capazes de garantir o desenvolvimento de competências específicas de cada profissão, das comuns aquelas que podem ser executadas por profissionais da saúde sem perdas da identidade profissional, mas também que sejam potentes no desenvolvimento das competências colaborativas.

Para esse movimento também 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 (STEINERT et al., 2012; BRASHERS et al., 2015).

Para isso, tais competências se configuram como um dos grandes desafios para a obtenção de experiências exitosas em (EIP), essa assertiva se justifica pela cultura da formação uniprofissional, que tem uma forte tendência na centralização do desenvolvimento das competências específicas, tornando as colaborativas um tema novo, pouco conhecido nos processos de formação em saúde da realidade brasileira.

Por outro lado, experiências potentes em todo o mundo avançam na adoção de iniciativas de aprendizagem compartilhada, mas centram-se fortemente nas competências comuns, com dificuldades na formação das específicas e colaborativas, essas diferentes realidades demonstram a complexidade na adoção da (EIP), evidenciando a relevância do desenvolvimento

docentes para potencializar os resultados futuros de experiências profissionais na formação em saúde (SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ et al., 2005).

Ainda sobre a dimensão meso, pensando nas propostas pedagógicas, nos programas dos cursos, componentes curriculares, desenvolvimento docente, metodologias de ensino e aprendizagem, teorias educacionais, entre outros aspectos, faz-se necessário problematizar a confusão conceitual que existe em torno da interprofissionalidade (MICKAN et al., 2010).

Com isso, não é raro que termos como interdisciplinar, multidisciplinar, multiprofissional, multidisciplinar sejam adotados indiscriminadamente como sinônimos de interprofissional. Superar essa confusão conceitual é basilar para o sucesso dos aspectos anteriormente mencionados (D'AMOUR et al., 2005; GOLDMAN et al., 2009).

D'amour et al. (2005) trazem importantes contribuições teóricas para compreender ou se aproximar da complexidade da colaboração e que precisam ser problematizadas nas ações interprofissionais para o desenvolvimento dessas competências colaborativas defendem que a colaboração se sustenta em quatro pilares: compartilhamento, parceria, interdependência e poder.

O compartilhamento é um dos pontos chave da colaboração, na medida em que alunos ou profissionais de saúde dividem objetivos, metas, bases teóricas ou conceituais no processo de formação ou na dinâmica do trabalho em saúde e esse pilar que permite colocar o usuário na centralidade do processo, uma vez que a aprendizagem ou as práticas se coadunam em torno da oferta de cuidados mais integrais e resolutivos (D'AMOUR; OANDASAN, 2005; BUSARI; MOLL; DUIITS, 2017).

A parceria implica que dois ou mais atores se juntam numa participação/atuação colaborativa, esse conceito tem uma relação mais forte com a atuação propriamente dita. É uma parceria que, por sua vez, aponta para uma comunicação efetiva, confiança e respeito mútuo, nessa parceria um profissional sempre valoriza e reconhece a importância do outro (D'AMOUR et al., 2005; D'AMOUR; OANDASAN, 2005; HAGGMAN-LAITILA; REKOLA, 2014).

Dessa parceria emerge a interdependência, onde os profissionais reconhecem suas limitações e assumem a necessidade do outro na complementaridade para as ações em saúde, a interdependência é um valor de claro reconhecimento de que existe um objetivo comum a todas as profissões e de que o trabalho em equipe é o dispositivo mais potente para alcançar tais objetivos (SCAGER et al., 2016; D'AMOUR et al., 2005; XYRICHIS; REAM, 2008).

O último e talvez mais espinhoso pilar da colaboração é o poder, os anteriores somente são possíveis quando há um equilíbrio nas relações de poder, uma vez que o reconhecimento de padrões diferenciados de reconhecimento e valorização profissional estão associados com as barreiras de comunicação e dificuldades nas relações interpessoais e interprofissionais equalizar poderes é um importante caminho para que haja o empoderamento de cada membro da equipe ou estudante de diferentes profissões na tomada de decisões, na aprendizagem colaborativa e para a efetiva comunicação (BAKER et al., 2011; PARADIS et al., 2017).

Com isso, conhecer esses pilares esclarecem fortemente a educação interprofissional e o poder das preposições utilizadas em sua definição: aprender com o outro para compartilhar e efetivar a parceria; sobre para falar sobre si e o outro com a clareza da necessidade da complementariedade; e para equalizar poderes para assegurar relações interprofissionais e interpessoais fluidas e sólidas (BAINBRIDGE; WOOD, 2012; 2013).

Os cenários de atuação dos profissionais da saúde são os mais diversos e com o rápido e constante desenvolvimento de novas tecnologias. Além de exigências diárias envolvendo inteligência emocional e relações interpessoais se faz necessário que haja algo para além da graduação, que possa tornar os profissionais sempre aptos a atuarem de maneira a garantir a integralidade do cuidado, a segurança deles próprios como trabalhadores e dos usuários e a resolubilidade do sistema (FALKENBERG et al, 2013).

A educação interprofissional, a partir dessa discussão, demonstra sua potência para o cenário brasileiro, considerando os fundamentos do (SUS), os acúmulos históricos sobre a reorientação da formação profissional em saúde e o desejo por uma atenção à saúde mais coerente com a complexidade e a dinamicidade das necessidades das pessoas.

## Metodologia

O presente estudo trata-se de uma revisão de literatura exploratória, seguindo os requisitos no contexto desta atualidade, no período de julho a outubro do ano de 2020, foram encontrados 79 trabalhos em cada base de dados dentre elas: LILACS, PUBMED, BIREME, SCIELO, foram excluídos 274 artigos, foram aplicados 50 na construção do trabalho. Utilizamos a estratégia para a análise e seleção dos dados em consonância com a temática, utilizando os descritores: Formação docente; Ensino para a prática, Interprofissionalidade e (SUS).

## Considerações Finais

A educação interprofissional em saúde, embora nas últimas décadas venha sendo discutida em todo o mundo, de forma ampla, ainda é uma temática pouca explorada na realidade brasileira (TOASSI, 2017).

Ao pensar nesta formação, deve contribuir para o desenvolvimento de profissionais preparados para atuar em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS em prol de um sistema de saúde público, universal e equânime, tudo isso começa a fazer sentido.

Dessa forma, se impõe a necessidade da implementação de propostas inovadoras que se proponham a transformar o cenário formativo e compreender os pressupostos teóricos metodológicos que sustentam as possibilidades de mudanças e a formação dos futuros profissionais que irão atuar na gestão, ensino e assistência na relevância da formação (EIP) dentro da perspectiva da interprofissionalidade.

Segundo (TOASSI, 2017), assim, gera-se a perspectiva e a necessidade de fortalecer o debate entre a educação interprofissional em saúde e as práticas colaborativas com os referenciais já existentes.

Como forma de pensar essa abordagem em sintonia com a realidade de vida e saúde das pessoas e com a luta histórica por um processo de construção e consolidação do SUS efetivamente integral, equânime, universal e potente no enfrentamento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde de um país com as dimensões do Brasil (PIAGET 1974).

Destarte, considera-se de suma importância identificar áreas que dialogam entre os cursos, formas de inserção das competências colaborativas e otimizar a aprendizagem interprofissional em cada curso, assim o desenvolvimento docente é um desafio na formação dos profissionais de saúde: por um lado defende-se ensino orientado por competências; metodologias ativas; currículos integrados, e por outro lado, nós docentes tivemos formação uniprofissional, o que torna mais difícil (TOASSI, 2017). A formação em saúde ela precisa de um outro perfil docente, não dá para pensar apenas na dimensão técnica desse futuro profissional, deve pensar e desenvolver outras competências política, humanística, sócioétnocultural.

Outro ponto importante é pensar nesse desafio associando a lógica da interdisciplinaridade, onde os professores precisam debater, mapear possibilidades de interprofissionalidade nos currículos, pensar estratégias pedagógicas que se dialogam e para que isso aconteça a instituição precisa ter uma política que incentiva a educação interprofissional e a prática colaborativa bem como o apoio dos discentes para esse processo (TOASSI, 2017).

Dessa forma, são muitos os desafios vindouros, mas a história de construção do (SUS) nestes 32 anos de existência que se celebra neste ano de 2020 são de lutas, resistência, resiliência e esperança na construção do sistema, em que a oferta de saúde para todos esteja ancorada na equidade, igualdade, universalidade, gratuidade, empatia, solidariedade e compaixão com todo o povo brasileiro.

Com este estudo, recomenda-se que outras pesquisas sejam necessárias para a consolidação da formação docente em equipes interprofissionais em saúde no âmbito do (SUS), para que a teoria e a prática sejam binômios indissociáveis na construção de conhecimentos, em

relação ao trabalho dos profissionais da saúde.

## Referências

BAINBRIDGE, L.; WOOD, V. I. The power of prepositions: **Learning with, from and about others in the context of interprofessional education**. Journal of interprofessional care, Abingdon, v. 26, no. 6, p. 452-458, 2012.

BAINBRIDGE. **The power of prepositions: a taxonomy for interprofessional education**. Journal of interprofessional care, Abingdon, v. 27, no. 2, p. 131-136, 2013.

BAKER, L. et al. Relationships of power: implications for interprofessional education. **Journal of interprofessional care**, Abingdon, v. 25, no. 2, p. 98-104, 2011.

BARR, H. **Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education**. Journal of interprofessional care, Abingdon, v. 12, no. 2, p. 181-187, 1998.

BARR, H. et al. **Effective Interprofessional Education: argument, assumption e evidence**. London: Blackwell, 2005.

BUSARI, J. O.; MOLL, F. M.; DUITZ, A. J. **Understanding the impact of interprofessional collaboration on the quality of care: a case report from a small-scale resource limited health care environment**. Journal of multidisciplinary healthcare, New Zealand, v. 10, p. 227-234, 2017

BRASHERS, V.; OWEN, J.; HAZLIP, J. **Interprofessional education and practice guideno. 2: developing and implementing a center for interprofessional education**. Journal of interprofessional care, Abingdon, v. 29, no. 2, p. 95-99, 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES no 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina e dá outras providências**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2014, p. 8-11.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.

CAIPE. Centre for the Advancement of Interprofessional Education. United Kingdom, 2002. 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, n. 1, p. 1-9, 2011.

CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis (Impresso), Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECCIM, R. B. **A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades**. Revista Ciência e Saúde, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.

COSTA, M. V. D. A educação interprofissional como abordagem para a reorientação da formação profissional em saúde. 2014. 142 f. **Tese** (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

COSTA, M. V. D. et al. **Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional**.

Interface (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 709-720, 2015.

COSTA, M. V. D.; BORGES, F. A. **O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde.** Interface (Botucatu. Impresso): comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 753-763, 2015.

CRISP, N.; CHEN, L. **Global supply of health professionals.** New England journal of medicine, Boston, v. 370, no. 10, p. 950-957, 2014.

D'AMOUR, D. et al. **The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks.** Journal of interprofessional care, Abingdon, v. 19, supl. 1, p. 116-131, 2005.

D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. **Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept.** Journal of interprofessional care, Abingdon, v. 19, supl. 1, p. 8-20, 2005.

FALKENBERG, M.B.et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. MATTOS, R. A. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).** Cad. Saúde pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, set./out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>. Acesso em: 25/09/2020 jul. 2020.

FRENK, J. et al. **Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world.** Lancet, London, v. 376, no. 9756, p. 1923-1958, 2010.

GOLDMAN, J. et al. **Improving the clarity of the interprofessional field: Implications for research and continuing interprofessional education.** Journal of continuing education in the health professions, New York, v. 29, no. 3, p. 151-156, 2009.

GONZALEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. **Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares.** Physis (Impresso), Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.

GONZE, G. G.; SILVA, G. A. **A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores.** Physis (Impresso), Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 129-146, 2011.

GUPTA, R.; ARORA, V. M. **Merging the health system and education silos to better educate future physicians.** JAMA, Chicago, v. 314, no. 22, p. 2349-2350, 2015.

HADDAD, A. E. et al. **Undergraduate programs for health professionals in Brazil: an analysis from 1991 to 2008.** Revista de saúde pública (Impresso), São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-391, 2010.

HAGGMAN-LAITILA, A.; REKOLA, L. **Factors influencing partnerships between higher education and healthcare.** Nurse education today, Edinburgh, v. 34, no. 10, p. 1290-1297, 2014.

KAHALEH, A. A. et al. **An Interprofessional education panel on development, implementation, and assessment strategies.** American journal of pharmaceutical education, Lincoln, v. 79, no. 6, p. 78, 2015.

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 e Sociedade, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 304-311, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/13.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2020.

LUZ, M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna.** Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MATTOS R A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001, p. 39-64

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: **Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.** Cadernos CEFOR Série Textos, 1992.

MICKAN, S.; HOFFMAN, S. J.; NASMITH, L. **Collaborative practice in a global health context: Common themes from developed and developing countries.** Journal of interprofessional care, Abingdon, v. 24, no. 5, p. 492-502, 2010.

OANDASAN, I.; REEVES, S. **Key elements for interprofessional education. Part 1: the learner, the educator and the learning context.** Journal of interprofessional care, Abingdon, v. 19, supl. 1, p. 21-38, 2005.

PARADIS, E. et al. **Louder than words: power and conflict in Interprofessional education articles, 1954–2013.** Medical education, Oxford, v. 49, no. 4, p. 399-407, 2017.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 1998.

PIAGET, J. Aprendizagem e Conhecimento. In: PIAGET, J.; GRÉCO, P. **Aprendizagem e Conhecimento.** Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1974.

REEVES, S. et al. **Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes** (update). Cochrane database of systematic reviews. Issue 3, 2013a.

REEVES, S. **The need to problematize interprofessional education and practice activities.** Journal of interprofessional care, Abingdon, v. 24, no. 4, p. 333-335, 2010.

REEVES, S.; HEAN, S. **Why we need theory to help us better understand the nature of interprofessional education, practice and care.** Journal of interprofessional care, Abingdon, v. 27, no. 1, p. 1-3, 2013b.

SAN MARTÍN-RODRÍGUEZ, L. et al. **The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies.** Journal of interprofessional care, Abingdon, v. 19, supl., 1, p. 132-147, 2005.

SANT'ANNA DIAS, H.; DIAS DE LIMA, L.; TEIXEIRA, M. **A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

SCAGER, K. et al. **Collaborative learning in higher education: evoking positive interdependence.** CBE life sciences education, United States, v. 15, no. 4, p. 1-9, 2016.

STEINERT, Y.; NAISMITH, L.; MANN, K. **Faculty development initiatives designed to promote leadership in medical education.** A BEME systematic review: BEME Guide No.19. Medical teacher, London, v. 34, no. 6, p. 483-503, 2012.

TOASSI, R. F.C. **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?**, [recurso eletrônico], 1.ed. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

WELLER, J.; BOYD, M.; CUMIN, D. **Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare.** Postgraduate medical journal, Oxford, v. 90, no. 1061, p. 149-154, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for Action on Interprofessional Education e Collaborative Practice.** World Health Organization. Department of Human Resources for Health Geneva, Switzerland, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Transforming and scaling up health professionals' education and training: World Health Organization guidelines 2013.** Geneva: World Health Organization, 2013.

XYRICHIS, A.; REAM, E. **Teamwork: a concept analysis.** Journal of advanced nursing, Oxford, v. 61, no. 2, p. 232-241, 2008.

Recebido em 15 de outubro de 2020.  
Aceito em 06 de maio de 2021.