

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE  
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO EM ENSINO NAS CIÊNCIAS DA SAÚDE

**OPORTUNIDADES DE ENSINO-APRENDIZAGEM PARA A  
EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL DE ESTUDANTES E  
PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE**

CURITIBA

2020

BRUNO TONET

**OPORTUNIDADES DE ENSINO-APRENDIZAGEM PARA A  
EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL DE ESTUDANTES E  
PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial da avaliação para a conclusão do Curso de Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde, Faculdades Pequeno Príncipe - FPP.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Patricia Maria Forte Rauli

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosiane Guetter Mello

CURITIBA

2020

## TERMO DE APROVAÇÃO

**BRUNO TONET**

### “OPORTUNIDADES DE ENSINO-APRENDIZAGEM PARA A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL DE ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE”

Dissertação **aprovada** como requisito parcial para obtenção do grau de **MESTRE**, no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, pela seguinte banca examinadora:



Assinado digitalmente por: PATRICIA MARIA FORTE RAULI:56730659904  
O tempo: 03-03-2021 15:15:06

Orientador (a):

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Patricia Maria Forte Rauli**

Doutora em Educação. Professora e Orientadora do Programa de Ensino nas Ciências da Saúde na Faculdades Pequeno Príncipe.



**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rosiane Guetter Mello**

Doutora em Ciências (Bioquímica). Diretora de Pesquisa e Pós-Graduação, Professora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe.



**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elaine Rossi Ribeiro**

Doutora em Clínica Cirúrgica. Professora e Orientadora do Programa de Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe.



**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mara Eli de Matos**

Doutora em Engenharia de Bioprocessos e Biotecnologia. Professora de Graduação da Faculdade Educacional da Lapa/PR.

Curitiba, 16 de abril de 2020.



## DEDICATÓRIA E AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho àqueles que em vários momentos da minha vida, em especial da minha “vida acadêmica”, estiveram ao meu lado oferecendo incentivo e suporte para essa trajetória. Em especial, dedico esse trabalho aos incentivos que vieram na forma de tempo despendido para discussões sobre minhas incertezas e inseguranças ao trilhar esse caminho, sobre características do assunto estudado ou sobre como agir em determinadas situações que a vida acadêmica eventualmente te expõe. Dedico, também, ao suporte emocional que recebi nessa caminhada, afinal, é um trajeto extenso, oneroso e exigente naquilo que tange a resiliência e capacidade de mudança pessoal e profissional.

Sou extremamente grato as pessoas que me orientaram, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Patricia Maria Forte Rauli e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Rosiane Guetter Mello. Com um alto nível de paciência e puxões de orelha bem dados, fui capaz de estudar e entender uma nova forma de se fazer e de se defender a Educação no Brasil. Posso afirmar que aprendi muito com vocês. E para mim, esse é o melhor reforçador da vida acadêmica.

Agradeço meus pais por terem construído, durante a vida deles, as oportunidades de estudo que me foram disponibilizadas. Sem eles passarem pelas dificuldades que passaram e teimarem em oferecer todos os tipos de estudo possíveis não teria chegado onde cheguei.

Dedico um agradecimento especial ao Prof. Dr. Christian Boller pelas conversas depois do tempo de aula, dicas de docência e pela transmissão da empolgação em estudar qualquer tema que é proposto. Por me ensinar que o valor de um pesquisador está na sua práxis e que a vida acadêmica é muito mais complicada que glamurosa.

Aos meus amigos, gratidão não é uma palavra suficientemente precisa para descrever o papel particular que cada um de vocês teve no meu caminho, mas limitado pelas palavras deixo meu “Estou te devendo uma...”.

*“Education is the establishing of behavior  
which will be of advantage to the individual  
and to others at some future time”*

*Burrhus Frederic Skinner, Science and human behavior, p. 402*

## RESUMO

Práticas profissionais na área da Saúde são consideradas atividades laborais de alta complexidade e que exigem o desenvolvimento prévio de um conjunto de comportamentos bastante específicos, dependentes do estabelecimento de relações funcionais entre profissionais e as condições físico-estruturais para prestação desse tipo de serviço. Para que essas relações sejam passíveis de serem estabelecidas e convertidas em práticas profissionais, e em última análise solucionando as necessidades da população, esse contingente profissional necessita de uma formação adequada à realidade onde serão inseridos, capaz de considerar as mudanças paradigmáticas que envolvem a ciência e a própria educação. Este modelo educacional já vem sendo desenvolvido sob o nome de Educação Interprofissional (EIP). A partir destas considerações, a presente dissertação tem como objetivo geral avaliar o impacto das oportunidades de ensino-aprendizagem em relação a educação interprofissional de estudantes e profissionais da área da Saúde. O trabalho foi dividido em duas partes, sendo a primeira desenvolvida com a metodologia de revisão narrativa e a segunda como revisão sistemática de literatura. O estudo aponta que a EIP se mostra bastante produtiva na construção de novas relações profissionais, tanto dentro da profissão na forma de valorização e validação da mesma, como em relação aos outros profissionais em seu reconhecimento enquanto tal e efeitos do trabalho colaborativo. Um conjunto bastante positivo e explícito de impactos da Educação Interprofissional a ser observado é o aumento da segurança dos usuários do sistema de saúde em função da melhor formação dos profissionais que os atenderão, um endereçamento da responsabilidade ética sobre a formação desses profissionais às Instituições de Ensino Superior, uma horizontalidade no ensino e uma diminuição no “*status quo*” das hierarquias entre profissões. Seu uso implica, inequivocamente, em repensar previamente o modelo vigente de ensino, as qualidades desejadas para o corpo docente e a futura qualidade profissional do corpo discente das Instituições de Ensino Superior. O estudo conclui que este modelo de ensino possibilita pensar a educação de uma forma inovadora, capaz de promover a melhoria da qualidade no cuidado à saúde, promovendo a superação de modelos tradicionais fragmentados e disciplinares em direção a uma compreensão complexa e integradora entre profissionais e conhecimentos. A Educação Interprofissional possibilita, ainda, potencializar a formação de redes e a solidariedade interpessoal e comunitária.

Palavras-chave: Educação Interprofissional; Ensino Superior; Paradigma Educacional; Revisão Narrativa; Revisão Sistemática de Literatura.

## ABSTRACT

Professional practices in the area of Health Care are considered highly complex work activities and require the prior development of a set of very specific behaviors, dependent on the establishment of functional relationships between professionals and the physical-structural conditions for providing this type of service. In order for these relationships to be established and converted into professional practices, and ultimately solving the needs of the population, this professional contingent needs training appropriate to the reality where they will be inserted, capable of considering the paradigmatic changes that involve science and education itself. This educational model has already been developed under the name of Interprofessional Education (IPE). Based on these considerations, the present dissertation has the general objective of evaluating the impact of teaching-learning opportunities in relation to interprofessional education of students and professionals in the Health field. The work was divided into two parts, the first being developed with the methodology narrative review and the second as a systematic literature review. The study points out that IPE is very productive in building new professional relationships, both within the profession in the form of its valuation and validation, and in relation to other professionals in its recognition as such and the effects of collaborative work. A very positive and explicit set of impacts of Interprofessional Education to be observed is the increased safety of users of the health system due to the better training of professionals who will serve them, an addressing of the ethical responsibility on the training of these professionals to Education Institutions Higher education, a horizontality in teaching and a decrease in the "status quo" of hierarchies between professions. Its use implies, unequivocally, in previously rethinking the current teaching model, the desired qualities for the teaching staff and the future professional quality of the student body of Higher Education Institutions. The study concludes that this teaching model makes it possible to think about education in an innovative way, capable of promoting the improvement of quality in health care, promoting the overcoming of traditional fragmented and disciplinary models towards a complex and integrating understanding between professionals and knowledge . Interprofessional Education also makes it possible to enhance the formation of networks and interpersonal and community solidarity.

Palavras-chave: Interprofessional Education; University Education; Educational Paradigm; Narrative Review; Systematic Literature Review.

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b> – DIAGRAMA DE REVISÃO SEGUNDO MODELO PREFERRED REPORTING ITEMS FOR A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS (PRISMA) (MOHER ET AL., 2009) .....	53
--	----

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1</b> – CURVA ACUMULADA DA DISTRIBUIÇÃO ANUAL DE PUBLICAÇÕES .....	56
<b>GRÁFICO 2</b> – PREVALÊNCIA DE PROFISSÕES EM FUNÇÃO DO NÚMERO DE ARTIGOS .....	57

## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 1</b> – QUADRO DEMONSTRATIVO DAS BASES DE DADOS PESQUISADAS PARA A REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA, OS CAMPOS UTILIZADOS DURANTE A BUSCA E O PERÍODO EM QUE FORAM BUSCADAS.....	22
<b>TABELA 2</b> – QUADRO DEMONSTRATIVO DAS BASES DE DADOS PESQUISADAS PARA A REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA, OS CAMPOS UTILIZADOS DURANTE A BUSCA E O PERÍODO EM QUE FORAM BUSCADAS.....	50
<b>TABELA 3</b> – CÓDIGOS PARA OS ARTIGOS ELEITOS.....	54
<b>TABELA 3</b> – CÓDIGOS PARA OS ARTIGOS ELEITOS (CONTINUAÇÃO).....	55
<b>TABELA 4</b> – CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS: TIPOS DE PESQUISAS.....	58
<b>TABELA 4</b> – CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS: TIPOS DE PESQUISAS (CONTINUAÇÃO).....	59
<b>TABELA 5</b> – CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS: OPORTUNIDADE DE APRENDIZAGEM E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	60
<b>TABELA 5</b> – CARACTERÍSTICAS DOS ESTUDOS: OPORTUNIDADE DE APRENDIZAGEM E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO (CONTINUAÇÃO).....	61
<b>TABELA 6</b> – ARTIGOS SELECIONADOS E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE ACORDO COM A BEME E KIRKPATRICK.....	64
<b>TABELA 6</b> – ARTIGOS SELECIONADOS E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE ACORDO COM A BEME E KIRKPATRICK (CONTINUAÇÃO).....	65
<b>TABELA 6</b> – ARTIGOS SELECIONADOS E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE ACORDO COM A BEME E KIRKPATRICK (CONTINUAÇÃO).....	66
<b>TABELA 6</b> – ARTIGOS SELECIONADOS E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE ACORDO COM A BEME E KIRKPATRICK (CONTINUAÇÃO).....	67
<b>TABELA 6</b> – ARTIGOS SELECIONADOS E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE ACORDO COM A BEME E KIRKPATRICK (CONTINUAÇÃO).....	68

**TABELA 6** – ARTIGOS SELECIONADOS E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE ACORDO COM A BEME E KIRKPATRICK (CONTINUAÇÃO).....69

**TABELA 6** – ARTIGOS SELECIONADOS E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE ACORDO COM A BEME E KIRKPATRICK (CONTINUAÇÃO).....70

**TABELA 6** – ARTIGOS SELECIONADOS E AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE ACORDO COM A BEME E KIRKPATRICK (CONTINUAÇÃO).....71

## **LISTA DE SIGLAS**

ABA – Applied Behavior Analysis

BEME – Best Evidence Medical Education

CAIPE – Centre for the Advancement of Interprofessional Education

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

EIP – Educação Interprofissional

RILPS – Readiness for Interprofessional Learning Scale

SUS – Sistema Único de Saúde

WHO – World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO GERAL.....</b>	<b>14</b>
<b>2 EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL, SEUS FUNDAMENTOS, IMPACTOS E PAPEL NO CONTEXTO DAS MUDANÇAS PARADIGMÁTICAS: UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA .....</b>	<b>19</b>
2.1 INTRODUÇÃO .....	20
2.2 METODOLOGIA .....	21
2.3 DESENVOLVIMENTO .....	23
2.3.1 CONTEXTO DAS MUDANÇAS PARADIGMÁTICAS DA CIÊNCIA .....	23
2.3.2 FUNDAMENTOS DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE.....	30
2.3.3 EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E SEUS IMPACTOS APLICADOS À FORMAÇÃO E À PRÁTICA PROFISSIONAL .....	37
2.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	41
2.5 REFERÊNCIAS .....	43
<b>3 EFEITOS DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA SAÚDE DE ACORDO COM AS MEDIDAS DA READINESS FOR INTERPROFESSIONAL LEARNING SCALE (RILPS), BEME GUIDE E KIRKPATRICK: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA.....</b>	<b>46</b>
3.1 INTRODUÇÃO .....	47
3.2 OBJETIVOS .....	49
3.3 METODOLOGIA .....	49
3.4 ESTRATÉGIA DE BUSCA .....	50
3.5 SELEÇÃO DOS ARTIGOS .....	51
3.6 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE .....	51
3.7 CRITÉRIOS DE QUALIFICAÇÃO PARA ANÁLISE DOS ARTIGOS INCLUÍDOS .....	52
3.8 RESULTADOS.....	53
3.8.1 Resultados da Busca .....	53
3.8.2 Características dos Estudos .....	56
3.8.3 Análise dos artigos de acordo com BEME GUIDE e KIRKPATRICK .....	62
3.9 DISCUSSÃO.....	72
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	77
5 REFERÊNCIAS .....	78
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS GERAIS .....</b>	<b>83</b>
<b>7 REFERÊNCIAS GERAIS .....</b>	<b>85</b>

## 1 INTRODUÇÃO GERAL

Práticas profissionais na área da Saúde podem ser consideradas atividades laborais de alta complexidade e que exigem o desenvolvimento prévio de um conjunto de comportamentos bastante específicos, dependentes do estabelecimento de relações funcionais entre profissionais e as condições físico-estruturais para prestação desse tipo de serviço. Para que essas relações sejam passíveis de serem estabelecidas e convertidas em práticas profissionais, e em última análise solucionando as necessidades da população, esse contingente profissional necessitaria de uma formação adequada à realidade onde serão inseridos.

Quando avaliamos essas premissas, podemos observar um 'denominador comum' presente em todas essas relações: a necessidade de uma interação direta e articulada entre o profissional e os diferentes tipos de usuários dos serviços de saúde, outros profissionais (possivelmente de outras formações), além de ambientes de trabalho diversos. Ao mesmo tempo, não é desejado que esses profissionais, na medida em que são inseridos nesses contextos de atuação, apresentem um déficit em seu repertório profissional para algumas dessas possíveis relações que encontrarão no campo de atuação.

Para que esse cenário de 'profissionais despreparados' se torne menos plausível, mostra-se necessária uma formação, e uma proposta de ensino, que crie condições de aprendizagem com e sobre as outras profissões da área da Saúde, suas funções legais nesses contextos, conhecimentos técnicos próprios e limitações no campo de trabalho. É necessário, portanto, um modelo educacional que comporte um ensino integrado para tais relações.

Ainda, é imprescindível apontar alguns possíveis motivos pelos quais o desenvolvimento de um novo modelo de formação seria frutífero. Um deles envolve um fomento a nível mundial pela *World Health Organization* (WHO) em prol de uma mudança no atual modelo de ensino nas ciências da Saúde. Mostra-se virtuoso, de acordo com a WHO, que quando o ensino é planejado em função do multiprofissionalismo, o mesmo finda-se em um conjunto de profissionais que favorecem um aumento da qualidade dos serviços prestados e a priorização eficiente das demandas a nível individual ou coletivo. Outro motivo, de acordo com WARD *et al.* (2016), circunscreve os efeitos positivos que equipes multidisciplinares

apresentariam ao tratamento dos usuários dos sistemas de saúde em questões como tempo de permanência em tratamento, segurança do usuário atendido e custos relativos ao tempo gasto em todo o processo.

A proposta de mudança para esse modelo educacional leva o nome de Educação Interprofissional (EIP). Como apontado pela *Centre of the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE), a mesma pode ser descrita como uma forma de educação, ensino ou treinamento no qual dois ou mais indivíduos (estudantes) de formações distintas interagem conjuntamente afim de aprenderem em contextos multidisciplinares (SHAKESPEARE; TUCKER; NORTHOVER, 1989, p. 05). Seu conceito, posteriormente, foi revisado e descrito como “ocasiões em que duas ou mais profissões aprendem umas com as outras para melhorar a colaboração e a qualidade do atendimento” (BARR, 2002, p. 06), com a finalidade de refinar as metodologias usadas em pesquisas da área, para o desenvolvimento de avaliações mais fidedignas ao objeto de estudo e produzir evidências confiáveis.

Tomando como exemplo a formação médica no Brasil, essa proposta metodológica corresponderia a um rompimento paradigmático do modelo tradicional de ensino da, e de, saúde sob o qual esta graduação foi oferecida durante anos na história do ensino superior brasileiro. De acordo com Hubie, Ribeiro e Souza (2018), para considerar satisfatória a formação do egresso na área da saúde, este deve possuir “algumas competências mínimas que contemplem elementos de fundamentação essencial em cada área do conhecimento, campo do saber ou profissão, visando promover no estudante a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente”.

Para Capra (1983), os conhecimentos oriundos da medicina moderna, durante seu desenvolvimento até seu estabelecimento como conhecemos hoje, passaram a especificar-se e compartimentalizar-se em grupos sistematicamente menores e mais organizados. Fundamentado nessa lógica metodológica e com a progressiva observação localizada em fatores biológicos dos problemas relacionados à saúde do paciente, paulatinamente os médicos formados passaram a apresentar soluções mais específicas e especializadas, ao mesmo tempo que menos atentas ao processo de adoecimento do paciente ou mesmo da composição da doença como um todo (CAPRA, 1983). Ainda, Capra (1983) aponta que, em paralelo a isso, as demandas estruturais de atendimento à saúde foram desenvolvidas em torno de uma estrutura

hospitalar, centralizada e com diversas especialidades de atendimento e prestação de serviço.

Voltada para uma formação hospitalocêntrica e fragmentada da prestação de serviço (ADLER; GALLIAN, 2014), a formação médica advinda desse modelo acaba por apresentar “um descompasso com a desejada atenção integrada ao paciente, preconizada pelo SUS” (p. 389), o Sistema Único de Saúde. Conforme apresentado no Art. 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), todas as ações e serviços públicos de saúde devem ser orientadas em forma de rede integrada dos serviços, em uma disposição regional e hierarquizada de acordo com a complexidade da demanda. Ou seja, mesmo que haja uma necessidade e demanda por especializações médicas, as mesmas não podem alocar-se dessa forma dentro de um sistema integrado, tanto em relação aos seus pares médicos, como em relação às outras profissões que também compõe esse sistema integrado e único de saúde. Logo, como forma de aproximação dessa realidade profissional/social com a academia, mudanças paradigmáticas, novas propostas curriculares, assim como seus modelos de ensino-aprendizagem, voltam-se para as metodologias ativas como um sinal de mudança para as propostas pedagógicas de formação.

Neste contexto, no ano de 2002, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde desenvolveram um programa de incentivo às mudanças curriculares dos cursos de medicina para todo território nacional – o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (Promed) (BRASIL, 2014). Para essa mudança, propôs-se que o ensino médico fosse desenvolvido com a finalidade de preparar os egressos para a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme indicado no Capítulo 2, Art. 8º, Parágrafo Único da Resolução nº 3, de 20 de Junho de 2014 (BRASIL, 2014), versão mais atual do documento que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina. O SUS, que já não apresenta mais a organização hospitalocêntrica, mas sim em diferentes níveis de atenção à saúde, centrada no paciente e em formato de rede de apoio, necessitava de novas competências profissionais.

Do ano de implementação do incentivo às mudanças curriculares até o ano de 2020, formou-se um número expressivo de profissionais de medicina tanto com currículos tradicionais, como com currículos novos. Ainda, agora tomando distância do exemplo apresentado e indo em direção a um contexto mais geral em Saúde, todas as profissões que compõe a área da saúde no Brasil acabam por apresentar questões

semelhantes às apresentadas, variando em graus de desenvolvimento teórico, implementação de novas práticas educacionais e produto final (o profissional formado). Uma das formas de validar e fomentar essa prática de mudança cultural na educação em Saúde é avaliando os efeitos que esse modelo de ensino apresenta na formação profissional, como o mesmo pode ser implementado e quais efeitos esses profissionais produzem na realidade em que atuam.

A partir do contexto apresentado, o presente trabalho tem como objetivo geral “Avaliar o impacto das oportunidades de ensino-aprendizagem em relação a educação interprofissional de estudantes e profissionais da área da Saúde”.

Propõe como objetivos específicos: (1) Informar os princípios que norteiam a Educação Interprofissional (*Interprofessional Education*) e o desenvolvimento das novas modalidades de ensino na área da Saúde; (2) Apresentar o impacto da oportunidade de aprendizagem interprofissional nos estudos que utilizaram como um dos métodos de avaliação o instrumento *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RILPS); (3) Demonstrar os resultados categorizados em função dos graus de impacto (efeito) na mudança de comportamento dos participantes das pesquisas.

Para tanto, a presente dissertação foi dividida em dois capítulos, ambos em formato de artigo, sendo cada um deles responsável por avaliar individualmente um conjunto determinado de características da Educação Interprofissional.

O primeiro capítulo “Educação Interprofissional, seus fundamentos, impactos e papel no contexto das mudanças paradigmáticas” — apresentado na modalidade de Revisão Narrativa de Literatura — discorre sobre a contextualização e fundamentos da EIP na área da Saúde, bem como seus impactos aplicados à formação e à prática profissional.

O segundo capítulo “Efeitos da Educação Interprofissional na Saúde de acordo com as medidas da *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RILPS), BEME Guide e Kirkpatrick” — estruturado na modalidade de Revisão Sistemática de Literatura — apresenta uma avaliação sistematizada dos resultados de pesquisas aplicadas em função do grau de mudança dos comportamentos de seus participantes e o nível de evidência produzido por essas pesquisas.

Ao final dos dois capítulos apresentam-se as considerações finais relativas à construção da dissertação e seus resultados.

Para a execução da investigação, implementou-se um modelo inicial de busca de dados do qual os dois capítulos foram derivados. Como forma de identificar uma

variável comum capaz de agregar as várias características já apresentadas, propôs-se buscar nas formas de avaliação da EIP algo que pudesse apresentar essa função: a escala *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RILPS). Por ser uma das mais usadas, sendo também uma das primeiras a serem desenvolvidas para tal finalidade, a mesma foi utilizada como elemento comum para o percurso teórico narrativo e sistemático. Ainda, ambos capítulos contam com métodos próprios de busca, identificação e categorização de materiais relevantes para suas devidas finalidades.

Ademais, justifica-se avaliar os impactos das oportunidades de ensino-aprendizagem na educação interprofissional não somente por se tratar de um tema emergente, mas também auxiliar na produção de dados que possam facilitar proposições norteadoras para esse tipo de ensino no Brasil por parte dos responsáveis pela educação superior em saúde.

## **2 EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL, SEUS FUNDAMENTOS, IMPACTOS E PAPEL NO CONTEXTO DAS MUDANÇAS PARADIGMÁTICAS: UMA REVISÃO NARRATIVA DE LITERATURA**

### **RESUMO**

No contexto contemporâneo, os avanços em direção a uma mudança no modelo de atenção ao paciente, bem como as discussões sobre a necessidade de alterar o modelo de educação para formar novos profissionais capazes de trabalhar em equipe, são essenciais e emergentes. Tão grande é sua necessidade que este modelo educacional já vem sendo desenvolvido sob o nome de Educação Interprofissional (EIP). Com o objetivo de discutir os impactos sociais produzidos pela EIP na área da Saúde, a presente Revisão Narrativa, de caráter crítico-reflexivo, contou com um método de busca normatizado para identificar seus efeitos na Educação em Saúde. O estudo permitiu identificar que a EIP produz impactos no modelo educacional vigente, tais como: (1) um aumento da segurança do usuário no uso do sistema de saúde; (2) maior responsabilização das instituições de ensino com a formação profissional; (3) educação orientada para uma horizontalidade no ensino, colaboração entre todos os participantes das hierarquias do conhecimento (professores, estudantes, tutores e assim por diante) e aplicação dos conhecimentos em contexto prático; (4) possibilidade variada de aplicação da estrutura da EIP; (5) melhor desenvolvimento das habilidades profissionais que dizem respeito aos processos de interação em ambiente de trabalho. O estudo conclui que este modelo de ensino possibilita pensar a educação de uma forma inovadora, capaz de promover a melhoria da qualidade no cuidado à saúde, promovendo a superação de modelos tradicionais fragmentados e disciplinares em direção a uma compreensão complexa e integradora entre profissionais e conhecimentos. A Educação Interprofissional possibilita, ainda, potencializar a formação de redes e a solidariedade interpessoal e comunitária.

Palavras-chave: Educação Interprofissional; Ensino Superior; Paradigma Educacional; Formação Profissional.

## 2.1 INTRODUÇÃO

A necessidade de implementar processos de cuidado centrados no paciente, assistidos por equipes multidisciplinares (multiprofissionais), fundamentalmente treinadas para trabalharem em equipe, vem tomando corpo na última década. Em tal contexto, o modelo biomédico, especializado e hospitalocêntrico, que estruturou a formação em Saúde ao longo de todo o século XX, vem sendo questionado, abrindo espaço para proposições mais ativas e integradoras na educação de seus profissionais.

Novas exigências no âmbito da Educação refletem não apenas as mudanças intrínsecas à área da Saúde, mas também uma nova compreensão a respeito da ciência, da própria vida e da sociedade, configurando uma verdadeira revolução paradigmática. De uma perspectiva especializada, isolacionista e simplificadora o conhecimento passa a ser indagado a partir de uma visão complexa, contextualizada e integradora.

Em função de um avanço em direção a uma mudança no modelo de atenção ao paciente, as discussões sobre a necessidade de alterar o modelo de educação para formar novos profissionais capazes de trabalhar em equipe, identificar as demandas sociais de saúde no contexto onde atuam, e organizar condições de ensino-aprendizagem que favoreçam esse desenvolvimento, são essenciais e emergentes. Tão grande é sua necessidade que este modelo educacional já vem sendo desenvolvido sob o nome de Educação Interprofissional (EIP) – tradução direta do termo *Interprofessional Education* (IPE).

De acordo com a Organization, Networks e Health (2010, p. 10), a EIP ocorre “quando dois ou mais profissionais aprendem uns sobre os outros, e uns com os outros, para permitir uma colaboração eficaz e melhorar os resultados de saúde”. Esse modelo de ensino, como apresentado anteriormente, propõe um endereçamento mais eficiente dos conhecimentos e práticas profissionais para todas as profissões da área da Saúde, respeitando suas limitações legais e favorecendo um aumento na qualidade dos serviços prestados no campo de trabalho. Cabe ainda ressaltar que este modelo de ensino, a exemplo do Reino Unido (UK) (BARR; LOW; HOWKINS, 2012), vem sendo considerado como uma variável qualificadora das instituições de ensino. A certificação do uso da EIP indicaria à sociedade que os profissionais disponíveis apresentariam atuações voltadas ao atendimento qualificado da população.

Partindo destas considerações, o presente trabalho tem como objetivo informar e refletir a respeito dos princípios que norteiam a Educação Interprofissional (*Interprofessional Education*) e o desenvolvimento das novas modalidades de ensino na área da Saúde. A partir de uma estruturação para a seleção da literatura relevante, o artigo apresentará inicialmente o contexto das mudanças paradigmáticas da ciência, para em seguida discorrer sobre os fundamentos da Educação Interprofissional na área da saúde e seus impactos aplicados à formação e à prática profissional.

## 2.2 METODOLOGIA

A metodologia adotada para o desenvolvimento do presente estudo é a pesquisa bibliográfica, com reflexão crítica sobre a temática. Para a realização da revisão narrativa o pesquisador utilizou obras e artigos científicos referentes ao tema proposto.

Para a seleção dos artigos foi realizada uma busca com uso de bases de dados internacionais, no período de dez anos (2008-2018), tendo com denominador comum o instrumento de mensuração *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RILPS).

A escolha pelo RILPS deu-se pela função que o mesmo apresenta no contexto da EIP: avaliar os efeitos desse modelo de ensino. A fim de tabular e categorizar os artigos, os primeiros achados foram divididos em dois grupos temáticos: Fundamentação e Aplicação. Para cada um desses grupos foi desenvolvido um conjunto de critérios próprios para categorização dos textos a fim de elaborar uma primeira separação em função de suas naturezas e finalidades acadêmicas.

As bases de dados utilizadas foram: PubMed, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Medical Education – Wiley Online Library*, *Education Resources Information Center* (ERIC) e EBSCO. Nelas foram buscadas pesquisas publicadas nos períodos compreendidos entre 2008 e 2018, com exceção da *Wiley Online Library*, na qual o período buscado foi entre 2001 e 2018, dada a restrição do seu mecanismo de busca. A palavra-chave utilizada foi "*Readiness for Interprofessional Learning Scale*". Sua abreviação (RILPS) não foi utilizada por não retornar resultados ou por retornar resultados incongruentes com os objetivos da pesquisa. Além disso, em todas as bases de dados a busca se deu em "todos os campos" de varredura

disponíveis (All Fields). A base de dados EBSCO foi excluída *a posteriori* por não retornar resultados ou mesmo por ter acesso restrito em algumas áreas relevantes da base de dados. A Tabela 1 abaixo, sistematiza a forma inicial dessa busca.

**Tabela 1:** Quadro demonstrativo das bases de dados pesquisadas para a Revisão Narrativa de Literatura, os campos utilizados durante a busca e o período em que foram buscadas.

<b>Base de Dados</b>	<b>Período buscado</b>	<b>Itens buscados</b>	<b>Número de artigos encontrados</b>
PubMed	2008-2018	All Fields	90
Scientific Electronic Library Online	2008-2018	All Fields	0
Medical Education – Wiley Online Library	2001-2018	All Fields	26
Education Resources Information Center	2008-2018	All Fields	4
EBSCO	2008-2018	All Fields	EXCLUÍDA

Fonte: O Autor, 2020.

Do conjunto de artigos obtidos durante as buscas, dois grupos foram criados para facilitar a organização e leitura dos temas relacionados à EIP. O primeiro grupo temático, denominado “Fundamentação”, foi composto pela literatura que diz respeito aos (1) fundamentos teóricos e epistemológicos sob os quais a escala *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RILPS) foi construída, (2) discussões relacionadas à validação e tradução da escala e (3) validações propriamente ditas do instrumento. O segundo grupo temático, denominado “Aplicação”, buscou por utilizações diretas da escala *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RILPS) em diversos grupos de estudantes ou profissionais da área da saúde em contextos de aprendizagem interprofissional (EIP). Da separação dos grupos, adicional às obras científicas consultadas, foi construída a revisão que segue.

## 2.3 DESENVOLVIMENTO

### 2.3.1 CONTEXTO DAS MUDANÇAS PARADIGMÁTICAS DA CIÊNCIA

Mudanças no *status quo* do modelo vigente de ciência, de ensino ou do conhecimento considerado verdadeiro (vigente na forma de uma prática socialmente aceita) pode ser considerada uma constante na história da humanidade. Quando analisamos o modelo biomédico a fim de estabelecer um marco inicial para nossa investigação e argumentação, constatamos ser o mesmo um modelo considerado como um marco histórico, social e científico de mudança sobre o paradigma de ensino, aprendizagem e conhecimento sobre (e do) mundo.

Este modelo sofreu considerável influência da visão cartesiana de mundo. Esta influência acabou por produzir, e endossar, a fundamentação de que o corpo humano poderia ser considerado objeto de análise e distante do observador, e que o mesmo era passível de decomposições cada vez menores e mais compreensíveis em suas partes isoladas. Essa influência acabou corroborando para o fortalecimento do argumento de que o corpo humano apresenta um funcionamento organizado, ordenado e encaixado entre partes menores com partes maiores, funcionamentos menores com funcionamentos maiores (CAPRA, 1983).

Sendo, então, considerado um sistema de funcionamentos organizados, cujas operações eram ordenadas para uma finalidade última de saúde (organismo saudável), considerava-se que a doença, assim como o processo de adoecimento, eram oriundos de agentes externos ao organismo e que os mesmos desorganizavam seu funcionamento, podendo ou não danificar uma ou mais partes (CAPRA, 1983) desse sistema. Ainda, assim como o organismo poderia ser decomposto em partes menores, a doença também poderia ser. Da mesma forma que o organismo ganhava componentes individuais para análise, a doença também ganhava. Ela poderia ser estudada segundo as mesmas regras: por partes notória e consecutivamente menores, organizadas e ordenadas.

Entretanto, vale ressaltar, segundo Capra (1983), que nesse momento histórico os conceitos de saúde e cura já não apresentavam semelhanças aos utilizados em momentos históricos anteriores ou aos utilizados hoje em dia. Segundo o autor, o

conceito de cura era considerado complexo e bastante sofisticado, e por tais características não era elencado como um assunto interessante a ser discutido nas instituições de ensino da época. Capra (1983) aponta ainda que, um dos motivos para que esse assunto fosse evitado era que este conceito tratava-se de um “fenômeno que não pode ser entendido em termos reducionistas” (p. 116), o qual ia de encontro com a prática vigente e fortemente mantida da época.

Soma-se à perspectiva cartesiana a descoberta de um conjunto de leis universais – conhecidas como as Leis de Newton – capazes de explicar o funcionamento de determinados eventos observáveis de maneira organizada e ordenada, gerando segurança e regularidade às explicações. Em outros termos, há um aumento gradual do valor lógico aplicado ao mundo e às explicações do mesmo, do encadeamento conceitual entre suas partes observadas e os argumentos usados para relacioná-las (LIMA, 1997).

Avançando um pouco mais, de acordo com Lima (1997), temos Immanuel Kant com a implementação dessas proposições à Filosofia (e.g. *Crítica da Razão Pura*). Ao longo de suas obras podemos identificar, por uma ótica mais abrangente, a construção e apresentação de novas explicações metafísicas para componentes do comportamento humano, para a ética, a estética e para a epistemologia.

Na Filosofia temos outros dois pensadores que, assim como Newton e Kant, continuaram a aumentar o valor dessas formas de compreensão do mundo. O primeiro deles, Karl Popper, aponta que para além do modelo de decomposição cartesiano, e do modelo especulativo newtoniano, era necessária a existência de um modelo que fosse capaz de delimitar com maior clareza aquilo que poderia ser considerado científico do não-científico (LIMA, 1997). Para tal, o mesmo propôs que toda postulação pretensamente científica, ou verdadeira, precisaria estar passível a ser considerada falsa. Ou seja, na possibilidade de ser falseável, caso mantivesse-se incólume, poderia ser considerada uma verdade ou uma afirmação científica.

O segundo filósofo, Rudolf Carnap, contrário a Popper, ainda que complementar em suas propostas filosóficas, apresenta a verificabilidade das teorias científicas como mais um elemento desses modelos capazes de apreender a realidade de maneira segura, organizada, verdadeira e ordenada. Para este pensador, todas as teorias científicas apresentariam suas premissas e as mesmas estariam suscetíveis à avaliações empíricas (LIMA, 1997). Em outras palavras, todos as

afirmações feitas sobre a realidade observada, dentro de seus contextos, deveriam ser passíveis de verificação e validação empírica.

Logo, ao analisarmos esses argumentos independentemente do pensador em questão, podemos identificar três regularidades que favoreciam a manutenção dessa forma de pensamento, e que auxiliariam, também, na explicação do valor que o modelo biomédico ganhou ao longo de sua existência. A primeira regularidade evidencia-se na constante ordenação do universo. Essa ordem, como uma essência ou uma entidade, apresenta-se como algo a ser desvendado e transcrito a fim de uma maior e melhor compreensão do universo observado. A segunda regularidade estaria na necessidade de organização dessa(s) ordem(ns) descoberta(s). Ao passo em que a complexidade desse universo é decomposta em menores partes e estudadas individualmente, as mesmas precisariam ser reorganizadas logicamente para que houvesse uma compreensão racional das informações adquiridas. Por último, toda e qualquer explicação que não fizesse parte das duas primeiras regularidades, não sendo falseável ou verificável, a mesma não pertenceria ao conjunto de conhecimentos seguros e verdadeiros sobre o universo.

Em direção ao desencontro do proposto até o momento, encontramos Edgar Morin. O mesmo, como indicado por Lima (1997), posiciona-se de forma cautelosa e preocupada em relação ao excesso de linearidade nos processos de conhecer o mundo, assim como com a estabilidade dos mesmos e de seus objetivos. Posiciona-se, portanto, contra “entender o Universo, a natureza, os seres vivos, o homem como ente ordenado que busca infundavelmente mais ordem” (LIMA, 1997, p. 57).

Endossando esse pensamento de Edgar Morin, Lima (1997) aponta aos leitores uma das consequências advindas dessa preocupação: na existência de um Universo totalmente ordenado, organizado e analisado em suas menores partes, o mesmo não é capaz de permitir variações, mudanças imprevistas ou mesmo criações inesperadas. Ou seja, caso tudo fosse extremamente ordenado e organizado, o novo não seria possível, assim como o imprevisível e os erros. Tudo estaria sempre da mesma forma.

Dito isso, levantamos a seguinte questão: Dada a existência de dois polos, um extremamente organizado e ordenado, e outro extremamente caótico, como podemos lidar com posições tão antagônicas na ciência e nas práticas de busca pelo conhecimento? Ambos lados, de acordo com Lima (1997), não seriam capazes de existir independentes um do outro, não existiriam sozinhos, mas sim, coexistiriam

dentro desse processo de conhecimento do Universo. Além do mais, esses lados não apenas existiriam ao mesmo tempo, como interagiriam entre si.

A desordem está sempre presente, como elemento perturbador, na ordem. Por sua vez, a ordem pressupõe um certo grau de desorganização. Portanto, uma visão mais complexa de ordem implica uma interação com a desordem, e qualquer desordem supõe um grau de organização. Esses quatro elementos: ordem, desordem, interação e organização possibilitam uma compreensão mais complexa das várias realidades do Universo (LIMA, 1997, p. 58).

Vale, nesse ponto, apresentar um adendo feito pelo autor o qual descreve que os conceitos de *complexidade* e de *complicação* não devem ser lidos como sinônimos. Lima (1997) propõe que um número excessivamente grande de informações sobre uma determinada parte do Universo não implica ou representa uma maior qualidade das informações ou afirmações produzidas para o mesmo. Não há, portanto, uma relação diretamente proporcional entre elas: ter mais informações não significa que as mesmas são melhores ou complexas, ou mesmo podem ser tratadas em sua complexidade propriamente dita.

Em suma, podemos observar três pontos de mudança significativas após a entrada de Edgar Morin no cenário em discussão. O primeiro deles é a exposição de uma distinção evidentemente dicotômica na qual, por um lado, temos uma busca quase obsessiva e bastante ostensiva pela descoberta organizada do Universo. Por outro lado, em um extremo oposto, temos a existência de uma complexidade tão inteligível que tornaria impraticável qualquer forma de conhecimento. Ademais, podemos observar ainda que essa dicotomia apresentaria uma discussão sobre seus caracteres identitários, ou seja, que a existência de um dos lados apenas é possível na medida em que o outro lado existe: para existência do ordenado precisaríamos do complexo, assim como o contrário.

O segundo ponto corresponderia a identificação da necessidade de uma convergência em relação ao caráter dicotômico apresentado, a necessidade de apresentar um ponto mediano para essa distinção. Derivado deste, temos o último ponto, o qual representaria uma possível solução para essa busca pelo intermediário. Existem, segundo Lima (1997) e Morin (2000), espaços entre esses extremos que precisariam ser estudados. Esses espaços estariam representados pela “distância” entre as várias ciências já bem delimitadas em suas metodologias, objetos e objetivos. Essas distâncias precisariam, para os autores, de um novo e mais cauteloso olhar sobre a investigação e transformação das mesmas em informações inteligíveis para

a humanidade. Porém, o conhecimento desses “espaços” não se daria por meio dos modelos mais tradicionais, mas sim por novas vias que considerariam a complexidade durante seu processo de postulação de verdades sobre o Universo, e que essa complexidade também fizesse parte do processo de conhecer.

Para além dos efeitos dessa mudança no paradigma científico-filosófico, temos uma mudança que acaba por afetar partes relacionadas e derivadas desse modelo de ciência e, dentre elas, a Educação. Os processos de ensino-aprendizagem, pesquisa e formação de novos “conhecedores do mundo” são colocados em cheque e apresentam à sociedade novos cidadãos, distintos daqueles outrora formados para resolver as demandas populacionais. Neste contexto também os processos de avaliação são repensados. Conforme apontam Mól, Matos e Prado (2018), a avaliação é compreendida como parte integrante do processo de ensino-aprendizagem, e como tal participa em cada fase da construção de conhecimentos em prol do desenvolvimento das capacidades profissionais.

Para Behrens (2006), essa mudança implicaria em uma “superação da visão que propunha a dualidade em todos os segmentos da sociedade” (p. 13), e uma superação da “prática pedagógica dos professores de todos os níveis de ensino” (p. 13), afinal, quando alteramos estruturas maiores, como paradigmas sociais, não alteramos apenas questões mais pontuais, mais sim a “lógica epistemológica de conhecer o universo” (p. 13).

No âmbito da saúde, Yamane, Machado, Osternack e Mello (2019) apontam que

Nas últimas décadas a forma do ensino na área de saúde mudou em todo o mundo. O ensino tradicional, em que o professor é o transmissor do conhecimento, já não é mais compatível com as necessidades da área da saúde. É por isso que as grandes escolas tentam desenvolver e implementar um aprendizado construído no exercício do aprender fazendo, nas relações constantes entre teoria e a prática, no pensamento criativo e na aprendizagem significativa (YAMANE et al, 2019, p. 89).

A mudança paradigmática na Educação viria, então, na forma de um novo desenvolvimento, ou um remodelamento, teórico sobre as formas as quais o ensino deveria ser promovido na sociedade. Behrens (2006) levanta, baseado nos textos de Morin (2000), que esta nova forma de ensino deveria ser (1) unificada em relação às ciências já desenvolvidas, (2) que fosse representado por um sistema em forma de rede, e não de blocos isolados, e que fosse capaz de vincular (3) tantos aspectos mais

biológicos da existência humana, como com aspectos sociais do desenvolvimento da humanidade, ao mesmo tempo. Apresentaria, portanto, uma teoria de ensino-aprendizagem que consideraria a complexidade do Universo, ao mesmo tempo que a complexidade da vivência nesse Universo. Um sistema de ensino no qual a compreensão do sistema também seria considerada importante, para além das partes menores do mesmo.

Retomando Morin (2000), o mesmo apresenta sete saberes necessários para esse modelo educacional voltado à complexidade. O primeiro dirá em favor do argumento de que o conhecimento pode gerar ilusões e erros em seus próprios processos de conhecimento do mundo. O processo de conhecer ficaria sujeito aos desejos e as falhas da própria humanidade e uma nova educação precisaria dar conta de considerar esses possíveis erros e ilusões no processo de apreensão do mundo (BEHRENS, 2006; MORIN, 2000).

O segundo saber, por sua vez, trataria da fragmentação do conhecimento. Segundo o autor, o conhecimento mantido dessa forma não denotaria, necessariamente, as reais necessidade de conhecer o mundo sob os quais os conhecimentos antigos mostrar-se-iam úteis. Seria necessário “ensinar os métodos que permitam estabelecer as relações mútuas e as influências recíprocas entre as partes e o todo em um mundo complexo” (MORIN, 2000, p. 14). O terceiro saber dirá a respeito da integralização do ser humano no contexto do ensino. Inserir-lo integralmente tanto em sua individualidade, quanto em sua complexidade, e como um sujeito mais ativo que conhece o mundo que o cerca e suas partes. Para Morin (2000), “a condição humana deveria ser o objeto essencial de todo ensino” (p. 15).

Ainda dentro do terceiro saber, Behrens (2006) complementa que a ausência da inserção do indivíduo no processo de ensino se dá pelo distanciamento do estudante com os objetivos propostos para o ensino. Em outros termos, os estudantes “têm dificuldade de perceber o sentido de ser humano, pois estudam conteúdo para fazer provas e não para aprender a viver” (BEHRENS, 2006, p. 15). Há uma compreensão de que, assim como o mundo, o ser humano inserido nele também é um fenômeno que ocorre isoladamente, destacado, particular, único.

O quarto saber proporá um olhar voltado para o planeta. Neste saber, todos aqueles que vivem nesse mundo precisam, invariavelmente, conhecer e considerar durante seu processo de conhecer o mundo como uma variável relevante. No fim, portanto, não apenas dependemos do mundo, como somos afetados por ele e

alterações produzidas no mesmo impactam mudanças no nosso fatídico e conhecido destino enquanto espécie (BEHRENS, 2006; MORIN, 2000). O quinto saber, tem nas incertezas seu fundamento. Como somos frutos de um modelo baseado em certezas absolutas, reducionistas e praticamente inequívocas, adentrar a complexidade exigiria considerar as incertezas inerentes ao grau e quantidade de variáveis, perspectivas e imprecisões características do Universo. Seria necessário, para Morin (2000), ensinar “princípios de estratégia que permitiriam enfrentar os imprevistos, o inesperado e a incerteza, e modificar seu desenvolvimento, em virtude das informações adquiridas ao longo do tempo” (p. 16).

Para o sexto saber, a mudança paradigmática faria uso do ensino de novas formas de convivência entre os seres humanos que favorecessem a continuidade da espécie humana. Essa mudança aceleraria, por exemplo, a resolução de problemas oriundas das “mazelas sociais e ambientais” (BEHRENS, 2006, p. 17) produzidas justamente pela dissociação da humanidade como unidade. O sétimo e último saber apresenta discretas, mas perceptíveis, relações com o ponto anterior. Neste, propõe-se que haja uma ética capaz de envolver todos esses processos descritos, algo como um tratado universal de manutenção dessas práticas (BEHRENS, 2006; MORIN, 2000).

Delimitando melhor os níveis de mudança desejados para essa discussão, vamos ao Ensino Superior, local onde podemos identificar, com certo grau de clareza, os efeitos de um novo paradigma. Behrens (2006) afirma que esse novo paradigma “exige uma formação docente e discente que supere a visão linear e torne-se mais integradora, crítica e participativa” (p. 20). A autora propõe que além da mudança na forma de conhecer o mundo, é necessário que haja uma mudança na forma como esse conhecimento é passado adiante, tanto em suas unidades (conteúdos), como em suas práticas (métodos). Para ela, aquele docente que tomar o paradigma da complexidade para si, precisará:

reconhecer que o mesmo não é apenas um ato intelectual, mas também o desenvolvimento de novas ações individuais e coletivas que permitam desafiar os preconceitos, que lancem novas atitudes para encarar a vida, que gerem situações de enfrentamento dos medos e das conquistas (BEHRENS, 2006, p. 21).

Não obstante, Rauli (2013, p. 43) destaca que a necessária superação do racionalismo, e da fragmentação extrema que tomaram conta dos sistemas de ensino,

não desconsidera a importância da racionalidade, tampouco do método científico. Considera-se a necessidade de que a educação incorpore os avanços da ciência e do pensamento de maneira a ultrapassar as abordagens simplistas e redutoras em direção à práticas integradoras.

É nesse contexto que a universidade, ou qualquer outra instituição de ensino superior, adquire um papel importante, além do seu usual papel de formação profissional: de agente formador e transformador da sociedade (BEHRENS, 2006).

Além dos conhecimentos outrora organizados em blocos e isolados, agora é necessário que a formação seja feita de maneira mais integral e interativa entre esses futuros detentores de conhecimentos. É nesse contexto, também, que vemos a Educação Interprofissional (EIP) como um dos caminhos para esse fim social.

### 2.3.2 FUNDAMENTOS DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE

A necessidade de uma formação voltada ao multiprofissionalismo para os profissionais da área da saúde vem sendo discutida desde a década de 80. Neste contexto, destaca-se o papel da *World Health Organization* (WHO) (ROSS; ALEXANDER; GRITSYUK; MORRIN; TAN, 2011). Conforme a organização, os estudantes, futuros profissionais, farão parte de contextos públicos ou privados de atendimento à saúde, integrando equipes de dois ou mais profissionais de áreas distintas.

De forma a apontar aquilo que seria necessário desenvolver nesse caminho de estudante à profissional, o argumento principal da WHO gira em torno da necessidade de desenvolvimento de “habilidades necessárias para resolver os problemas prioritários de saúde, de indivíduos e comunidades, que são particularmente favoráveis ao trabalho em equipe”. O foco é colocado em desenvolver estilos de aprendizagem sobre como interagir uns com os outros (WHO, 1988).

A busca da formação de novos profissionais que sejam capazes de trabalhar em equipe, bem como estejam aptos a identificar as demandas sociais de saúde no contexto onde atuam, é o objeto de estudo da chamada Educação Interprofissional (EIP) – *Interprofessional Education* (IPE).

Essa definição destaca duas relações extremamente relevantes, podendo ser consideradas prioritárias, a serem desenvolvidas por meio desse modelo de ensino. A primeira delas diz respeito a aprender “uns sobre os outros”. Essa relação apresentaria um caminho ‘unidirecional’, uma forma de posicionar o outro (e sua profissão) como um objetivo de investigação, como o objeto de estudo para aquele que observa – ou interage, a depender da forma como esse ensino foi planejado. A mesma apresentaria, então, a função de delimitar os comportamentos, suas extensões e os limites da atuação profissional observada.

A segunda forma de relação, aprender “uns com os outros”, pode ser compreendida como um caminho ‘bidirecional’ que envolve, para além de um estudo sobre o outro, o desenvolvimento de comportamentos mais ativos e coordenados em direção ao objetivo em comum – que nesse caso podemos considerar, por exemplo, a aprendizagem mútua das profissões ou o atendimento eficiente de uma pessoa enferma.

Desse modo, quando observamos uma equipe formada por profissionais cujos comportamentos foram desenvolvidos para um trabalho de equipe, os mesmos entendem como “otimizar as habilidades de seus membros, compartilhar o gerenciamento de casos e fornecer melhores serviços de saúde aos pacientes e à comunidade” (ORGANIZATION *et al.*, 2010, p. 10). É interessante ressaltar, ainda, que a Organization *et al.* (2010) também apresenta uma definição para o termo “profissional” que a mesma utiliza de forma uniforme em outras definições, sendo “indivíduos com conhecimento e/ou habilidades que contribuam para o bem-estar físico, mental e social de uma comunidade” (p. 13). Uma definição abrangente e bastante inclusiva quando se trata de atenção aos diversos níveis de saúde individual e populacional.

Sumariamente, então, podemos destacar uma característica recorrente nessa definição. Esta utiliza de dois argumentos fundamentais para circunscrever a educação interprofissional (EIP): (1) um conjunto de consequências socialmente desejadas para uma estrutura de saúde, (2) as quais são produzidas por profissionais que foram educados para trabalharem em equipes multidisciplinares. Esses dois argumentos, decompostos em menores partes, indicam a existência de três outros componentes que estão inter-relacionados: (1) a educação (ou paradigma educacional), (2) a finalidade social da educação e (3) os resultados produzidos pelos, e na forma de, profissionais oriundos desse sistema.

Ao avaliarmos esses argumentos, assim como seus componentes, apresenta-se ao leitor uma definição de educação fundamentada na relevância das consequências sociais produzidas por ela. A educação, nesse contexto, apresenta uma função social bastante clara e definida: desenvolver um tipo bastante específico de pessoa, profissional e/ou cidadão que seja capaz de resolver as demandas ou problemas por meio do trabalho multidisciplinar. De forma a endossar essa análise, Zabala (2002a) aponta que:

toda atividade educativa, por mais específica que seja, veicula uma visão mais ou menos concreta de um modelo de ser humano, (...), uma visão determinada da vida, uma ideologia, um modelo de pessoa, proprietária de um ideal e de algumas pautas de comportamento em relação a uma determinada escala de valores (p. 44).

Voltando o olhar à literatura produzida sobre a educação interprofissional vemos um reflexo dessa discussão. Alguns autores utilizam a definição fornecida pela *World Health Organization* (BREWER; FLAVELL, 2018; PATERSON et al., 2007; ROSS et al., 2011), enquanto outros baseiam-se na mesma definição, porém focam nas consequências sociais a serem produzidas por esses profissionais. Ou seja, um grupo de pesquisadores avalia que o foco, e a definição, da EIP está no processo educacional que produzirá essas habilidades profissionais na forma de um resultado observável, um 'tipo' específico de profissional capaz de atuar em um contexto igualmente específico. Outro grupo de pesquisadores, por sua vez, propõe que as consequências das ações desses profissionais em campo é que dirão sobre o modelo de aprendizagem ser baseado na EIP.

Um exemplo destes autores são Grymonpre *et al.* (2016a). Eles definem a EIP por meio de seus objetivos profissionais: (1) comportamentos já modificados por uma aprendizagem prévia; (2) e as formas como o trabalho em equipe são endereçadas para um melhor resultado na qualidade da saúde das pessoas atendidas, na eficiência do serviço prestado, relação custo-efetividade e na satisfação dos próprios profissionais. Outro exemplo são os pesquisadores da *George Brown College* (ROSS *et al.*, 2011) que especificam quais desfechos eles esperam que um profissional apresente após passar por uma educação focada na interprofissionalidade: "(1) uma compreensão e apreciação mais amplas da relação entre a própria profissão e o seu contexto, o escopo de atuação e os papéis de outros profissionais de saúde, (2) habilidades de equipe, (3) habilidades colaborativas como membro de uma equipe e

(4) uma ampla apreciação pela organização e questões éticas do sistema em que eles irão trabalhar” (p. 1).

Estendendo a definição oferecida pela *World Health Organization* (WHO), Bondevik, Holst, Haugland, Baerheim e Raaheim (2015) transcrevem quais seriam os seis maiores desfechos previsto pela mesma para a educação interprofissional: “(1) trabalho em equipe, (2) papéis e responsabilidades, (3) comunicação, (4) aprendizagem e reflexão, (5) fatores relacionados ao paciente, e (6) ética e atitudes” (p. 175). Todos desfechos descrevem, em maior ou menor grau de precisão e clareza, os contextos específicos nos quais esses comportamentos profissionais desenvolvidos serão usados.

Em uma revisão sistemática de literatura, Hammick, Freeth, Koppel e Barr (2007), após a identificação, análise e avaliação de 107 artigos referentes ao tema e os resultados desta prática de ensino, apresentam uma definição mais abrangente da educação interprofissional na qual indicam que a EIP seria “um subconjunto de educação multiprofissional, onde membros de duas ou mais profissões trabalham juntos, lado a lado, seja qual for o motivo de sua atuação” (p. 736). Ou seja, as proposições de educação estariam agrupadas em conjuntos maiores e menores, nos quais e dentro do conjunto da ‘multiprofissionalidade’ haveria um espaço para a Educação Interprofissional (EIP).

Apesar dessas definições tratem dos resultados esperados para um contexto profissional advindo (ou não) de um contexto educacional, a educação interprofissional é uma proposta que precisa ser desenvolvida e aplicada em estágios anteriores à obtenção do título de graduação, ou seja, durante a formação desses profissionais. Nas definições apresentadas por Barr (2002), os autores acrescentam que a educação interprofissional diz respeito a todas as aprendizagens oriundas dos ambientes acadêmicos e de trabalho, antes e depois da sua qualificação como profissional. Quando são educados juntos, os profissionais da saúde, segundo Grymonpre *et al.* (2016a), não desenvolvem apenas suas próprias habilidades, mas também as habilidades dos outros membros da equipe com a qual trabalham. Quando o fazem dessa maneira, através dessa proposta educacional, há um crescimento na qualidade, segurança e desenvolvimento do tratamento dos pacientes.

Curran, Fleet e Deacon (2006) transcrevem por mais de uma vez que o sistema educacional é “o principal determinante da prática colaborativa interprofissional, na

medida em que promove o fomento de valores colaborativos entre os futuros profissionais da saúde” (p. 82). Para Curran, Fleet e Deacon. (2006), pesquisadores de contexto canadense, a promoção e o fomento de práticas colaborativas dentro do seu sistema de saúde estão intimamente (e diretamente) ligadas com a extensão das práticas de educação interprofissional oferecidas antes e depois da formação profissional, assim como o aumento das competências relacionadas ao trabalho em equipe.

Para além da definição oferecida pela *World Health Organization*, outra instituição, criada exclusivamente para estudar o desenvolvimentos das práticas educacionais da EIP, denominada *Centre of the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE) oferece uma definição próxima à apresentada pela WHO. Segundo Barr, Low, Howkins (2012), a EIP pode ser descrita como toda forma de educação, ensino ou treinamento na qual dois ou mais indivíduos (estudantes) de formações diferentes interagem de forma a aprenderem uns com os outros, uns dos outros e uns sobre os outros para produzir um melhoramento na colaboração e na qualidade do atendimento em saúde.

Retomando a discussão apresentada por Zabala (2002b), quando observamos e avaliamos a função social do ensino em nossa sociedade, nos deparamos com um conjunto de situações, contextos, estruturas e alocações de recursos que objetivam a concepção de um “tipo específico de pessoa que se quer formar e, como consequência, do modelo de sociedade que se deseja” (p. 43). É conveniente pensar, então, que na mesma medida que a sociedade é complexa em sua natureza e origem, seus problemas e suas demandas também o são, assim como as motivações que as produzem e os cidadãos que nela habitam. Ainda, é conveniente supor que haja a necessidade de estabelecer formas alternativas de ensino de forma a sanar essas questões, incluindo a EIP, e em termos mais operacionais.

Morin (2000) apresenta um endosso argumentativo à essa estrutura mais complexa de compreensão da realidade na qual esses indivíduos estão (ou estarão) inseridos. Segundo o autor, a (1) quantidade crescente de informações disponíveis, o (2) aumento constante de seu acesso, o (3) número de relações presentes entre elas, a (4) ocorrência de problemas oriundos dessas relações apresenta para o modelo de pensamento vigente e (5) um aumento no grau de complexidade significativo, são premissas suficientes para compor a necessidade de alteração nas formas de compreensão da mesma. Nas palavras do autor, seria necessário uma “reforma do

pensamento” (p. 35) vigente. Uma reforma que apresentasse um curso “paradigmático”, distante do curso “programático” (p. 35) usualmente utilizado.

Independentemente da especificidade do contexto aonde essas pessoas atuarão, sendo em relações pessoais, profissionais ou sociais, “as competências que se pretendem desenvolver na pessoa abrangem o conhecimento e a atuação na complexidade” (ZABALA, 2002a, p. 58). É necessário, entretanto, ressaltar aqui a definição de *complexidade* apresentada por Edgar Morin que sustenta esse pensamento de Zabala (2002b):

há complexidade quando elementos diferentes são inseparáveis constitutivos do todo (como o econômico, o político, o sociológico, o psicológico, o afetivo, o mitológico), e há um tecido interdependente, interativo e inter-retroativo entre o objeto de conhecimento e seu contexto, as partes e o todo, o todo e as partes, as partes entre si. Por isso, a complexidade é a união entre a unidade e a multiplicidade. (MORIN, 2000, p. 38).

Assim, o sistema educacional precisaria, em alguma medida, fornecer condições de aprendizagem que favorecessem essa complexidade, pois para “resolver situações em que os problemas que se apresentam nunca são simples, as respostas nunca se reduzem a uma só área de conhecimento” (ZABALA, 2002a, p. 58).

As segmentações, ou divisões dos problemas, assim como suas resoluções, acontecem majoritariamente em contexto escolar, especificamente em contextos de organização curricular e de avaliação da mesma. Nesse contexto há um recorte muito claro e isolado da realidade-problema, cuja finalidade é a verificação do desenvolvimento (desempenho) de determinadas competências do estudante em relação a uma parcela dessa realidade – e.g. competência de resolução de problemas específicos. Sendo essa segmentação a representação de um recorte temporal e arbitrário sobre uma questão complexa do mundo – geralmente retirada de um contexto, situação ou problema real –, a mesma não aparenta ser frutífera para resolução de problemas iguais aqueles que os estudantes encontrarão para além dos muros escolares.

Assim, ao passo que esse seccionamento é feito, as relações presentes entre as várias partes do problema se perde em meio as várias “caixas de conhecimento” (MORIN, 2000; ZABALA, 2002b). Propor um método de ensino, como a educação

interprofissional, na qual os estudantes possam entrar em contato direto com essas contingências mais complexas, relações profissionais mais reais e mais próximas daquilo que eles encontrarão fora dos muros das instituições de ensino, pode representar uma mudança paradigmática na formação educacional e cidadã.

Um dos fatores necessários para que haja um início de mudança no modelo de ensino vigente, tanto para uma formação pessoal, como para uma formação profissional qualitativamente distinta, é a elaboração de uma boa proposição de objetivos de ensino que compreendam essas novas formas de comportar-se diante da complexidade que os problemas exigem. Dessa forma, quando avaliamos o conceito de objetivos de ensino de um ponto de vista aonde os produtos finais da formação vão além “do puro conhecimento de um conjunto de informações” para um “conjunto de comportamentos adequados ao contexto de aplicação”, estamos tratando, então, de uma proposição sobre os comportamentos desejados para o desenvolvimento pessoal e profissional desses indivíduos, os “comportamentos-objetivos” (KUBO; BOTOMÉ, 2001).

Kubo e Botomé (2002) apontam que, em um exame da expressão “comportamentos-objetivos”, a noção de comportamento não pode ser reduzida em apenas uma classe de respostas, ou seja, apenas naquilo que o aprendiz (estudante) deverá fazer ou faz, mas explicam essa expressão “como a relação entre a classe de respostas de alguém e o meio (ambiente) em que essa classe de respostas é apresentada” (p. 136).

Quando orientamos o planejamento de uma formação profissional para o desenvolvimento de comportamentos profissionais adequados aos contextos aonde os mesmos serão apresentados, o fazemos, em última análise, em função daquilo que é esperado pela sociedade desses profissionais. Nesse sentido, tanto a proposta de Zabala (2002b), como a de Kubo e Botomé (2002), nos apresentam duas variáveis distintas, porém centrais, para esse processo de mudança na formação profissional: a formação desses profissionais deve caminhar de acordo com aquilo que a sociedade demanda em seus sucessivos períodos de tempo, seja em sua complexidade ou em sua urgência (ZABALA, 2002b); os comportamentos-objetivos, estrutura do processo de ensino-aprendizagem, necessitam adequar-se constantemente àquilo que é esperado do profissional em seus diversos contextos de atuação (KUBO; BOTOMÉ, 2002).

Estendendo um pouco mais a última variável apresentada, Kubo e Botomé, (2002) apontam a necessidade de clarificar alguns pontos relacionados ao processo de adequação da formação desses estudantes (aprendizes) aos seus contextos de atuação profissional: (1) quais são as consequências desejadas, ou os efeitos práticos e imediatos esperados pelos comportamentos desses estudantes em contexto de atuação profissional; (2) quais aspectos estarão presentes nessa realidade profissional que sinalizarão ao estudante aquilo que é necessário ser feito para produzir as consequências desejadas no ponto anterior; (3) essas consequências, quando alcançadas e efetivas ao contexto, quais indicativos desse resultado esse profissional deve usar para parametrizar o próprio desenvolvimento.

Uma forma de produzir essa clarificação proposta pelo autor é por meio da avaliação de pesquisas já desenvolvidas tanto com a modificação do ambiente de aprendizagem em contexto profissional, como a mesma modificação em contexto de sala de aula. Alternativa a essas, seria o desenvolvimento de estudos que objetivassem, através do escrutínio das relações presentes entre as propostas de ensino (currículo, diretrizes, legislações) e os objetivos sociais propostos para a formação, uma reprodução dessas relações de maneira generalizada e aplicável aos vários contextos de ensino em saúde.

### 2.3.3 EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E SEUS IMPACTOS APLICADOS À FORMAÇÃO E À PRÁTICA PROFISSIONAL

A proposta de implementação de um modelo de educação interprofissional enquanto um modelo novo de ensino superior, assim como os resultados que este é capaz de produzir, são fortes argumentos para um investimento em nível nacional conforme vem sendo proposto, por exemplo, pelos canadenses. Inclusive, Curran, Fleet e Deacon. (2006) propõe que a presença da Educação Interprofissional (EIP) seja usada como um dos critérios a ser avaliado no processos de acreditação de instituições de ensino superior.

Para isso, os pesquisadores selecionaram treze administradores (e.g. diretores) sêniores de organizações de acreditação responsáveis pelo credenciamento ou pela administração de programas de acreditação nos níveis de educação pré-licenciatura e pós-licenciatura. Foi realizada uma entrevista semi-

estruturada baseada nas documentações oferecidas por cada uma das profissões envolvidas nesse processo de acreditação. Nesses documentos continham informações sobre o processo geral de acreditação e as características específicas de cada profissão a ser avaliada, as quais foram utilizadas para elaboração das questões da entrevista. Foi avaliado pelos autores que o processo de acreditação:

apoiou a importância da educação (interprofissional) pré-licenciatura como uma medida de responsabilidade, especialmente para a sociedade, da competência dos indivíduos para entrarem na prática. O credenciamento no nível pós-licenciatura, particularmente o nível CPE (educação profissional continuada), parecia estar menos bem estabelecido na maioria dos profissionais de saúde revisados (CURRAN, FLEET e DEACON, 2006, p. 87, parêntese adicional).

Ainda que o desenvolvimento de um sistema de acreditação, tanto em nível pré, como em nível pós-licenciatura, fortaleça substancialmente uma mudança estrutural e paradigmática do processo de ensino nas ciências da Saúde, o mesmo sistema produzirá alterações na responsabilidade dessas instituições com a formação de seus estudantes, concomitante a segurança dos usuários no uso dos serviços de saúde.

Também utilizando uma entrevista semi-estruturada como fonte de coleta de dados, Bondevik *et al.* (2015) desenvolveram uma pesquisa quasi-experimental aonde os estudantes foram orientados a responder um conjunto de questões que abordavam a prática profissional em contextos de “casas de saúde” e clínicas públicas de saúde e a experiência pessoal em relação ao contexto e ao grupo de profissionais. Três dos autores do artigo analisaram os conteúdos.

Cinco temas emergiram durante a análise dos pesquisadores: “(a) aprendizagem em um ambiente interprofissional, (b) trabalho em equipe, (c) relação entre os membros da equipe, (d) consequências para o paciente, e (e) consequências para o futuro” (BONDEVIK *et al.*, 2015, p. 177). Outros relatos identificados relacionavam a aprendizagem pessoal ao ambiente interprofissional, além de apontarem a existência de uma vantagem em trabalhar em equipe. Os estudantes reconhecem, também, que esse tipo de interação produz consequências positivas para seu aprendizado, para os pacientes e para seu futuro profissional.

Outros autores, como Paterson *et al.* (2007), desenvolveram uma pesquisa utilizando a metodologia de pesquisa-ação crítica para avaliarem a utilização da EIP pela Direção de Educação Interprofissional Centrada no Paciente da Universidade de

Queen's (QUIPPED). A proposta dessa direção é criar um ambiente educacional capaz de comportar as práticas interprofissionais dentro da Universidade de Queen's, voltada para o atendimento centrado no paciente. Esse ambiente, ainda, é pensado e desenvolvido para o tempo de pré-licenciatura dos cursos de medicina, enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional. Já a proposta dessa pesquisa é identificar e avaliar as características oriundas dessa implementação. Nos resultados, os pesquisadores apontaram seis características resultantes observáveis dessa implementação: é uma prática (1) colaborativa, (2) igualitária, (3) dirigida por grupos, (4) experiencial, (5) reflexiva e (6) aplicada (PATERSON *et al.*, 2007, p. 340).

Ainda nessa mesma proposta de avaliação dos resultados da implementação da EIP, Ross *et al.* (2011) construíram um relato de experiência aonde, junto da Divisão de Serviços Comunitários e Ciências da Saúde, estudantes e professores de várias áreas da saúde colaboraram para construir condições de ensino que favorecessem o trabalho em equipe e os atendimentos ao público da saúde. Para isso, quatro objetivos finais da aprendizagem interprofissional foram estabelecidos: (1) uma melhor e maior compreensão da relação entre o histórico da sua profissão e suas funções com as de outros profissionais da área da saúde; (2) habilidades relacionadas ao trabalho em equipe; (3) habilidades relacionadas à colaboração com os membros da equipe; (4) uma melhor e maior compreensão das questões éticas e organizacionais do sistema onde trabalharão (ROSS *et al.*, 2011). Por meio da investigação apreciativa (*appreciative inquiry*), um método de criação e planejamento, os autores apontam a existência de um valor positivo em usar esse modelo de planejamento, para esse modelo de ensino, com a função de orientar a implementação, a sustentabilidade e a ampliação do EIP dentro de uma instituição de ensino superior.

Para tentar especificar um pouco mais os impactos na formação profissional, Liston, Wagner e Miller (2013) e Ekmekci (2013) propuseram avaliar a mudança no desempenho dos estudantes por meio de metodologias diferentes. Na pesquisa de Liston, Wagner e Miller (2013), foi proposta a simulação de um ambiente profissional de interprofissionalidade com pacientes simulados, para os curso de medicina e enfermagem. Já na pesquisa de Ekmekci (2013), com o auxílio da tecnologia, utilizou-se um ambiente virtual que simulasse uma realidade social de atendimento e interações humanas, com a proposta de avaliar os comportamentos colaboração.

De acordo com os critérios de avaliação propostos por Liston, Wagner e Miller (2013), os autores identificaram que os estudantes responderam positivamente quando expostos ao ambiente real simulado. Como eles mesmos descrevem, os estudantes que participaram da pesquisa

sentiram que o cenário e as sessões de feedback eram valiosos exercícios de aprendizado. Eles se sentiram melhor preparados para trabalhar em uma equipe multidisciplinar como resultado desta sessão e recomendaria o curso para outros estudantes (LISTON, WAGNER; MILLER, 2013, p. 70).

Além disso, foi identificado que os estudantes de medicina, por conta de algumas questões relacionadas às percepções sobre a própria profissão, apresentaram uma tendência em liderar os grupos dos quais participavam. Em paralelo, estudantes de enfermagem engajaram-se menos na tomada de decisão feita pelo grupo de médicos.

Na pesquisa desenvolvida por Ekmekci (2013), identificou-se que os comportamentos de interação relacionados à estereotipia<sup>1</sup> da outra profissão foi menor (diferença de 0.3;  $p < .001$ ) no grupo que apresentava a EIP como método de ensino. Em relação aos comportamentos de colaboração, foi identificado que o grupo cuja educação foi baseada na EIP apresentou um número de interações maior que o grupo que não educado pelos mesmos fundamentos (diferença de 2.70;  $p < .001$ ). Esses resultados corroboram com as propostas oferecidas pela *World Health Organization* para um trabalho em equipe e interprofissional.

Evidências sugerem, de acordo com Grymonpre, Dean *et al.* (2016a), que quando profissionais da saúde são educados juntos, eles não desenvolvem apenas habilidades relativas a própria profissão, mas também as habilidades dos outros membros da equipe com a qual trabalham. Quando o fazem dessa maneira, por meio dessa proposta educacional interprofissional, há um crescimento tanto na qualidade, como na segurança, mas também na evolução do tratamento dos pacientes.

Com a proposta de analisar essas evidências sobre a mudança de comportamento dos estudantes, e em última instância, analisar o desenvolvimento de suas aprendizagens, Grymonpre, Dean *et al.* (2016b) elaboraram um estudo de caso com dois “grupos de estudantes”, de dois anos diferentes (2008-2009 e 2011-2012)

---

<sup>1</sup> Conjunto preconcebido de crenças sobre onde outras profissões pertencem dentro de uma hierarquia particular.

da Universidade de Manitoba, Canadá, aonde investigaram, por meio de uma pesquisa *survey*, as oportunidades de aprendizagem interprofissional (IPLO) oferecidas pela universidade. Como uma das principais conclusões, Grymonpre, Dean *et al.* (2016b) apontaram que o desenvolvimento longitudinal de uma estrutura capaz de oferecer oportunidades de aprendizagem interprofissional facilita o engajamento dos estudantes em atividades dessa natureza, e por consequência, muda suas habilidades profissionais.

Em suma, podemos apresentar cinco considerações (impactos) sobre todas as pesquisas citadas e que, independentemente do método utilizado para avaliar os efeitos da EIP na formação, apresentam uma mudança na qualidade da formação profissional. Um primeiro impacto relevante da EIP é o aumento da segurança do usuário do sistema de saúde em função de uma melhora na formação (CURRAN; FLEET; DEACON, 2006). Outro impacto, ainda de acordo com a pesquisa de Curran, Fleet e Deacon (2006), é um aumento na responsabilidade das instituições de ensino com a formação desses futuros profissionais. Ou seja, em algum grau de desenvolvimento social, as instituições de ensino passam a ser gradativamente mais responsáveis pelo produto final: a segurança do atendimento à saúde do paciente.

Além desses dois primeiros, um terceiro impacto dessa proposta de ensino contraria a proposta estrutural tradicional: uma educação orientada para horizontalidade no ensino, colaboração entre todos os participantes das hierarquias do conhecimento (professores, estudantes, tutores) e aplicação dos conhecimentos em contexto prático (PATERSON *et al.*, 2007). Endossando esse ponto, ainda, temos um impacto na diminuição do “status quo” hierárquico presente nas profissões da saúde e melhor desenvolvimento das habilidades profissionais que dizem respeito aos processos de interação em ambiente de trabalho (EKMEKCI, 2013). Por último, e ainda muito relevante, é a possibilidade variada de aplicação da estrutura da EIP por métodos organizacionais (ROSS *et al.*, 2011).

## 2.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Temos, em suma, um conjunto bastante sólido de iniciativas em prol da implementação da Educação Interprofissional nas Instituições de Ensino Superior

mundo afora. Essas iniciativas, atualmente, apresentam-se na forma de pesquisas teóricas e aplicadas sobre o tema, divulgação de congressos, cursos e treinamentos, políticas públicas e normativas institucionais para mudança e implementação desse modelo no ensino em Saúde, além, ainda, de propor formas de credenciamento para instituições que adotam a EIP como cerne da sua estrutura educacional.

Todas essas formas de promoção da EIP provocam algum grau de mudança no modelo vigente de educação. Essas possíveis mudanças atingem não somente as formas de implementação e manutenção desse novo modelo na estrutura de ensino vigente em termos mais práticos, mas também em questões precedentes como o planejamento para alocação de recursos monetários e humanos, e o estabelecimento de uma nova postura ética em relação ao ensino. Ainda, alguns efeitos subsequentes podem ser observados a partir dessas mudanças. Serão disponibilizados novos profissionais à sociedade cuja proposta será o melhoramento de algumas características do serviço de atendimento à saúde, como por exemplo, segurança do paciente e tempo despendido para tratamento; mitigação de eventuais ou recorrentes problemas oriundo de uma formação isolada profissionalmente; e o desenvolvimento de novas práticas culturais voltadas para colaboração.

O estudo conclui que este modelo de ensino possibilita pensar a educação de uma forma inovadora, capaz de promover a melhoria da qualidade no cuidado à saúde, promovendo a superação de modelos tradicionais fragmentados e disciplinares em direção a uma compreensão complexa e integradora entre profissionais e conhecimentos. A Educação Interprofissional possibilita, ainda, potencializar a formação de redes e a solidariedade interpessoal e comunitária.

## 2.5 REFERÊNCIAS

BARR, H.; LOW, H.; HOWKINS, E. **Interprofessional Education in Pre-registration Courses**. [s.l.: s.n.].

BEHRENS, M. A. A conexão do paradigma emergente com o paradigma da complexidade num enfoque globalizado. In: **Paradigma da complexidade: Metodologia de projetos, contratos didáticos e portfólios**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. p. 135.

BONDEVIK, G. T. et al. Interprofessional workplace learning in primary care: Students from different health professions work in teams in real-life settings. **International Journal of Teaching and Learning in Higher Education**, v. 27, n. 2, p. 175–182, 2015.

BREWER, M.; FLAVELL, H. Facilitating collaborative capabilities for future work: What can be learnt from interprofessional fieldwork in health. **International Journal of Work-Integrated Learning**, v. 19, n. 2, p. 169–180, 2018.

CAPRA, F. O modelo biomédico. In: **O ponto de mutação**. [s.l.] Editora Cultrix, 1983. p. 447.

CURRAN, V. R.; FLEET, L.; DEACON, D. A comparative review of canadian health professional education accreditation systems. **Canadian Journal of Higher Education**, v. 36, n. 1, p. 79–102, 2006.

EKMEKCI, O. Promoting collaboration in health care teams through interprofessional education: A simulation case study. **International Journal of Higher Education**, v. 2, n. 1, p. 78–83, 2013.

GRYMONPRE, R. E. et al. Sustainable Implementation of interprofessional education using an adoption model framework. **Canadian Journal of Higher Education**, v. 46, n. 4, p. 76–93, 2016a.

GRYMONPRE, R. E. et al. Quantifying interprofessional learning in health professional programs: The University of Manitoba experience. **Canadian Journal of Higher Education**, v. 46, n. 4, p. 94–114, 2016b.

HAMMICK, M. et al. A best evidence systematic review of interprofessional education:

BEME Guide no. 9. **Medical Teacher**, v. 29, p. 735–751, 2007.

HUBIE, A. P. S.; Ribeiro, E. R.; Souza, J. M. Prática avaliativa nos cursos da área da saúde em uma instituição de ensino superior privada. **Revista Espaço para a Saúde**. Dez.;19(2):33-42. 2018.

KUBO, O. M.; BOTOMÉ, S. P. Ensino-aprendizagem: Uma interação entre dois processos comportamentais. **Interação em Psicologia**, v. 5, n. 1, p. 133–171, 2001.

LIMA, H. M. F. Ciência e complexidade. In: CASTRO, G. DE; CARVALHO, E. DE A.; ALMEIDA, M. DA C. DE (Eds.). . **Ensaio de Complexidade**. Porto Alegre: Sulina, 1997. p. 272.

LISTON, B. W.; WAGNER, J.; MILLER, J. A curricular innovation to promote interprofessional collaboration. **Journal of Curriculum and Teaching**, v. 2, n. 1, p. 68–73, 2013.

MÓL, G.; MATOS, M. E.; PRADO, M. R. M. Avaliação na educação superior: concepções, modalidades e instrumentos. In: POSSOLLI, GABRIELA EYNG. PRADO, MARIA ROSA MACHADO (orgs.). **Práticas inovadoras na educação Superior em Saúde**. 1 ed. Curitiba: Appris, 2018.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 3º ed. Brasília, DF: UNESCO, 2000.

PATERSON, M. et al. Action research as a qualitative research approach in interprofessional education : The QUIPPED approach. **The Qualitative Report**, v. 12, n. 2, p. 332–344, 2007.

RAULI, P. M. F. **A escola como cocriadora da vida**: A noética como fundamento emergente para a educação. 155 f. Tese (Doutorado em Educação) - Escola de Humanidades, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2013, p.43.

ROSS, C. et al. An interprofessional approach to business planning: A model of collaboration. **College Quarterly**, v. 14, n. 2, p. 1–6, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; HEALTH PROFESSIONS NETWORK; HUMAN RESOURCES FOR HEALTH. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice**. Geneva: WHO Press, 2010.

YAMANE, M. T.; MACHADO, V. K.; OSTERNACK, K. T.; MELLO, R. G. Simulação

realística como ferramenta de ensino na saúde: uma revisão integrativa. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 20, n. 1, p. 87-107, 2019

ZABALA, A. Função social do ensino e enfoque globalizador. In: **Enfoque globalizador e pensamento complexo: Uma proposta para o currículo escolar**. Porto Alegre: ARTEMED Editora, 2002a. p. 43–88.

ZABALA, A. **Enfoque globalizador e pensamento complexo: Uma proposta para o currículo escolar**. Porto Alegre: ARTEMED Editora, 2002b.

### **3 EFEITOS DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA SAÚDE DE ACORDO COM AS MEDIDAS DA *READINESS FOR INTERPROFESSIONAL LEARNING SCALE* (RILPS), BEME GUIDE E KIRKPATRICK: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA**

#### **RESUMO**

A necessidade de uma formação voltada ao multiprofissionalismo para os profissionais da área da saúde vem sendo discutida desde a década de 80. Essa discussão ganhou, e ainda ganha, evidência com movimentos e fomentos internacionais de instituições como a Organização Mundial da Saúde. Um dos modelos de ensino que leva a formação multiprofissional em sua estrutura nuclear é a Educação Interprofissional. Esta pesquisa objetiva evidenciar os efeitos da Educação Interprofissional em diversos contextos internacionais de sua aplicação no ensino na área da saúde. O presente estudo foi desenvolvido por meio de uma Revisão Sistemática de Literatura e para isto utilizaram-se três parâmetros norteadores: (1) a escala *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RILPS) como denominador comum à todas as pesquisas de avaliação de mudança de comportamento; (2) o modelo de avaliação qualitativa da *BEME Guide* para mensurar o nível de evidência das pesquisas encontradas; e (3) o modelo de avaliação qualitativa de Kirkpatrick & Kirkpatrick (2006) para observar o grau de impacto desse modelo de educação. Concluiu-se que há um conjunto considerável de pesquisas que apresentam resultados positivos para o aumento da disponibilidade de aprendizagem interprofissional em diversos contextos de exposição à metodologia e mudanças comportamentais; foi observada a falta de regularidade nas oportunidades de aprendizagem; e um alto grau de liberdade para construção de modelos experimentais (ou quase-experimentais).

Palavras-chave: Educação Interprofissional; Ensino Superior; Paradigma Educacional; Medicina Baseada em Evidências.

### 3.1 INTRODUÇÃO

Em pesquisas cujos objetivos circundam as implementações de novos modelos de ensino para avaliar os efeitos na aprendizagem de seus aprendizes (estudantes, profissionais ou mesmo leigos), buscam-se formas cada vez mais precisas de medir e qualificar as mudanças comportamentais apresentadas em cenários (modelos) experimentais ou quase experimentais. Ainda, avaliar a aprendizagem é um processo bastante complexo, eventualmente extenso e pode exigir instrumentos qualificados para tal tarefa. Contudo, antes de apontar os instrumentos ou as formas de medir essas mudanças, é necessário entender em quais características o modelo de ensino-aprendizagem avaliado se fundamenta e se diferencia dos demais modelos.

A Educação Interprofissional (EIP), segundo a *Centre of the Advancement of Interprofessional Education* (BARR, 2002; SHAKESPEARE; TUCKER; NORTHOVER, 1989), pode ser descrita como toda forma de educação, ensino ou treinamento aonde dois ou mais indivíduos (estudantes) de formações distintas interagem de forma a aprenderem uns com os outros, uns dos outros e uns sobre os outros para produzir um melhoramento na colaboração e na qualidade do atendimento em saúde.

Esse modelo propõe uma nova forma de aprendizagem na qual há um aumento significativo de interações entre estudantes ou profissionais de áreas diferentes em contextos comuns, com a finalidade de proporcionar um aumento da qualidade do trabalho em equipe, produzir efeitos melhores e ainda mais benéficos nos tratamentos oferecidos, aumentar a segurança dos pacientes e diminuir o tempo de permanência dos mesmos nas unidades de saúde.

Para avaliar os efeitos desse modelo de ensino a escala *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RILPS) foi desenvolvida. Um dos princípios centrais que orienta a produção dessa escala, as variáveis a serem mensuradas e os parâmetros de valoração dos desempenhos das pessoas avaliadas é o nível de disponibilidade dos profissionais para aprenderem sobre outras profissões da mesma área de atuação.

De acordo com a pesquisa de Peduzzi, Norman, Coster e Meireles (2015), as utilizações mais recentes da RILPS envolvem a identificação e avaliação dos comportamentos dos estudantes que influenciam nessa aprendizagem, o impacto desses comportamentos nos ambientes de aprendizagem interprofissional e o quanto

esses favorecem o desenvolvimento de repertórios de colaboração entre estudantes ou entre profissionais. Com validações em países como Alemanha (PYPE; DEVEUGELE, 2016), Indonésia (TYASTUTI *et al.*, 2014) , Brasil (PEDUZZI *et al.*, 2015a), Genebra (MÈCHE *et al.*, 2015) e Japão (OISHI *et al.*, 2017; TAMURA *et al.*, 2012), além dos Estados Unidos, essa escala apresenta uma difusão em nível global e vem representando, associada a outras escalas, o “termômetro” do desenvolvimento de habilidades interprofissionais. Registros de sua aplicação podem ser identificados em praticamente todos os continentes do mundo, em diversos níveis de formação profissional (da graduação até pós-graduação), com especificidades de local (escolas, hospitais, clínicas, postos de saúde) e com diversas formações profissionais da área da Saúde.

Além das aplicações mais diretas do RILPS, também foram desenvolvidas pesquisas que propuseram avaliar quais os comportamentos ou as atitudes desses profissionais que podem produzir algum prejuízo para o desenvolvimento da EIP em equipes de prestação de serviço em saúde (CURRAN; SHARPE; FORRISTALL, 2007); pesquisas que analisaram os efeito da EIP em longo prazo entre médicos e fisioterapeutas (SYTSMA *et al.*, 2015); desenvolvimento de uma sub-escala para o modelo atual da RILPS (MCFADYEN *et al.*, 2005); e o desenvolvimento de uma melhor escala de avaliação dos resultados obtidos na aplicação da RILPS (PARSELL; BLIGH, 1999).

Atribuir valores numéricos, adjetivos qualificadores, nomes e dimensões a um comportamento, sendo este complexo e pertencente a um contexto educacional definido, é uma tarefa que passaria não apenas pela habilidade dos pesquisadores em construir pesquisas metodologicamente “boas”, elaborar bons instrumentos de mensuração, mas também pela habilidade de selecionar as variáveis que apresentam um valor social significativo quando manipuladas em função do resultado especulado.

Para além de uma métrica verossímil, é necessário qualificar (1) a estrutura metodológica mais eficiente para pesquisas sobre modelos de ensino-aprendizagem (como a EIP) e (2) se os resultados obtidos produziram graus significativos de mudança nos repertórios profissionais dos participantes. Para isso, então, foram selecionados dois critérios qualificadores. Os mesmos produzem dados relativas ao nível de evidência dos resultados encontrados, os quais seguiram as orientações do guia *BEME Guide Evidence Impact*, e ao impacto na educação, utilizando o modelo proposto por Kirkpatrick e Kirkpatrick (2006).

Assim, ao apresentar clareza sobre o modelo de ensino a ser examinado, quais comportamentos profissionais serão avaliados nas intervenções, como as mudanças podem ser convertidos em variáveis quantificáveis e qualificáveis, e como esses resultados podem ser interpretados, temos um conjunto inicial de premissas que podem auxiliar na melhora de questões relacionadas ao planejamento da pesquisa e tratamento de dados, além de homogeneizar as pesquisas para futuras comparações naquilo que tange seus efeitos.

### 3.2 OBJETIVOS

Apresentar o impacto da oportunidade de aprendizagem interprofissional nos estudos que utilizaram como um dos métodos de avaliação o instrumento *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RILPS);

Demonstrar os resultados categorizados em função dos graus de impacto (efeito) na mudança de comportamento dos participantes das pesquisas.

### 3.3 METODOLOGIA

Essa pesquisa foi composta por uma revisão sistemática de literatura, de acordo com o *guideline Preferred Reporting Items for a Systematic Review and Meta-Analysis* (PRISMA) (MOHER *et al.*, 2009), usando bases de dados internacionais, nos últimos dez anos, e tendo o instrumento de mensuração *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RILPS) como o denominador comum para todas as pesquisas. Buscou-se identificar e qualificar os impactos das oportunidades de aprendizagem baseadas na Educação Interprofissional (EIP) em contexto de ensino em Saúde.

### 3.4 ESTRATÉGIA DE BUSCA

Os principais meios para realização da busca de literatura foram as seguintes bases de dados: PubMed, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), *Medical Education – Wiley Online Library*, *Education Resources Information Center* (ERIC) e EBSCO. Nelas foram buscadas pesquisas publicadas nos períodos compreendidos entre 2008 e 2018, com exceção da *Wiley Online Library*, na qual o período buscado foi entre 2001 e 2018, dada restrição do seu mecanismo de busca. A palavra-chave utilizada foi “*Readiness for Interprofessional Learning Scale*”. Sua abreviação (RILPS) não foi utilizada por não retornar resultados ou por retornar resultados incongruentes com os objetivos da pesquisa. Além disso, em todas as bases de dados a busca se deu em “*todos os campos*” de varredura disponíveis (All Fields). A base de dados EBSCO foi excluída *a posteriori* por não retornar resultados ou mesmo ter acesso restrito em algumas áreas relevantes da base de dados. A Tabela 2 sistematiza a forma inicial dessa busca.

**Tabela 2:** Quadro demonstrativo das bases de dados pesquisadas, os campos utilizados durante a busca e o período em que foram buscadas.

<b>Base de Dados</b>	<b>Período buscado</b>	<b>Itens buscados</b>	<b>Número de artigos encontrados</b>
PubMed	2008-2018	All Fields	90
Scientific Electronic Library Online	2008-2018	All Fields	0
Medical Education – Wiley Online Library	2001-2018	All Fields	26
Education Resources Information Center	2008-2018	All Fields	4
EBSCO	2008-2018	All Fields	EXCLUÍDA

Fonte: O autor

### 3.5 SELEÇÃO DOS ARTIGOS

Os artigos passaram por uma primeira leitura de seus títulos, nos quais foram avaliados quanto à relevância segundo os seguintes critérios de exclusão: (I) estudos que não apresentavam referência direta ao contexto educacional interprofissional; (II) estudos que não se tratavam de pesquisas propriamente ditas, como editoriais de revistas científicas e resumos de congressos. Ainda neste primeiro momento, os resumos foram lidos e selecionados usando os mesmos critérios de exclusão descritos acima, com critérios de exclusão adicionais de idiomas diferentes do português e inglês, além de estudos que não apresentavam relação direta com a área da saúde. Posteriormente, em uma segunda etapa, os artigos lidos integralmente foram selecionados usando os critérios de elegibilidade.

### 3.6 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram eleitos todos os artigos que apresentavam a Educação Interprofissional como proposta de intervenção para mudança de desempenho ou comportamento de estudantes ou profissionais de saúde. Também foram selecionados todos os artigos que apresentavam, obrigatoriamente, o instrumento *Readiness for Interprofessional Learning Scale (RILPS)* como um dos métodos de mensuração das mudanças de comportamento dos estudantes ou profissionais. Adicional a estes, outro critério de elegibilidade dizia respeito às variáveis relacionadas à programação do ensino, sendo elas: (I) tempo gasto com a intervenção; (II) oportunidade de ensino; (III) nível de estudo; (IV) profissões da área da saúde em quantidade mínima de um curso no decorrer da pesquisa. Por fim, foram selecionados e eleitos todos os artigos que apresentavam uma descrição mínima do design de pesquisa utilizado e que coubesse entre os seguintes modelos: Estudo Randomizado, Quasi-experimental, Estudo de Coorte, Caso-Controle e Estudo Transversal. Após eleitos, todos os artigos foram devidamente codificados<sup>2</sup> e tabulados.

---

<sup>2</sup> A codificação foi desenvolvida e composta pelas primeiras letras sendo referência ao indexador da qual o artigo foi retirado, os dois números seguinte ao ano de publicação e outros dois números da ordem de retirada da lista oferecida pelo indexador.

### 3.7 CRITÉRIOS DE QUALIFICAÇÃO PARA ANÁLISE DOS ARTIGOS INCLUÍDOS

Os critérios utilizados para qualificação das pesquisas foram o nível de evidência dos resultados encontrados em cada um dos artigos eleitos para essa pesquisa, que seguiram as orientações do guia *BEME Guide Evidence Impact*, e o impacto da educação segundo o modelo proposto por *Kirkpatrick*.

Os critérios de melhor evidência na educação médica (BEME) foram utilizados para avaliar a metodologia e o grau de evidência das pesquisas incluídas (STEINERT *et al.*, 2006). A forma de qualificar segundo a *BEME Guide Evidence Impact* baseia-se em uma avaliação crítica dos estudos desenvolvidos e na credibilidade dos resultados obtidos. Cada um dos artigos incluídos nessa revisão foi analisado de acordo com o níveis descritos abaixo. Seguem as pontuações, variando entre 1 e 5 pontos:

Nível 1: nenhuma conclusão clara pode ser tirada do estudo ou não é significativa; Nível 2: resultados podem apresentar graus de ambiguidade, mas é possível identificar uma tendência nos resultados; Nível 3: conclusões produzidas pelos autores apresentam algumas relações com os resultados; Nível 4: os resultados são claramente identificados e apresentam alta probabilidade de serem verdadeiros; Nível 5: os resultados são inequívocos.

O modelo de Kirkpatrick, utilizado para avaliar o impacto do modelo educacional (HAMMICK *et al.*, 2007; STEINERT *et al.*, 2006), apresenta pontuações que variam entre 1 e 4, como descritas abaixo:

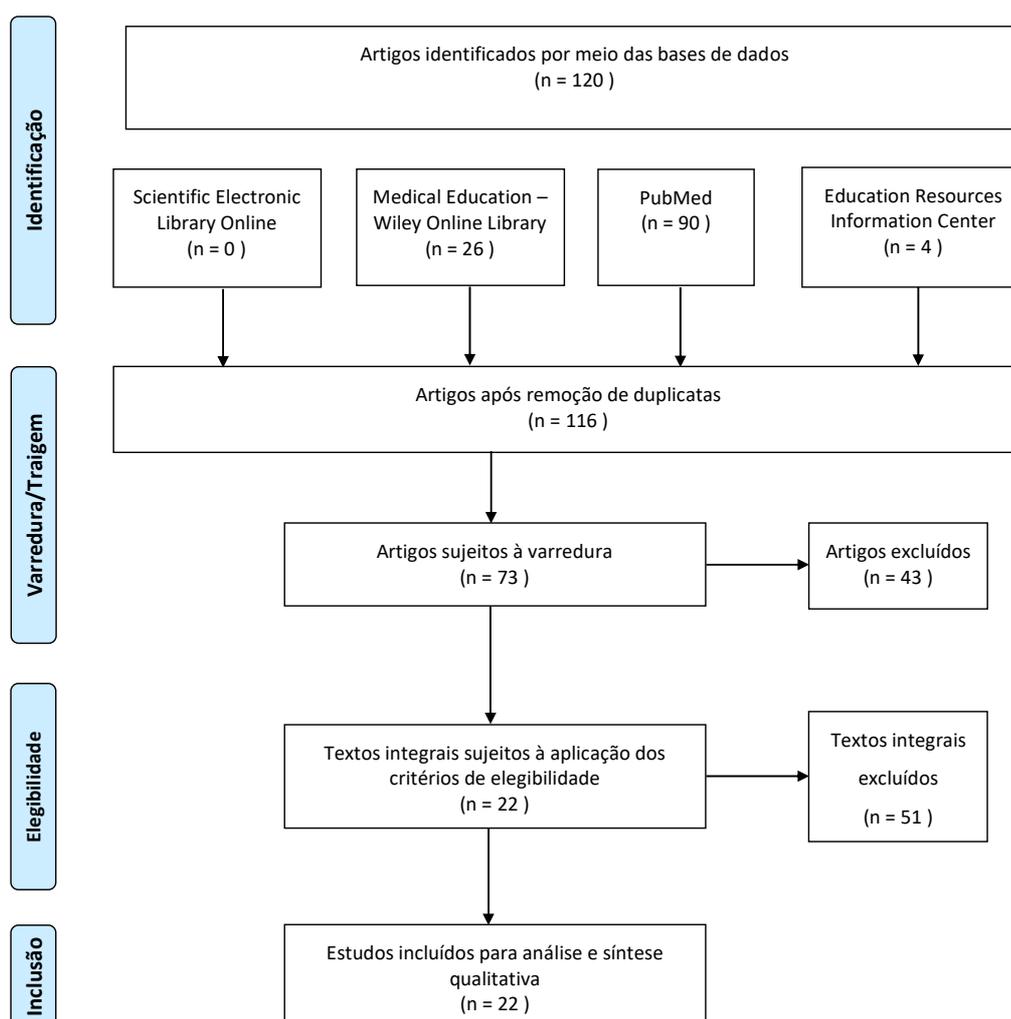
Nível 1: presença (descrição) da reação dos estudantes – podendo ser na forma de opiniões dos mesmos sobre a experiência de aprendizado; Nível 2a: presença (descrição) de atitudes modificadas; Nível 2b: presença (descrição) da aquisição de conhecimentos ou habilidades; Nível 3: presença (descrição) de mudanças comportamentais; Nível 4a: presença (descrição) de uma mudança na prática da organização; Nível 4b: presença (descrição) de benefícios para os pacientes.

## 3.8 RESULTADOS

### 3.8.1 Resultados da Busca

Com base na busca executada nas bases de dados detalhadas na Tabela 1 foram encontrados 120 artigos. Após a remoção de duplicatas e acessibilidade ao documento integral, permaneceram 73 artigos. Com análise detalhada do título, resumo e texto na íntegra, foram eleitos 22 artigos que atenderam aos critérios de elegibilidade para a realização da análise qualitativa dos dados apresentados conforme descrito na Figura 1.

**Figura 1** – Diagrama de revisão segundo modelo *Preferred Reporting Items for a Systematic Review and Meta-Analysis* (PRISMA) (MOHER *et al.*, 2009)



Na Tabela 3 estão apresentadas a codificação utilizada para os 22 artigos eleitos para este estudo. Nos itens posteriores descrevemos as etapas e critérios de qualificação desses artigos.

**Tabela 3 – Códigos para os artigos eleitos**

<b>Código</b>	<b>Autores</b>	<b>Ano de Publicação</b>	<b>Título da Publicação</b>
PBMD0901	(BRADLEY; COOPER; DUNCAN, 2009)	2009	A mixed-methods study of interprofessional learning of resuscitation skills.
PBMD1002	(MCFADYEN et al., 2010)	2010	Interprofessional attitudes and perceptions: Results from a longitudinal controlled trial of pre-registration health and social care students in Scotland.
PBMD1206	(JOSEPH et al., 2012)	2012	Interprofessional education in practice.
PBMD1305	(LARKIN et al., 2013)	2013	Readiness for interprofessional learning: a cross-faculty comparison between architecture and occupational therapy students.
PBMD1306	(RITCHIE; DANN; FORD, 2013)	2013	Shared learning for oral health therapy and dental students: enhanced understanding of roles and responsibilities through interprofessional education.
PBMD1308	(NEVILLE et al., 2013)	2013	Team decision making: design, implementation and evaluation of an interprofessional education activity for undergraduate health science students.
PBMD1407	(HOOD et al., 2013)	2013	Prior experience of interprofessional learning enhances undergraduate nursing and healthcare students' professional identity and attitudes to teamwork.
PBMD1401	(RUEBLING et al., 2014)	2014	A comparison of student attitudes and perceptions before and after an introductory interprofessional education experience.
PBMD1404	(WILHELM et al., 2014)	2014	Interprofessional ethics learning between schools of pharmacy and dental medicine.
PBMD1406	(CZARNECKI et al., 2014)	2014	Nursing and dental students' and pediatric dentistry residents' responses to experiences with interprofessional education.
PBMD1409	(GUNALDO et al., 2014)	2014	Student perceptions about interprofessional education after an elective course.

**Tabela 3 – Códigos para os artigos eleitos (Continuação)**

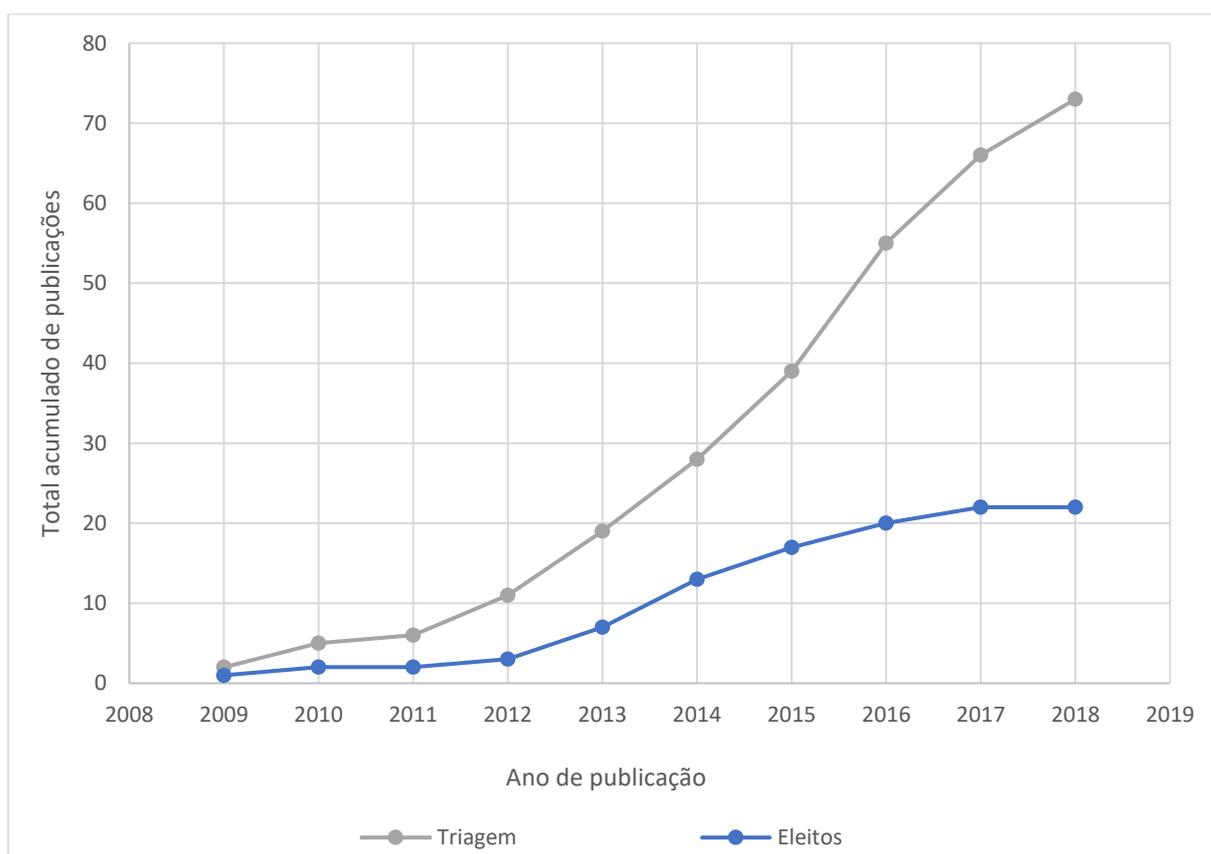
<b>Código</b>	<b>Autores</b>	<b>Ano de Publicação</b>	<b>Título da Publicação</b>
PBMD1411	(SEIF et al., 2014)	2014	The development of clinical reasoning and interprofessional behaviors: service-learning at a student-run free clinic.
PBMD1412	(ERNAWATI; LEE; HUGHES, 2014)	2014	Indonesian students' participation in an interprofessional learning workshop.
PBMD1501	(SHOEMAKER et al., 2015)	2015	A virtual patient educational activity to improve interprofessional competencies: A randomized trial.
PBMD1506	(WANG et al., 2015)	2015	Implementation and evaluation of an interprofessional simulation-based education program for undergraduate nursing students in operating room nursing education: a randomized controlled trial
PBMD1508	(MURPHY; NIMMAGADDA, 2015)	2015	Partnering to provide simulated learning to address Interprofessional Education Collaborative core competencies.
PBMD1510	(DARLOW et al., 2015)	2015	The positive impact of interprofessional education: a controlled trial to evaluate a programme for health professional students.
PBMD1608	(STULL; BLUE, 2016)	2016	Examining the influence of professional identity formation on the attitudes of students towards interprofessional collaboration.
PBMD1609	(DUMKE et al., 2016)	2016	Interprofessional education in an enrichment programme for prospective health sciences students.
PBMD1616	(THOMPSON et al., 2016)	2016	Working together: Using a unique approach to evaluate an interactive and clinic-based longitudinal interprofessional education experience with 13 professions.
PBMD1701	(SEAMAN et al., 2017)	2017	An examination of students' perceptions of their interprofessional placements in residential aged care
PBMD1707	(TERVASKANTO-MÄENTAUSTA et al., 2017)	2017	Collaborative diabetes training in outpatient primary care

Fonte: O autor

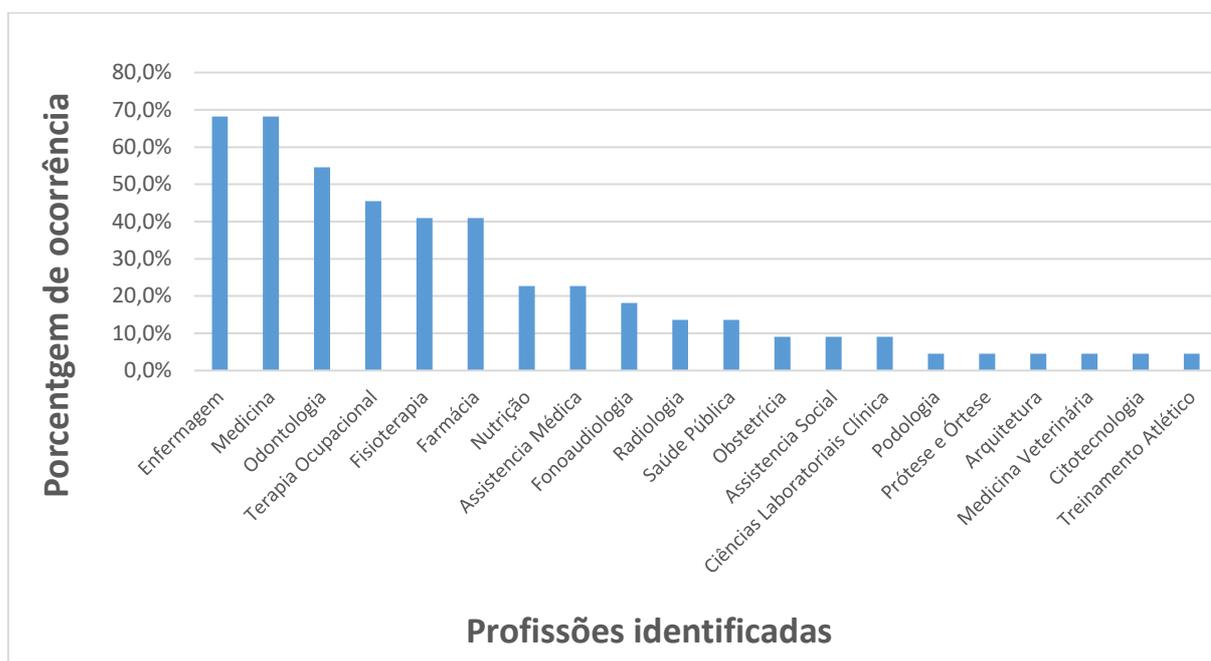
### 3.8.2 Características dos Estudos

Após todos os artigos serem tabulados, foi observado um aumento crescente e variável no número de publicações que utilizavam como método de ensino a Educação Interprofissional (EIP) nos últimos 10 anos, como demonstra o Gráfico 1. Do total de artigos triados – obtidos antes da aplicação dos critérios de elegibilidade –, pode-se observar um crescimento de 71 artigos entre 2009 e 2018, tendo um crescimento maior no período entre 2015 para 2016, com 16 artigos (21% das publicações).

**Gráfico 1** – Curva acumulada da distribuição anual de publicações



Fonte: O autor

**Gráfico 2** - Prevalência de profissões em função do número de artigos eleitos

Observando as distribuições das profissões no escopo de publicações selecionadas para análise, foram identificadas 31 profissões<sup>3</sup> diferentes, sendo 30 delas da área da saúde e uma da área de exatas (Arquitetura) – todas listadas no Gráfico 2. Essa distribuição apresenta a Enfermagem como o curso (profissão) mais prevalente para esses contextos de aprendizagem (68,2%), empatado com Medicina (68,2%), seguido de Odontologia (54,4%), Terapia Ocupacional (45,5%), Fisioterapia (40,9%) e Farmácia (40,9%).

<sup>3</sup> Os nomes originais da língua inglesa foram traduzidos livremente para a língua portuguesa.

**Tabela 4** – Características dos estudos: Tipos de pesquisas

<b>Código</b>	<b>Ano</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de Pesquisa</b>	<b>Grau Acadêmico</b>	<b>Curso</b>
<b>PBMD0901</b>	2009	Reino Unido	Quasi-experimental	Graduação	Medicina e Enfermagem
<b>PBMD1002</b>	2010	Reino Unido	Estudo Coorte	Graduação	Enfermagem, Terapia Ocupacional, Podologia, Prótese e Órteses, Fisioterapia e Radiografia
<b>PBMD1206</b>	2012	Reino Unido	Ensaio Randomizado	Graduação	Médicos, Enfermeiros, Terapia Ocupacional e Farmácia
<b>PBMD1305</b>	2013	Austrália	Ensaio Randomizado	Graduação	Terapeuta Ocupacional e Arquitetura
<b>PBMD1306</b>	2013	Austrália	Ensaio Randomizado	Graduação	Bacharel em Saúde Bucal (OHT) e Bacharel em Ciências Odontológicas (DS)
<b>PBMD1308</b>	2013	Austrália	Estudo Transversal	Graduação	Enfermagem, Medicina e Obstetrícia
<b>PBMD1407</b>	2013	Austrália	Estudo Transversal	Graduação	Medicina, Obstetrícia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Nutrição e Dietética e Paramédico.
<b>PBMD1401</b>	2014	Estados Unidos	Quasi-experimental	Graduação	Ciência Laboratorial Clínica, Citotecnologia, Gerenciamento de Informação de Saúde, Ciência Médica Investigativa, Medicina Nuclear, Enfermagem, Nutrição e Dietética, Terapia Ocupacional, Radioterapia, Fisioterapia
<b>PBMD1404</b>	2014	Estados Unidos	Quasi-experimental	Graduação	Farmácia e Odontologia
<b>PBMD1406</b>	2014	Estados Unidos	Quasi-experimental	Graduação	Enfermagem, Odontologia e Odontologia Pediátrica
<b>PBMD1409</b>	2014	Estado Unidos	Quasi-experimental	Graduação	Odontologia / Tecnologia Médica / Medicina / Enfermagem / Terapia Ocupacional / Fisioterapia / Saúde Pública e Patologia Fonoaudiológica
<b>PBMD1411</b>	2014	Estados Unidos	Estudo Coorte	Graduação	Medicina, Farmácia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia e Assistente de Médico
<b>PBMD1412</b>	2014	Austrália	Quasi-experimental	Graduação	Enfermagem, Medicina e Farmácia

**Tabela 4** – Características dos estudos: Tipos de pesquisas (Continuação)

<b>Código</b>	<b>Ano</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de Pesquisa</b>	<b>Grau Acadêmico</b>	<b>Curso</b>
<b>PBMD1501</b>	2015	Estados Unidos	Estudo Coorte	Graduação	Medicina, Farmácia e Fisioterapia
<b>PBMD1506</b>	2015	China	Ensaio Randomizado	Graduação	Enfermagem
<b>PBMD1508</b>	2015	Estados Unidos	Quasi-experimental	Graduação/Pós-Graduação	Enfermagem, Assistente Social
<b>PBMD1510</b>	2015	Nova Zelândia	Estudo de Coorte	Graduação	Medicina, Fisioterapia, Dietética e Radioterapia.
<b>PBMD1608</b>	2016	Estados Unidos	Quasi-experimental	Graduação	Terapia Ocupacional, Ciência Laboratorial Clínica, Odontologia, Higiene Dental, Terapia Dental, Medicina, Enfermagem, Farmácia, Saúde Pública, Medicina Veterinária
<b>PBMD1609</b>	2016	Estados Unidos	Quasi-experimental	Graduação	Medicina, Odontologia, Farmácia, Fisioterapia
<b>PBMD1616</b>	2016	Estados Unidos	Quasi-experimental	Graduação	Medicina (médico e assistente médico), Odontologia (higiene dental e odontológica), Enfermagem (graduação e enfermeira clínica), Saúde Pública, Farmácia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Ciências Nutricionais, Fonoaudiologia e Trabalho Social
<b>PBMD1701</b>	2017	Austrália	Quasi-experimental	Graduação	Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Farmácia, Serviço Social, Fonoaudiologia e Dietética
<b>PBMD1707</b>	2017	Finlândia	Quasi-experimental	Graduação	Medicina e Enfermagem

Dos artigos eleitos para análise, em relação aos continentes e países onde foram desenvolvidas as pesquisas, a América do Norte e Oceania representam os maiores valores, sendo 45% (10) e 31% (7) das publicações, respectivamente. Estados Unidos e Austrália apresentaram os maiores valores dentre os países tabulados, com 10 (45%) e 6 (27%) publicações cada um. Quanto ao design de pesquisa utilizado nos artigos (Tabela 4), observa-se que 50% utilizaram o desenho *Quasi-experimental* (11), com mensurações pré e pós-intervenção. Esse valor é

seguido pelo modelo *Ensaio Randomizado* (4), sendo um deles com apresentação de *follow-up* após a intervenção.

**Tabela 5** – Características dos estudos: Oportunidade de Aprendizagem e Instrumentos de Avaliação

Código	Oportunidade de Aprendizagem	Tempo (Semanas)	Instrumento de Avaliação
PBMD0901	Não especificado.	16	Cenários de avaliação baseados em cursos do ILS (com gravação dos desempenhos) / (Pré) Leadership Behaviour Description Questionnaire (LBDQ), Emergency Team Dynamics (ETD), Resuscitation Team Task (RTT) / (Pré e Pós) Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)
PBMD1002	Instrução direta sobre EIP, seguida de apresentação temática sobre assuntos relacionadas a EIP.	192	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS); Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS)
PBMD1206	Aulas/Exposições práticas ao contexto clínico de trabalho baseado em andragogia e centrada no paciente.	2 sessões	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)
PBMD1305	Módulos de aprendizagem conjunta e interativa centrado no tema "Design Inclusivo".	24	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)
PBMD1306	Estrutura curricular compartilhada em função de temas, práticas e conceitos comuns as profissões da saúde.	96	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS); [Modified] Dental and Dental Care Professional roles and Responsibilities (DRR)
PBMD1308	Instrução direta sobre EIP, em período regular de aula, com observação local de atividade de trabalho.	4	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS); Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS); Role Perception Questionnaires
PBMD1407	Módulos de Aprendizagem Interprofissional (ILMs)	48	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS); Sociodemographic
PBMD1401	Aprendizagem interativa sobre as responsabilidades e papéis do profissional da saúde em Módulos de Aprendizagem Interprofissional (ILMs)	24	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS); University of West England Interprofessional Questionnaire (UWE IQ)
PBMD1404	Instrução direta sobre EIP pautada na resolução de casos por sessão de aula.	Duas sessões de aula	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)
PBMD1406	Práticas Clínicas compartilhadas	Não especificado!	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)
PBMD1409	Não especificado.	Não especificado!	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)
PBMD1411	Curso de IPE, semestral, multiprofissional, com foco em desenvolvimento de habilidades clínicas.	Não especificado!	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS); Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS)
PBMD1412	Workshop de Medication Safety	2 dias	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)
PBMD1501	Estudo (Resolução) de Caso Clínico em contexto isolado de alguma matéria.	Não especificado!	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS); Interprofessional Education Collaborative (IPEC)
PBMD1506	Simulação	Não especificado!	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS); Open-Ended Questions

**Tabela 5** – Características dos estudos: Oportunidade de Aprendizagem e Instrumentos de Avaliação (Continuação)

Código	Oportunidade de Aprendizagem	Tempo (Semanas)	Instrumento de Avaliação
PBMD1508	Não especificado.	Não especificado!	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS); Open-Ended Questions
PBMD1510	Grupos de Trabalho, segundo a temática da IPE, com prática de intervenção orientada.	4	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS); Attitudes Toward Health Care Teams Scale (ATHCTS); Team Skill Scale (TSS); Long-term Condition Management Scale (LTCMS)
PBMD1608	Curso de IPE na matéria Foundations of Interprofessional Communication and Collaboration (FIPCC)	24	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS); Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS)
PBMD1609	Programa Acadêmico Multiprofissional em Summer Academic Enrichment Program	24	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS); Attitudes Toward Health Care Teams Scale (ATHCTS)
PBMD1616	Programa Acadêmico Multiprofissional denominado Empowering Patients através da colaboração interprofissional (EPIC)	144	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS); TeamSTEPPS Teamwork Attitudes Questionnaire (T-TAQ)
PBMD1701	Residential Aged Care Facility (RACF)	13	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS); Ageing Semantic Differential (ASD)
PBMD1707	Interprofessional Learning (IPL) em prática local (hospital).	0,6	Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)

Quando avaliadas as “Oportunidades de Aprendizagem” (Tabela 5), situações programadas para facilitar a aprendizagem interprofissional, as mesmas não apresentaram consistência ou recorrência, variando de modelos expositivos tradicionais até imersões em contextos profissionais reais. Não foi identificado, também, consistência na escolha de oportunidades de aprendizagem dentro de cada um dos grupos de design de pesquisa. Em relação ao tempo gasto (Tabela 5), em todas as pesquisas<sup>4</sup>, foi utilizado uma média de 251 dias (DP = 231) para execução da pesquisa, com um máximo de 1344 dias e um mínimo 0,6 dias. Ainda, pesquisas que utilizaram os designs de pesquisa de “Estudo de Coorte” e “*Ensaio Randomizado*” usaram em torno de 273% e 111% a mais de tempo que a média dos outros tipos de pesquisas, respectivamente.

<sup>4</sup> Em artigos aonde o tempo gasto não foi apresentado, considerou-se como zero para finalidades de cálculos estatísticos. Ainda, foi considerado o tempo total da pesquisa, do planejamento a intervenção, dada a inconsistência nos relatos sobre o tempo gasto na intervenção propriamente dita.

### 3.8.3 Análise dos artigos de acordo com BEME GUIDE e KIRKPATRICK

Quando analisados os resultados das pesquisas selecionadas, aqueles relacionados ao RILPS foram destacados e transcritos em três colunas denominadas “Resultados”. Nelas estão contidas as traduções diretas dos resultados apresentados em cada uma das pesquisas. As duas últimas colunas, por sua vez, correspondem aos valores da análise qualitativa aplicada após a leitura dos resultados e feita sua comparação com a descrição oferecida por cada componente dos critérios da BEME e Kirkpatrick.

De acordo com os critérios de melhor evidência na educação médica (BEME) (STEINERT *et al.*, 2006), na Tabela 6, podemos observar uma prevalência de pesquisas que apresentam “3” pontos (conclusões produzidas pelos autores apresentam algumas relações com os resultados) como qualificador do seu impacto (45,5%) (BRADLEY, COOPER, DUNCAN, 2009; DUMKE, VANDERWIELEN, HARRIS, FORD-SMITH, 2016; HOOD *et al.*, 2013; JOSEPH, DIACK, GARTON, HAXTON, 2012; MURPHY, NIMMAGADDA, 2015; SEAMAN *et al.*, 2017; SEIF *et al.*, 2014; STULL, BLUE, 2016; TERVASKANTO-MÄENTAUSTA *et al.*, 2017). Subsequentemente, observa-se que pesquisas qualificadas como “1” (nenhuma conclusão clara pode ser tirada do estudo) e qualificadas como “2” (resultados podem apresentar ambiguidade, mas é possível identificar uma tendência nos resultados) apresentaram, respectivamente, 27,3% e 22,7% das publicações, e apenas 4,5% apresenta qualificação de “4” pontos (os resultados são claramente identificados e apresentam alta probabilidade de serem verdadeiros) (THOMPSON *et al.*, 2016).

Quando isolada e analisadas as Oportunidades de Aprendizagem nos artigos cujos níveis eram 3 e 4 pontos, buscou-se identificar se eles apresentavam Metodologias Ativas e foi observado que as oportunidades são apresentadas de diferentes maneiras (metodologias), desde aulas expositivas até programas práticos interdisciplinares, não ocorrendo uma homogeneidade na oportunidade de aprendizagem.

Nos artigos analisados, de acordo com o modelo de Kirkpatrick (HAMMICK *et al.*, 2007; STEINERT *et al.*, 2006), observa-se a prevalência de pesquisas classificadas como “2a” (50,0%) (presença ou descrição de atitudes modificadas) (DARLOW *et al.*, 2015; DUMKE *et al.*, 2016; HOOD *et al.*, 2013; MCFADYEN,

WEBSTER, MACLAREN, O'NEILL, 2010; NEVILLE, PETRO, MITCHELL, BRADY, 2013; RUEBLING *et al.*, 2014; SEAMAN *et al.*, 2017; STULL, BLUE, 2016; TERVASKANTO-MÄENTAUSTA *et al.*, 2017; THOMPSON *et al.*, 2016), seguido da classificação "1" (presença ou descrição da reação dos alunos) (27,3%), classificação "2b" (presença ou descrição da aquisição de conhecimentos ou habilidades) (13,6%) e classificação "3" (presença ou descrição de mudanças no comportamento) (9,1%).

Quando analisadas as Oportunidades de Aprendizagem nos artigos que apresentaram nível de "3" pontos, apenas um dos artigos especifica seu método descrevendo o uso de contextos práticos para desenvolvimento de habilidades multiprofissionais e clínicas. Cabe ressaltar, ainda, que ambas pesquisas de acordo com a análise BEME, tiveram nível "3".

Quando cruzados os resultados mais frequentes de cada um dos modelos de análise, temos os critérios de classificação nível "3" de acordo com a BEME e "2a" de Kirkpatrick em um o número de artigos de seis (27%) (DUMKE *et al.*, 2016; HOOD *et al.*, 2013; RUEBLING *et al.*, 2014; SEAMAN *et al.*, 2017; STULL, BLUE, 2016; TERVASKANTO-MÄENTAUSTA *et al.*, 2017), ou seja, as conclusões dos artigos apresentam relações com os resultados e observa-se que as oportunidades de aprendizagem promoveram modificações nas atitudes dos profissionais. Ainda, apenas uma pesquisa encontra-se com os melhores qualificadores combinados disponível (4 e 2a) (THOMPSON *et al.*, 2016).

Na Tabela 6 encontram-se, separados em três colunas, os resultados obtidos apenas pela aplicação do instrumento RILPS em cada uma das pesquisas. A segmentação dos resultados em números 1, 2 e 3 foram feitas a fim de facilitar a distribuição textual dos mesmos em uma tabela. Seguidos destas colunas de resultados, encontram-se as avaliações qualitativas realizadas sobre os três resultados da escala RILPS. Ou seja, o valor qualificador da pesquisa deu-se em função da análise dos três resultados juntos. Ainda, é importante apontar que os resultados tabulados se referem a uma tradução literal dos resultados presentes no artigo original.

Tabela 6 – Artigos selecionados e avaliação da qualidade de acordo com a BEME e Kirkpatrick

Código	Resultados 1	Resultados 2	Resultados 3	BEME Guide Evidence Impact	Kirk-Patrick Model
PBMD0901	<p>A classificação LBDQ foi fortemente e significativamente correlacionada com a classificação ETD (<math>r = 0,562</math>, <math>P &lt; 0,01</math>) e teve uma correlação significativa de força média com a medida RTT (<math>r = 0,367</math>, <math>P &lt; 0,01</math>). O ETD e o RTT não foram significativamente correlacionados.</p>	<p>Escores da subescala para Trabalho em Equipe e Colaboração (média [desvio padrão, DP]: pré-39,5 [4,1]; pós-41,4 [4,3]; acompanhamento 39,9 [4,0]) e Identidade Profissional (média [DP]: pré-30,1 [3,8], pós-32,1 [3,9], seguimento 30,6 [3,7]) aumentou significativamente (ambos <math>P &lt; 0,01</math>) após o dia do ILS, mas recuou aos 3-4 meses (teste de Friedman).</p>	<p>Uma comparação das pontuações RIPLS dos estudantes de IP e UP revelou que os estudantes de IP tiveram pontuações significativamente mais altas no trabalho em equipe e colaboração e subescalas de identidade profissional nos três pontos de coleta de dados.</p>	3	1
PBMD1002	<p>Esses achados positivos sustentam os de Tunstall-Pedoe et al. (2003) e Pollard et al. (2006). Para o GC, os escores médios permanecem consistentes ao longo do tempo, enquanto os do GE tendem a declinar ao longo do tempo, indicando níveis mais baixos de prontidão para aprendizagem interprofissional relacionada ao trabalho em equipe e colaboração, identidade profissional negativa e identidade profissional positiva. Esta diminuição das pontuações médias para níveis talvez mais realistas, e possivelmente iniciais, também foi relatada anteriormente (Pollard et al., 2006). Para a quarta subescala, papéis e responsabilidades, os escores médios do GC e do GE tendem a aumentar levemente ao longo do tempo, possivelmente indicando que nesse estágio inicial de sua carreira profissional o conhecimento dos estudantes sobre seus futuros papéis e responsabilidades é para alguns extensão limitada. Também foi notado que os estudantes são influenciados em relação à sua percepção do seu papel e dos outros, pelos seus pares.</p>		<p>Para RIPLS 1: Trabalho em equipe e cooperação (Figura 1), considerando as diferenças entre grupos de profissões, OT e PT, e em um estágio posterior, os estudantes de RD no GE parecem se tornar mais positivos em relação ao trabalho em equipe e à cooperação à medida que progredem através de sua educação. Quando o tamanho do efeito é considerado para RIPLS 2: Identidade profissional negativa (Figura 2), o mesmo declínio inicial ocorre e é talvez mais pronunciado e duradouro para os estudantes de RD. Para o RIPLS 3: Identidade Profissional Positiva, o tamanho do efeito também exibe inicialmente um movimento descendente, que OT, PT e, até certo ponto, estudantes de DP parecem conquistar à medida que o tempo avança (Figura 3). Os estudantes do TO exibem os raros efeitos positivos com o gráfico acima da linha zero em várias ocasiões.</p>	2	2a

**Tabela 6 – Artigos selecionados e avaliação da qualidade de acordo com a BEME e Kirkpatrick (Continuação)**

Código	Resultados 1	Resultados 2	Resultados 3	BEME Guide Evidence Impact	Kirk-Patrick Model
PBMD1206				3	2b
PBMD1305	<p>Na Tabela II pode-se observar que, na medida de referência, os estudantes de terapia ocupacional foram significativamente mais positivos em relação à aprendizagem interprofissional em todos os itens da RIPLS, exceto em três itens onde não houve diferença significativa entre os dois grupos. Esses itens foram 14, 16 e 17.</p>	<p>A medida pós-intervenção mostra um padrão similar com os estudantes de terapia ocupacional sendo mais positivos no que diz respeito à aprendizagem interprofissional. O item 14 novamente não foi estatisticamente significativo. Os itens 4 e 13 não foram estatisticamente significantes, mostrando uma concordância mais próxima entre os dois grupos de estudantes nesses itens. Em contraste com a medida de base, houve uma diferença significativa entre os dois grupos no item 17 com os estudantes de terapia ocupacional concordando com essa afirmação. Os itens sobre a medida pós-intervenção que foram estatisticamente significativos foram a favor da aprendizagem compartilhada e foram os estudantes de terapia ocupacional que estavam em forte acordo com estas declarações. Os estudantes de arquitetura eram fortemente a favor de declarações que focavam neles como profissionais, em oposição à aprendizagem compartilhada.</p>	<p>Respostas a cada um dos dois questionários mostraram que não houve fechamento substancial da lacuna entre terapia ocupacional e estudantes de arquitetura em suas atitudes para a aprendizagem Interprofissional, com os estudantes de terapia ocupacional continuando a ser mais positivos sobre a aprendizagem interprofissional do que seus colegas de arquitetura. No entanto, em vários itens, houve uma tendência para ambos os grupos de estudantes de se tornarem menos positivos no final da iniciativa de ensino e aprendizagem do que tinham sido no início.</p>	1	1
PBMD1306	<p>Todos os entrevistados mostraram atitudes positivas em relação à aprendizagem em um ambiente compartilhado. Os resultados de one-way ANOVAs não mostraram diferenças significativas nas respostas ao RIPL entre os estudantes de OHT e DS no início do ano 1 ou do ano 2 (Tabela 2).</p>	<p>No início do ano 1, em comparação com a coorte de INT, a coorte TRAD foi mais positiva sobre a aprendizagem em um ambiente compartilhado (P &lt;0,33) e tinha um senso de identidade profissional um pouco mais forte (P &lt;0,43) (Tabela 2).</p>	<p>Após o término de 1 ano de aprendizagem (INT2 e TRAD 2), as coortes mostraram níveis similares de prontidão para a aprendizagem compartilhada (Tabela 2).</p>	1	2a

Tabela 6 – Artigos selecionados e avaliação da qualidade de acordo com a BEME e Kirkpatrick (Continuação)

Código	Resultados 1	Resultados 2	Resultados 3	BEME Guide Evidence Impact	Kirk-Patrick Model
PBMD1308	Com exceção de 2 dos 19 itens, os participantes mostraram atitudes positivas em relação à perspectiva de aprendizagem compartilhada como forma de compreender os problemas clínicos. Além disso, a importância do desenvolvimento de uma forte identidade profissional foi identificada, mas não tão territorial que não há "prontidão" para compartilhar conhecimentos e trabalhar como um membro da equipe. Escores finais mais altos para o item 17 "A função dos enfermeiros e terapeutas é principalmente fornecer apoio aos médicos" e o item 18 "Não tenho certeza de qual será o meu papel profissional" sugeriu que esses estudantes estão apoiando as divisões nas funções e responsabilidades profissionais ou ainda sentir alguma incerteza em seu papel profissional (ver Tabela I).			1	2a
PBMD1407	A resposta com a classificação mais alta foi acordada em todos os grupos de estudantes: "As habilidades de trabalho em equipe são essenciais para que todos os estudantes de saúde aprendam" (média 4,57 + - 0,56; intervalo 4,42-5,00). Os cinco principais itens avaliados foram acordados por todas as disciplinas, reconhecendo a importância de aprendermos juntos para desenvolver 'confiança e respeito entre os estudantes' (Média: 4,47 + - 0,58), reconhecimento de que 'os pacientes se beneficiariam se os estudantes trabalhassem juntos para resolver um problema. problema do paciente '(Média 4,30 + - 0,71) e o aprendizado com outros estudantes me ajudará a ser um membro mais eficaz de uma equipe de assistência médica (Média 4,36 + - 0,73) e melhoraria os relacionamentos após a qualificação (Média 4,20 + - 0,77) .	Os grupos de estudantes discordaram que seria uma perda de tempo aprender com outros estudantes da área da saúde (média geral 1,99 + - 0,876) e que a função dos enfermeiros e terapeutas era principalmente fornecer apoio aos médicos (média geral 2,22 + -. 919).	Os estudantes de enfermagem foram significativamente mais positivos sobre Trabalho em Equipe e Colaboração e Identidade Profissional Positiva do que os estudantes de medicina (p <0,001). A diferença mais forte de atitude foi encontrada no trabalho em equipe / colaboração, com classificações de estudantes de enfermagem mais de 20% maior do que para estudantes de medicina. Os estudantes de enfermagem e obstetrícia mantiveram atitudes significativamente mais fracas em relação à Identidade Profissional Negativa do que os estudantes de medicina (p <0,001). (Isso significou que os estudantes de enfermagem e obstetrícia rejeitaram mais fortemente a ideia de aprendizagem uniprofissional do que os estudantes de medicina). Alternativamente, os estudantes de medicina mantiveram atitudes (concordância) significativamente mais fortes em relação ao papel e às responsabilidades do que os estudantes de obstetrícia, saúde de emergência de enfermagem e fisioterapia (p <0,001). Isso sugeriu que os últimos três grupos de estudantes estavam mais certos de suas funções profissionais, opondo-se à noção de que seu papel era apoiar os médicos e que eles tinham mais conhecimento e habilidades para aprender do que outros grupos.	3	2a
PBMD1401	No RIPLS, a média para cada item no grupo de cursos pós-IPE foi menor em todos os itens do curso pré-IPE, com exceção de dois, quando comparado ao grupo controle. Os dois itens que tiveram uma média menos favorável também apresentaram diferenças insignificantes. Supõe-se que estes resultados são devidos a um efeito de chão e não há muito espaço para melhorias a serem detectadas.			3	2a

**Tabela 6 – Artigos selecionados e avaliação da qualidade de acordo com a BEME e Kirkpatrick (Continuação)**

Código	Resultados 1	Resultados 2	Resultados 3	BEME Guide Evidence Impact	Kirk-Patrick Model
PBMD1404	Os escores da RIPLS não diferiram significativamente entre os estudantes de farmácia e odontologia no início ou após as sessões (Tabela I).	A pesquisa de percepção indicou uma atitude favorável em relação às sessões de ética do IPE. As respostas médias foram geralmente de acordo com as afirmações positivas.		1	1
PBMD1406				1	1
PBMD1409	Depois que os dados foram limpos para itens faltantes, faltando testes pré-pós e testes pré-pós incompletos, 30 conjuntos de dados pré e pós-RIPLS correspondentes permaneceram. No pré-teste, a maioria das respostas às perguntas da RIPLS (considerando pontuação reversa das questões 10 a 12) foi de 5 a 64,4% e, no pós-teste, os estudantes selecionaram uma pontuação de 5, 67,5% do tempo. A questão 18 indicou uma diferença estatisticamente significativa entre o pré e o pós-teste. Os resultados do teste t pareado também indicaram que a subescala de Papéis e Responsabilidades foi a única com uma diferença pré-pós significativa (Tabela I).			2	1
PBMD1411	Não encontramos diferença estatisticamente significativa nos escores pré e pós-teste na RIPLS para os grupos experimental e controle.	No entanto, houve uma diferença significativa entre os escores pré e pós-teste na medida IEPS no grupo experimental ( $p = 0,03$ ) e entre as diferenças entre os grupos no IEPS ao analisar os escores dos grupos experimental e controle nesta medida ( $p = 0,0112$ ). Tabela III). Tanto os grupos experimentais como os de controle dos estudantes mostraram uma mudança estatisticamente significativa na sua percepção de suas próprias habilidades de raciocínio clínico com base nos escores totais do SACRR pré e pós-teste (grupo experimental: $p0,03$ e grupo controle: $p0,08$ , Tabela III) . No entanto, os estudantes do grupo experimental que concluíram o curso de serviço educativo da CARES e se voluntariaram nas clínicas da CARES apresentaram uma mudança estatisticamente significativa na percepção de suas habilidades de raciocínio clínico quando comparados ao grupo controle ( $p = 0,002$ ; Tabela III) .		3	3
PBMD1412	O teste de Wilcoxon indicou que as declarações RIPLS 1, 3, 6, 10, 11, 12 e 13 foram significativamente diferentes pré-pós-seminário, $p < 0,05$ (Tabela I). Essas declarações foram componentes da subescala de aprendizagem compartilhada e trabalho em equipe da pesquisa RIPLS modificada no presente estudo. Isso mostrou que a oficina de aprendizagem interprofissional mudou as atitudes dos estudantes em relação à concordância sobre a importância da aprendizagem compartilhada e do trabalho em equipe com outros estudantes de saúde.			2	2b

**Tabela 6 – Artigos selecionados e avaliação da qualidade de acordo com a BEME e Kirkpatrick (Continuação)**

Código	Resultados 1	Resultados 2	Resultados 3	BEME Guide Evidence Impact	Kirk-Patrick Model
PBMD1501	<p>Os resultados do presente estudo demonstram que uma única atividade IPE baseada em casos resultou em melhorias em um ou mais de cada um dos domínios medidos pela pesquisa de competências do IPEC e pela RIPLS. Esses resultados fornecem uma confirmação quantitativa de que as atividades de EIP baseadas em casos virtuais resultam em uma maior conscientização dos estudantes sobre o escopo de prática de outras profissões, o que outras profissões têm a oferecer a um determinado paciente e como diferentes profissões podem colaborar no atendimento ao paciente.</p>	<p>Os dados coletados no presente estudo não permitem uma visão definitiva de por que os outros 60 a 65% do grupo experimental não melhoraram. As possibilidades incluem dinâmicas de grupo individuais, motivação individual do aluno (a atividade não foi uma tarefa graduada), efeitos de teto das escalas usadas ou experiências interprofissionais anteriores.</p>		1	1
PBMD1506	<p>Uma resposta positiva às Perguntas 1–9 e 13–16 está associada a uma atitude positiva em relação ao IPE, e uma resposta negativa às perguntas 10–12 e 17–19 está associada a uma atitude negativa em relação ao IPE. Nenhuma diferença significativa nas respostas às perguntas sobre a RIPLS foi encontrada entre estudantes de enfermagem do grupo de curso tradicional e grupo IPSE antes da intervenção. No entanto, em estudantes de enfermagem do grupo IPSE, houve diferença significativa no questionário pós-intervenção para as questões 3 (<math>p = 0,046</math>), 7 (<math>p = 0,040</math>), 13 (<math>p = 0,023</math>) e 14 (<math>p = 0,013</math>), que reflete respostas mais positivas (Tabela 1).</p>	<p>Esses resultados demonstraram as melhores atitudes em relação ao trabalho em equipe e colaboração, e a identidade profissional após o curso do IPSE. Além disso, embora a diferença entre as respostas pré e pós-questionário não tenham alcançado significância para as outras perguntas, nenhuma questão refletiu uma atitude significativamente mais negativa em relação ao IPE no questionário pós-intervenção.</p>		2	2b

Tabela 6 – Artigos selecionados e avaliação da qualidade de acordo com a BEME e Kirkpatrick (Continuação)

Código	Resultados 1	Resultados 2	Resultados 3	BEME Guide Evidence Impact	Kirk-Patrick Model
PBMD1508	Ambos os grupos de estudantes mostraram uma mudança significativa nas atitudes em relação à aprendizagem interprofissional, uma vez que as atitudes se tornaram significativamente mais positivas após as simulações ( $p < 0,05$ ) (Tabela 1).	Os temas identificados nas perguntas abertas incluem comunicação, capacidade de trabalhar em equipe, atitudes, habilidades de escuta e habilidades de liderança. Uma força única de aprendizagem interprofissional identificada pelos estudantes de enfermagem foi o cuidado centrado no paciente, enquanto apenas os estudantes de SW identificaram competência cultural, capacidade de trabalhar em um ambiente de alto estresse e compaixão. No pós-teste, tanto os estudantes de enfermagem quanto os de SW identificaram novos pontos fortes, como a escuta reflexiva e a mente aberta para o papel do SW. O desafio mais frequentemente relatado por ambos os grupos no pré-teste foi a incerteza do papel interprofissional, enquanto no pós-teste este desafio foi reduzido em mais de dois terços.		3	3
PBMD1510	Este estudo controlado prospectivo encontrou melhora significativa nas atitudes dos estudantes em relação às equipes interprofissionais e à aprendizagem interprofissional, como resultado do recebimento de uma intervenção IPE de onze horas. Ele também encontrou melhorias significativas na eficácia autorreferida dos estudantes do grupo de intervenção como um membro da equipe e autopercebeu confiança, conhecimento e capacidade de gerenciar as condições de longo prazo.			2	2a
PBMD1608	Uma diferença negativa estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) foi encontrada entre os escores somados do pré e pós-teste para todas as subescalas (especificidades a seguir), sugerindo um declínio nas atitudes em relação aos conceitos em todas as subescalas após a participação no FIPCC. Os escores médios para todas as profissões mostraram uma mudança negativa estatisticamente significativa de -2,67 ( $p < 0,0001$ ). Apesar dessa mudança negativa, o escore médio total (74,64) foi próximo ao intervalo favorável (concordar / concordo totalmente), considerando os escores nessa faixa entre 76 e 95, sugerindo algumas atitudes positivas em relação à aprendizagem interprofissional.	As pontuações na subescala 2, Identidade Profissional, podem variar de 7 a 35. Foi encontrada uma mudança negativa nas pontuações nesta subescala (-1,35), com a média das pontuações pós-teste em 27,25, ligeiramente abaixo do intervalo favorável de 28-35. Uma mudança na identidade profissional negativa significa um aumento (0,73), em atitudes negativas em relação à necessidade de aprendizagem interprofissional ou uma visão mais insular da identidade profissional. Mudanças negativas nas Subescalas 1 (Trabalho em Equipe e Colaboração) e 3 (Funções e Responsabilidades; faixa 3-15) também foram mostradas (ver Tabela 2).	A Tabela 3 mostra os escores de todas as subescalas na pesquisa do IEPS e inclui as médias, desvio padrão e valores de p para pré, pós e mudança nos escores do pré-teste para o pós-teste. Os escores médios foram bastante altos, com a maioria dos escores caindo dentro da faixa de concordância da escala de classificação para os resultados do pré e pós-teste. A pontuação média total para todas as subescalas entre as profissões, tanto para os resultados do pré-teste quanto do pós-teste (86,93 e 86,87, respectivamente) ficou dentro da faixa de concordância (concordo / concordo totalmente) de 72-108. No entanto, a mudança nos escores foi estatisticamente significativa para a subescala 2 (Necessidade Percebida de Cooperação) apenas ( $p = < 0,0001$ ) em -0,31, o que revelou uma mudança negativa na percepção da necessidade de cooperação. A mudança nas pontuações da subescala 1 (Competência e Autonomia na própria profissão) em 0,25, subescala 3 (Percepção da Cooperação Real) em -0,10, subescala 4 (Entendendo o Valor dos Outros) em 0,13 e pontuação média total em -0,04 foram não estatisticamente significante (ver Tabela 3).	3	2a

Tabela 6 – Artigos selecionados e avaliação da qualidade de acordo com a BEME e Kirkpatrick (Continuação)

Código	Resultados 1	Resultados 2	Resultados 3	BEME Guide Evidence Impact	Kirk-Patrick Model
PBMD1609	Os resultados de uma ANOVA unidirecional da pré-avaliação indicaram diferenças estatisticamente significativas nas atitudes em relação ao valor da equipe no início do programa ( $F(3, 41) = 3,13, p = 0,036, r = 0,431$ ). com estudantes pré-farmácias relatando atitudes mais positivas do que estudantes pré-dentários. Diferenças de grupo não foram observadas na conclusão do programa.	No geral, as atitudes mais positivas na conclusão do programa foram percepções de trabalho em equipe e colaboração ( $M = 5,76$ ), seguidas de atitudes em relação ao valor da equipe ( $M = 5,51$ ) e atitudes em relação à eficiência da equipe ( $M = 4,72$ ). Testes t pareados de medidas de avaliação pré e pós indicam aumentos significativos em cada subescala durante o programa: trabalho em equipe e colaboração ( $t(45) = -3,15, p = 0,003, r = 0,425$ ), atitudes em relação ao valor da equipe ( $t(44) = -7,81, p = 0,000, r = .762$ ) e atitudes em relação à eficiência da equipe ( $t(44) = -4,22, p = 0,000, r = 0,537$ ).		3	2a
PBMD1616	Os escores totais para RIPLS e T-TAQ foram altos no início do estudo (T1), com média geral de RIPLS de 4,51 (IC: 4,41–4,60) e média do T-QT de 4,46 (IC: 4,35–4,56), ambos em 5 pontos. Quando analisamos a T-TAQ em todos os três momentos por profissão, observamos efeitos principais significativos para o tempo ( $p = 0,013, \eta^2 = 0,08$ ), mas não para profissão ( $p = 0,195, \eta^2 = 0,156$ ) e nenhuma interação entre tempo e tempo. profissão ( $p = .354, \eta^2 = 0,12$ ). A análise de acompanhamento indicou nenhum aumento significativo de T1 para T2 ( $p = 0,072$ ), nem T2 para T3 ( $p = 0,99$ ), mas entre T1 e T3 ( $p = 0,005$ ). A melhora média de T1 para T3 foi um aumento de 0,16 ponto. A análise dos escores RIPLS indicou diferenças significativas ao longo do tempo ( $p = 0,019, \eta^2 = 0,08$ ), mas não entre profissões ( $p = 0,195, \eta^2 = 0,16$ ) e nenhuma interação significativa de tempo por profissão ( $p = 0,244$ ). A análise de acompanhamento indicou que não houve aumento estatisticamente significativo de T1 para T2 ( $p = 0,205$ ), nem entre T2 e T3 ( $p = 0,99$ ), mas entre T1 e T3 ( $p = 0,012$ ).			4	2a
PBMD1701	No geral, foram observadas diferenças significativas na prontidão para a aprendizagem interprofissional em duas das quatro subescalas (ver Tabela 4) após a vinculação. A média de pontuação pré-pós-colocação para "trabalho em equipe e colaboração" mudou significativamente de 42,1 para 44,0 ( $p = 0,000$ ), indicando um aumento na percepção dos estudantes sobre a importância da colaboração e da aprendizagem com os estudantes de outras profissões. A pontuação média pré-pós-colocação para "identidade profissional positiva" aumentou significativamente de 18,2 para 19,3 ( $p = 0,001$ ), indicando um aumento nos estudantes que valorizam EIP e aprendizagem interprofissional. A pontuação média pré-pós-colocação para "papéis e responsabilidades" caiu de 9,6 para 9,2 e "identidade profissional negativa" diminuiu de 4,2 para 3,9 de pré-colocação para pós-colocação, ambos os quais não foram significativos. Não houve correlação entre o tempo de colocação e a mudança total na prontidão para aprendizagem em todas as quatro subescalas. Diferenças estatisticamente significativas do escore pré para pós-colocação foram vistas em 13 dos 19 itens individuais no RIPLS (ver Tabela 5). Não houve correlação significativa entre a diferença total nos escores da subescala pré e pós-TEA e RIPLS.			3	2a

Tabela 6 – Artigos selecionados e avaliação da qualidade de acordo com a BEME e Kirkpatrick (Continuação)

Código	Resultados 1	Resultados 2	Resultados 3	BEME Guide Evidence Impact	Kirk-Patrick Model
PBMD1707	<p>“Trabalho em equipe e colaboração” foi altamente valorizado em ambos os grupos de estudantes (Figura 1). As percepções dos estudantes de enfermagem (N) (média 4.361) foram ligeiramente mais fortes do que os estudantes médicos (M) (4.498; p = 0.353). Resultados semelhantes foram vistos em “identidade profissional” (M 4.089, N 4.218; p = 0.348), e “par trabalho” (M 4.138, N 4.040; p = 0.311), mas a tendência para essas escalas entre estudantes de medicina tendeu a ser ligeiramente mais forte quando comparado aos estudantes de enfermagem. “Papéis e responsabilidades” (M 3.032, N 3.810; p &lt;.0005) foram avaliados ligeiramente abaixo das demais escalas nos dois grupos.</p>	<p>Diferenças estatisticamente significativas entre os grupos foram vistas apenas nesta subescala, e as percepções dos estudantes de medicina foram menores do que os estudantes de enfermagem. As declarações mais distintas foram analisadas posteriormente. A subescala “trabalho em equipe e colaboração” mostrou percepções altamente positivas em várias afirmações. Tanto estudantes de medicina quanto de enfermagem concordaram fortemente (68,1%) que é do interesse dos pacientes que os profissionais trabalhem em equipe. A declaração “aprender com estudantes de outros programas me ajudará a tornar-se um membro mais efetivo de uma equipe de saúde” foi aceita por 87% dos dois grupos de estudantes. A afirmação “habilidades de comunicação devem ser aprendidas com outros estudantes de saúde” foi aceita por 78,7% dos estudantes de medicina e por 86,3% dos estudantes de enfermagem. Houve também forte concordância com as afirmações da subescala “identidade profissional”. A declaração “os pacientes, em última instância, seriam beneficiados se os estudantes de saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes” foi aceita por 80% dos dois grupos de estudantes. Os “papéis e responsabilidades” da subescala mostraram que os estudantes de enfermagem (60%) sentiram de forma mais forte que seu papel não é ser apenas um assistente dos médicos quando comparado aos estudantes de medicina (40%). A declaração “formação em par esclareceu a visão geral dos cuidados de saúde preventivos e holísticos” foi acordada por 78,1% dos estudantes de medicina e por 77,3% dos estudantes de enfermagem.</p>	<p>A percepção dos estudantes sobre suas habilidades clínicas foi analisada em oito afirmações com três opções (habilidades ruins, habilidades intermediárias, excelentes habilidades) (Figura 2). Cerca de 60% dos estudantes avaliaram suas habilidades em propor questões relevantes e perceberam a comunicação não verbal dos pacientes como excelente. Também cerca de 60% deles avaliaram as habilidades em respeitar, criando uma atmosfera confiável e trabalhando em uma equipe como excelente. Cerca de 40% dos estudantes avaliaram suas habilidades como ruins ao analisar todos os riscos e recursos ao fazer o plano de cuidados em equipe, bem como ao realizar o exame clínico e fazer o tratamento e plano de cuidados.</p>	3	2a

### 3.9 DISCUSSÃO

A Organização Pan-Americana de Saúde, componente da Organização Mundial de Saúde, assim como a própria, aumentaram bastante seu interesse por discutir questões de interprofissionalidade na Educação em Saúde, assim como, passaram a incentivar seu uso em políticas de Recursos Humanos em momento de contratações, nos últimos anos (ORGANIZATION, 2017; WORLD HEALTH ORGANIZATION; HEALTH PROFESSIONS NETWORK; HUMAN RESOURCES FOR HEALTH, 2010). Um dos resultados dessa fomentada discussão tomou a forma de um relatório oficial sobre o tema, oriundo de um evento na cidade de Bogotá, Colômbia em 2016, mas publicado em 2017 em Washington, D. C., pela própria Organização Pan-Americana de Saúde (ORGANIZATION, 2017).

Quando observados os dados obtidos nesta pesquisa (Gráfico 1), no mesmo período de ocorrência do evento descrito acima e de publicação do seu relatório (2016-2017), os artigos descritos no grupo Triagem apresentaram um decréscimo de 7% em relação ao número de publicações do período anterior (2015-2016). Neste mesmo período (2015-2016), contudo, ocorreu o maior número de publicações (22%) do total das publicações entre 2009 e 2019. Ainda que considerando os acréscimos e decréscimos no número de publicações entre períodos, podemos observar que desde 2014 há um aumento considerável e constante no número de publicações sobre esse tema.

Comparando estes dados aos movimentos mundiais de publicização e fomento da Educação Interprofissional, o recorte temporal apresentado pode descrever uma espécie de correlação ou coocorrência histórica entre formas de promoção e validação de uma nova prática de ensino-aprendizagem, com um aumento no número de pesquisas que avaliam a mesma em diversos contextos educacionais em Saúde, mostrando sua importância.

Avaliando as pesquisas do grupo de artigos que integram essa revisão (Tabela 4), identificou-se que o número de pesquisas que usaram o design *Quasi-experimental* representa metade da amostra obtida. Já o modelo de *Ensaio Randomizado* representa menos de um quarto da mesma amostra (18%).

De acordo com a Clearinghouse (2020), a principal diferença entre esses dois modelos experimentais é que na seleção dos participantes no modelo *Ensaio Randomizado*, os mesmos precisam ser distribuídos em seus grupos de modo completamente aleatório. Para esse modelo “os pesquisadores podem usar qualquer um dos vários métodos possíveis para realizar tarefas aleatórias” (CLEARINGHOUSE, 2020, p. 9) e citam o uso de “subamostragens aleatórias, atribuir indivíduos a grupos com probabilidades diferentes e formar grupos de tamanhos diferentes” (CLEARINGHOUSE, 2020, p. 9) como possibilidades de distribuição. Agora, para o design *Quasi-experimental*, a Clearinghouse (2020) propõe que haja (1) a comparação dos resultados dos participantes em um grupo de intervenção com os resultados dos participantes em um grupo de comparação e (2) que ambos grupos não dependam de atribuições aleatórias para determinar suas participações.

Disto, podemos considerar que o uso majoritário do modelo *Quasi-experimental* pode se dar pelo grau de flexibilidade que o mesmo apresenta em sua estrutura, ainda no processo de seleção dos seus participantes. É notório, também, que esse modelo apresenta, de modo geral, um menor grau de controle das variáveis dependentes (VD) e independentes (VI), o qual poderia facilitar pesquisas em contextos educacionais – aonde existe uma ampla diversidade de variáveis. Isolar variáveis em contextos educacionais sempre mostrou-se uma tarefa meticulosa e extensa a depender dos objetivos de pesquisa ou intervenção.

Esse modelo favorece, também, um aumento no grau de generalidade dos resultados. Quanto maior for o controle experimental, mais fidedigna a pesquisa passar a ser, mais precisa torna-se para representação de um recorte da realidade, assim como algumas das relações que nela existem. Contudo, seus resultados tornam-se mais distantes de uma representação das outras variáveis que circundam o objeto de análise ou de contexto semelhantes. Por fim, é indispensável considerar que o design *Quasi-experimental*, quando comparado aos outros modelos de pesquisa (como os estudos observacionais), temos nele um maior nível de evidência dentro da Escala de Evidência Científica.

Esses dados, quando cruzados aos dados que apresentam uma inconsistência na oferta das “Oportunidades de Aprendizagem” (Tabela 5), trazem pontuações relativas a algumas etapas do processo de pesquisa desenvolvida nessa área. Uma primeira pontuação diz respeito ao processo de construção de um modelo de

intervenção mais rigoroso e detalhado. Para que haja, por exemplo, uma mensuração mais fidedigna da realidade analisada, parâmetros como uma definição única de “comportamento”, “mudança de comportamento”, “mudança de atitude” ou “aquisição de competência” precisariam estar melhor delimitados. Oscilações (e ausências) nas definições utilizadas para esses termos encontram-se presentes em praticamente todas as pesquisas quando são comparadas, por exemplo, a uma definição advinda da Psicologia como a definição de comportamento, processos comportamentais de mudança e as variações nominais da definição de comportamento (competências e habilidades) (BOTOMÉ; KUBO, 2002; KIENEN; KUBO; BOTOMÉ, 2013; KUBO; BOTOMÉ, 2001a, 2001b).

Uma alteração neste ponto aproximaria, ao longo do tempo, os objetos de investigação aos instrumentos de mensuração da realidade de onde os mesmos foram retirados. Favoreceria, também, o processo de qualificação do impacto de uma metodologia para estudo dessas mudanças para comunidade científica e a qualificação propriamente dita da mudança produzida. De modo a endossar esse argumento, Copper, Heron e Heward (2007) apresentam algumas características da Análise Aplicada do Comportamento (*Applied Behavior Analysis – ABA*), parte da ciência da Análise do Comportamento, que tratam especificamente dessa questão de aumento da precisão na descrição dos comportamentos a serem observados em uma intervenção, tornar a observação da mudança do comportamento mais eficiente e verossímil, e avaliar a extensão das mudanças ao longo do tempo.

Uma das características apontadas pelos autores como fundamentais, denominada *Behavioral*, apresenta três critérios importantes para uma definição comportamental mais precisa daquilo que deveria ser observado em pesquisas aplicadas, a exemplo das avaliadas nessa pesquisa. O primeiro deles trata da escolha do comportamento-alvo. Segundo os autores, “não é qualquer comportamento que serve; o comportamento escolhido para o estudo deve ser o *comportamento* que precisa ser aprimorado, não um comportamento semelhante que serve como representante para o comportamento de interesse” (COPPER *et al.*, 2007, p. 16, tradução livre).

O segundo critério é sobre tornar o comportamento observado em uma variável dimensionável. Transformar essa realidade em uma medida passível de ser quantificada e qualificada, de acordo com Copper *et al.* (2007), é um exercício para

os pesquisadores que “devem enfrentar o desafio de medir comportamentos socialmente significativos em seu ambiente natural e devem fazê-lo sem recorrer à medição de substitutos não comportamentais” (COOPER *et al.*, 2007, p. 16).

Terceiro e último critério envolve o seguinte questionamento: “Qual comportamento mudou”? (COPPER *et al.*, 2007, p. 16). É necessário avaliar, quando obtidos os resultados, se os comportamentos que apresentaram modificação foram aqueles comportamentos delineados previamente. Ou seja, podemos identificar, durante a descrição dos resultados de uma pesquisa, que não apenas os comportamentos delineados apresentaram mudança, mas também os comportamentos de análise dos pesquisadores em relação aos resultados obtidos – ficando paulatinamente mais refinados e capazes de produzir inferências de dados que não foram obtidos, por exemplo, explicitamente e diretamente do ambiente observado.

Em se tratando dos efeitos, *Generality* é uma característica da ABA que descreve a dimensão temporal e a extensão dos efeitos obtidos pela intervenção. Nela são avaliadas as mudanças de comportamento que perduram ao longo do tempo após a intervenção ocorrer (COOPER *et al.*, 2007). Ou seja, quanto tempo essa mudança comportamental mostra-se presente no repertório dos participantes e quais características desse repertório alterado permanece dessa forma com o passar do tempo – presente apenas na pesquisa de Ritchie, Dann e Ford (2013).

Quando voltamos nosso olhar para outra variável comum nesses artigos, notamos que há uma ausência de regularidade na estrutura de apresentação (oferta) das oportunidades de aprendizagem, afinal, podemos identificar estruturas que vão desde metodologias de ensino-aprendizagem mais tradicionais (JOSEPH *et al.*, 2012; MCFADYEN *et al.*, 2010; NEVILLE *et al.*, 2013; WILHELM *et al.*, 2014) até uso exclusivo de metodologias ativas de ensino (RUEBLING *et al.*, 2014; TERVASKANTO-MÄENTAUSTA *et al.*, 2017; WANG *et al.*, 2015). Pode-se observar, também, que todas elas produziram algum grau de alteração nos comportamentos, competência ou habilidades dos participantes das pesquisas de acordo com a avaliação segundo o modelo de Kirkpatrick.

Se dividirmos essas alterações em dois grupos, usando os modelos qualificadores da *BEME Guide Evidence Impact* e Kirkpatrick & Kirkpatrick (2006), e denomina-los de “alterações positivas” e “alterações negativas”, notamos que o

número de pesquisas que apresentam resultados positivos é maior que aquelas que apresentam resultados negativos. É necessário, entretanto, que para essa afirmação apresentar o sentido desejado, excluir o valor semântico de “bom” e “ruim” atribuído à palavra “positivo” e “negativo” e utilizar valores como “inserção/aumento” e “retirada/decrécimo”, respectivamente. Ao fazermos isso, podemos avaliar os dados de forma a identificar que independente de algumas variáveis experimentais (design, tempo, matéria) os resultados sempre estarão presentes, aumentando a disponibilidade para aprendizagem interprofissional na maior parte dos cenários. Ou seja, em qualquer cenário experimental haverá alteração do comportamento, mesmo que esse não seja passível de generalização.

Justificando e endossando esse argumento, temos que ambos conjuntos de pesquisas apresentam resultados que oscilam de “pouco significativas estatisticamente, porém ainda positivas” (LARKIN, HITCH, WATCHORN, ANG, STAGNITTI, 2013; RITCHIE, DANN, FORD, 2013), para “significativas e estatisticamente positivas” (BRADLEY *et al.*, 2009; DARLOW *et al.*, 2015; HOOD *et al.*, 2013; JOSEPH *et al.*, 2012; SEAMAN *et al.*, 2017; THOMPSON *et al.*, 2016) até “variações negativas” (HOOD *et al.*, 2013; A. K. MCFADYEN *et al.*, 2010; RUEBLING *et al.*, 2014; STULL, BLUE, 2016). Assim, esses resultados nos levam a uma conclusão bastante razoável na qual, independente do modelo usado na oferta de aprendizagem interprofissional, haverá alteração em comportamentos, habilidades e/ou competências que dizem respeito ao contexto interprofissional da área da saúde ou disponibilidade para aprendizagem interprofissional.

Uma segunda conclusão levantada por essa pesquisa seria em relação aos instrumentos desenvolvidos para essa finalidade – no caso dessa pesquisa, o RILPS, cujo objetivo é avaliar o aumento da disponibilidade, ou a mudança comportamental, de aprendizagem interprofissional em estudantes e profissionais.

Dentro das pesquisas desenvolvidas com a finalidade de investigar a qualidade teórica do instrumento (e.g. CLOUTIER, LAFRANCE, MICHALLET, MARCOUX, CLOUTIER, 2014; MILUTINOVIĆ, LOVRIĆ, SIMIN, 2018; PEDUZZI, NORMAN, COSTER, MEIRELES, 2015b; SHOEMAKER, DE VOEST, BOOTH, MENY, VICTOR, 2015; TAMURA *et al.*, 2012; TYASTUTI *et al.*, 2014), nos diversos contextos de validação instrumental, nos quais este instrumento foi aplicado, o mesmo apresentou resultados que questionavam a integralidade de características psicométricas como

validade e fidedignidade (e.g. MATTHEW J. KERRY, RONGMEI WANG, JINBING BAI, 2018; SCHMITZ , BRANDT, 2015).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essas conclusões levantam oportunidades para (1) o desenvolvimento de mais pesquisas que apresentem a finalidade de reavaliar a qualidade do instrumento (RILPS), assim como (2) reavaliar a necessidade de um refinamento ou especialização do mesmo para modelos e contextos experimentais mais específicos, perdendo um pouco da sua abrangência (generalização) e ganhando mais precisão (especialização).

É conclusivo apontar, ainda, que os maiores níveis de evidência encontrados nas pesquisas analisadas (3 e 4 pontos), segundo a *BEME Guide*, representam metade da amostra, indicando uma boa qualidade das mesmas, podendo ser considerado um impacto positivo e próspero para a ciência. O mesmo podemos concluir em relação aos dados obtidos de acordo com o modelo de Kirkpatrick. Nele encontramos os dois maiores níveis de impacto (2a e 3) do modelo de ensino na educação, representando mais da metade das pesquisas analisadas e implicando em efeitos positivos sobre a mudança de comportamento dos estudantes.

Por fim, essa pesquisa evidencia que independentemente do tipo de oferta de aprendizagem interprofissional existem alterações nos comportamentos dos estudantes em relação ao processo de aprendizagem quando inseridos em contexto de Educação Interprofissional (EIP). Ainda, é vasto o número de métodos empregados para verificação dessas aprendizagens, assim como a forma como seus resultados são apresentados e avaliados qualitativamente – mesmo quando “isolamos” a forma de avaliação quantitativa, e.g. RILPS.

## 5 REFERÊNCIAS

BARR, H. Interprofessional Education: Today, Yesterday and Tomorrow. Paper 1., LTSN Health Sciences and Practice. **Learning and Teaching Support Network Centre for Health Sciences and Practice**, p. 1–47, 2002.

BOTOMÉ, S. P.; KUBO, O. M. Responsabilidade social dos programas de Pós-graduação e formação de novos cientistas e professores de nível superior. **Interação em Psicologia**, v. 6, n. 1, p. 81–110, 2002.

BRADLEY, P.; COOPER, S.; DUNCAN, F. A mixed-methods study of interprofessional learning of resuscitation skills. **Medical Education**, v. 43, n. 9, p. 912–922, 2009.

CLEARINGHOUSE, W. W. **What Works Clearinghouse: Standards Handbook**. 4.1 ed. Washington, D. C.: Institute of Education Sciences, 2020.

CLOUTIER, J. et al. French translation and validation of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in a Canadian undergraduate healthcare student context. **Journal of Interprofessional Care**, v. 29, n. 2, p. 150–155, 2014.

COPPER, J. O.; HERON, T. E.; HEWARD, W. L. **Applied Behavior Analysis**. 2º ed. ed. New Jersey: Pearson Education Inc., 2007.

CURRAN, V. R.; SHARPE, D.; FORRISTALL, J. Attitudes of health sciences faculty members towards interprofessional teamwork and education. **Medical Education**, v. 41, n. 9, p. 892–896, 2007.

CZARNECKI, G. A. et al. Nursing and dental students' and pediatric dentistry residents' responses to experiences with interprofessional education. **Journal of Dental Education**, v. 78, n. 9, p. 1301–1312, 2014.

DARLOW, B. et al. The positive impact of interprofessional education: A controlled trial to evaluate a programme for health professional students. **BMC Medical Education**, v. 15, n. 1, p. 1–9, 2015.

DUMKE, E. K. et al. Interprofessional education in an enrichment programme for prospective health sciences students. **Journal of Interprofessional Care**, v. 30, n. 2, p. 245–247, 2016.

ERNAWATI, D. K.; LEE, Y. P.; HUGHES, J. Indonesian students' participation in an interprofessional learning workshop. **Journal of Interprofessional Care**, v. 29, n. 4, p. 398–400, 2014.

GUNALDO, T. P. et al. Student perceptions about interprofessional education after an elective course. **Journal of Interprofessional Care**, v. 29, n. 4, p. 370–371, 2014.

HAMMICK, M. et al. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. **Medical Teacher**, v. 29, p. 735–751, 2007.

HOOD, K. et al. Prior experience of interprofessional learning enhances undergraduate nursing and healthcare students' professional identity and attitudes to teamwork. **Nurse Education in Practice**, v. 14, n. 2, p. 117–122, 2013.

JOSEPH, S. et al. Interprofessional education in practice. **The Clinical Teacher**, v. 9, n. 1, p. 27–31, 2012.

KIENEN, N.; KUBO, O. M.; BOTOMÉ, S. P. Ensino programado e programação de condições para o desenvolvimento de comportamentos: Alguns aspectos no desenvolvimento de um campo de atuação do psicólogo. **Acta Comportamentalia**, v. 21, n. 4, p. 481–494, 2013.

KIRKPATRICK, D.; KIRKPATRICK, J. **Evaluating training programs: The four levels**. [s.l.] Berrett-Koehler, 2006.

KUBO, O. M.; BOTOMÉ, S. P. Formação e atuação do psicólogo para o tratamento em saúde e em organizações de atendimento à saúde. **Interação em Psicologia**, v. 5, p. 93–122, 2001a.

KUBO, O. M.; BOTOMÉ, S. P. Ensino-aprendizagem: Uma interação entre dois processos comportamentais. **Interação em Psicologia**, v. 5, n. 1, p. 133–171, 2001b.

LARKIN, H. et al. Readiness for interprofessional learning: A cross-faculty comparison between architecture and occupational therapy students. **Journal of Interprofessional Care**, v. 27, n. 5, p. 413–419, 2013.

MATTHEW J. KERRY; RONGMEI WANG; JINBING BAI. Assessment of the Readiness for Interprofessional Learning Scale: An Item Response Theory Analysis. **Journal of Interprofessional Care**, v. 00, n. 00, p. 1–7, 2018.

MCFADYEN, A. K. et al. The Readiness for Interprofessional Learning Scale: A

possible more stable sub-scale model for the original version of RIPLS. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, n. 6, p. 595–603, 2005.

MCFADYEN, A. K. et al. Interprofessional attitudes and perceptions: Results from a longitudinal controlled trial of pre-registration health and social care students in Scotland. **Journal of Interprofessional Care**, v. 24, n. 5, p. 549–564, 2010.

MÈCHE, P. et al. Design and implementation of an interprofessional education course for undergraduate students at the University of Applied Sciences Western Switzerland: The Geneva experience. **Journal of Interprofessional Care**, v. 29, n. 3, p. 279–280, 2015.

MILUTINOVIĆ, D.; LOVRIĆ, R.; SIMIN, D. Interprofessional education and collaborative practice: Psychometric analysis of the Readiness for Interprofessional Learning Scale in undergraduate Serbian healthcare student context. **Nurse Education Today**, v. 65, p. 74–80, 2018.

MOHER, D. et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses : The PRISMA Statement. v. 6, n. 7, 2009.

MURPHY, J. I.; NIMMAGADDA, J. Partnering to provide simulated learning to address Interprofessional Education Collaborative core competencies. **Journal of Interprofessional Care**, v. 29, n. 3, p. 258–259, 2015.

NEVILLE, C. C. et al. Team decision making: Design, implementation and evaluation of an interprofessional education activity for undergraduate health science students. **Journal of Interprofessional Care**, v. 27, n. 6, p. 523–525, 2013.

OISHI, A. et al. Cross-cultural adaptation of the professional version of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in Japanese. **Journal of Interprofessional Care**, v. 31, n. 1, p. 85–90, 2017.

ORGANIZATION, P. A. H. **Interprofessional Education in Health Care : Improving Human Resource Capacity to Achieve Universal Health. Report of the Meeting.** Washington, D. C.: PAHO, 2017.

PARSELL, G.; BLIGH, J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning ( RIPLS ). **Medical Education**, n. 33, p. 95–100, 1999.

PEDUZZI, M. et al. Cross-cultural adaptation of the Readiness for interprofessional

learning scale in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 49, n. SpecialIssue2, p. 7–14, 2015a.

PEDUZZI, M. et al. Cross-cultural adaptation of the Readiness for interprofessional learning scale in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 49, n. Special Issue 2, p. 7–14, 2015b.

PYPE, P.; DEVEUGELE, M. Dutch translation and validation of the readiness for interprofessional learning scale (RIPLS) in a primary healthcare context. **European Journal of General Practice**, v. 22, n. 4, p. 225–231, 2016.

RITCHIE, C.; DANN, L.; J FORD, P. Shared learning for oral health therapy and dental students: Enhanced understanding of roles and responsibilities through interprofessional education. **European Journal of Dental Education**, v. 17, n. 1, p. 1–8, 2013.

RUEBLING, I. et al. A comparison of student attitudes and perceptions before and after an introductory interprofessional education experience. **Journal of Interprofessional Care**, v. 28, n. 1, p. 23–27, 2014.

SCHMITZ, C. C.; BRANDT, B. F. The Readiness for Interprofessional Learning Scale: To RIPLS or not to RIPLS? That is only part of the question. **Journal of Interprofessional Care**, v. 29, n. 6, p. 525–526, 2015.

SEAMAN, K. et al. An examination of students' perceptions of their interprofessional placements in residential aged care. **Journal of Interprofessional Care**, v. 31, n. 2, p. 147–153, 2017.

SEIF, G. et al. The development of clinical reasoning and interprofessional behaviors: Service-learning at a student-run free clinic. **Journal of Interprofessional Care**, v. 28, n. 6, p. 559–564, 2014.

SHAKESPEARE, H.; TUCKER, W.; NORTHOVER, J. **Report of a National Survey on Interprofessional Education in Primary Health Care**. [s.l: s.n.].

SHOEMAKER, M. J. et al. A virtual patient educational activity to improve interprofessional competencies: A randomized trial. **Journal of Interprofessional Care**, v. 29, n. 4, p. 395–397, 2015.

STEINERT, Y. et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education : BEME Guide no. 8. **Medical**

**Teacher**, v. 28, n. 6, p. 497–526, 2006.

STULL, C. L.; BLUE, C. M. Examining the influence of professional identity formation on the attitudes of students towards interprofessional collaboration. **Journal of Interprofessional Care**, v. 30, n. 1, p. 90–96, 2016.

SYTSMA, T. T. et al. Long-term effect of a short interprofessional education interaction between medical and physical therapy students. **Anatomical Sciences Education**, v. 8, n. 4, p. 317–323, 2015.

TAMURA, Y. et al. Cultural adaptation and validating a Japanese version of the readiness for interprofessional learning scale (RIPLS). **Journal of Interprofessional Care**, v. 26, n. 1, p. 56–63, 2012.

TERVASKANTO-MÄENTAUSTA, T. et al. Collaborative diabetes training in outpatient primary care. **Journal of European Continuing Medical Education**, v. 6, n. 1, p. 1–8, 2017.

THOMPSON, B. M. et al. Working together: Using a unique approach to evaluate an interactive and clinic-based longitudinal interprofessional education experience with 13 professions. **Journal of Interprofessional Care**, v. 30, n. 6, p. 754–761, 2016.

TYASTUTI, D. et al. Psychometric item analysis and validation of the Indonesian version of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS). **Journal of Interprofessional Care**, v. 28, n. 5, p. 426–432, 2014.

WANG, R. et al. Implementation and evaluation of an interprofessional simulation-based education program for undergraduate nursing students in operating room nursing education: A randomized controlled trial. **BMC Medical Education**, v. 15, n. 1, p. 1–7, 2015.

WILHELM, M. et al. Interprofessional ethics learning between schools of pharmacy and dental medicine. **Journal of Interprofessional Care**, v. 28, n. 5, p. 478–480, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; HEALTH PROFESSIONS NETWORK; HUMAN RESOURCES FOR HEALTH. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice**. Geneva: WHO Press, 2010.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS GERAIS

A Educação Interprofissional (EIP) apresenta para nós pesquisadores da educação e leitores curiosos, uma nova possibilidade de modificar os futuros contextos de atuação profissional. Pode-se observar no conjunto de pesquisas avaliadas que o mesmo é passível de ser aplicado em vários contextos, com um vasto número de profissões e com objetivos parcialmente semelhantes entre si. Apresenta também, os caminhos pelos quais o ensino pode ser convertido em aprendizagem, características para programação do ensino e, em alguns casos, formas de avaliar o mesmo por mais de uma vez ou por mais de um instrumento.

Mesmo na ausência de um consenso sobre onde começa e termina a EIP, ou sobre quais entes entre o sistema de educação e o sistema de saúde são responsáveis pela Educação Interprofissional, a mesma mostra-se bastante produtiva na construção de novas relações profissionais, tanto dentro da profissão na forma de valorização e validação da mesma, como em relação aos outros profissionais em seu reconhecimento enquanto tal e efeitos do trabalho colaborativo.

Um conjunto bastante positivo e explícito de impactos da Educação Interprofissional a ser observado é o aumento da segurança dos usuários do sistema de saúde em função da melhor formação dos profissionais que os atenderão, um endereçamento da responsabilidade ética sobre a formação desses profissionais às Instituições de Ensino Superior, uma horizontalidade no ensino e uma diminuição no *status quo* das hierarquias entre profissões.

Seu uso implica, inequivocamente, em repensar previamente o modelo vigente de ensino, as qualidades desejadas para o corpo docente e a futura qualidade profissional do corpo discente das Instituições de Ensino Superior. Repensar não apenas de forma a seguir um fluxo de mudança paradigmática, mas fazê-lo de forma programada, mutável e sempre sob controle do produto final: aumento da qualidade do atendimento fornecido por esses futuros profissionais oriundo desse modelo de ensino-aprendizagem.

A Educação Interprofissional, assim como todo e qualquer modelo de ensino-aprendizagem, não é perfeito, mesmo apresentando resultados positivos para mudança de comportamentos profissionais. É importante sempre voltarmos críticas construtivas a fim de melhorá-lo cada vez mais, mas sem perder ou transgredir suas

premissas filosóficas, as quais a caracterizam como um sinal de mudança paradigmática. Utilizar bons modelos experimentais, ou quasi-experimentais como na maioria dos casos dessa pesquisa, que permitam comportar a realidade educacional, homogeneizar os objetos de estudo e aumentar o grau de controle das variáveis dependentes e independentes, pode favorecer e fortalecer esta prática de ensino tanto como um método, como fazer florescer uma mudança paradigmática mais sólida.

Esse trabalho limita-se ao recorte proposto metodologicamente, contudo, e não por menos, a seleção dos artigos, a avaliação dos resultados e as conclusões obtidas apontam para uma mudança segura e mais próxima da complexidade que compõe as relações de ensino.

## 7 REFERÊNCIAS GERAIS

ADLER, M. S.; GALLIAN, D. M. C. Formação médica e Serviço Único de Saúde: Propostas e práticas descritas na literatura especializada. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 3, p. 388–396, 2014.

BARR, H. Interprofessional Education: Today, Yesterday and Tomorrow. Paper 1., LTSN Health Sciences and Practice. **Learning and Teaching Support Network Centre for Health Sciences and Practice**, p. 1–47, 2002.

BARR, H.; LOW, H.; HOWKINS, E. **Interprofessional Education in Pre-registration Courses**. [s.l.: s.n.].

BEHRENS, M. A. A conexão do paradigma emergente com o paradigma da complexidade num enfoque globalizado. In: **Paradigma da complexidade: Metodologia de projetos, contratos didáticos e portfólios**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. p. 135.

BONDEVIK, G. T. et al. Interprofessional workplace learning in primary care: Students from different health professions work in teams in real-life settings. **International Journal of Teaching and Learning in Higher Education**, v. 27, n. 2, p. 175–182, 2015.

BOTOMÉ, S. P.; KUBO, O. M. Responsabilidade social dos programas de Pós-graduação e formação de novos cientistas e professores de nível superior. **Interação em Psicologia**, v. 6, n. 1, p. 81–110, 2002.

BRADLEY, P.; COOPER, S.; DUNCAN, F. A mixed-methods study of interprofessional learning of resuscitation skills. **Medical Education**, v. 43, n. 9, p. 912–922, 2009.

BRASIL. **Constituição Federal** Brasil, 1988. Disponível em: <[https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988\\_atual/art\\_198\\_.asp](https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/con1988_atual/art_198_.asp)>

BRASIL. **Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Superior. Resolução N° 3, de 20 de junho de 2014** Diário Oficial da União, 2014.

BREWER, M.; FLAVELL, H. Facilitating collaborative capabilities for future work: What

can be learnt from interprofessional fieldwork in health. **International Journal of Work-Integrated Learning**, v. 19, n. 2, p. 169–180, 2018.

CAPRA, F. O modelo biomédico. In: **O ponto de mutação**. [s.l.] Editora Cultrix, 1983. p. 447.

CLEARINGHOUSE, W. W. **What Works Clearinghouse: Standards Handbook**. 4.1 ed. Washington, D. C.: Institute of Education Sciences, 2020.

CLOUTIER, J. et al. French translation and validation of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in a Canadian undergraduate healthcare student context. **Journal of Interprofessional Care**, v. 29, n. 2, p. 150–155, 2014.

COPPER, J. O.; HERON, T. E.; HEWARD, W. L. **Applied Behavior Analysis**. 2<sup>o</sup> ed. ed. New Jersey: Pearson Education Inc., 2007.

CURRAN, V. R.; FLEET, L.; DEACON, D. A comparative review of canadian health professional education accreditation systems. **Canadian Journal of Higher Education**, v. 36, n. 1, p. 79–102, 2006.

CURRAN, V. R.; SHARPE, D.; FORRISTALL, J. Attitudes of health sciences faculty members towards interprofessional teamwork and education. **Medical Education**, v. 41, n. 9, p. 892–896, 2007.

CZARNECKI, G. A. et al. Nursing and dental students' and pediatric dentistry residents' responses to experiences with interprofessional education. **Journal of Dental Education**, v. 78, n. 9, p. 1301–1312, 2014.

DARLOW, B. et al. The positive impact of interprofessional education: A controlled trial to evaluate a programme for health professional students. **BMC Medical Education**, v. 15, n. 1, p. 1–9, 2015.

DUMKE, E. K. et al. Interprofessional education in an enrichment programme for prospective health sciences students. **Journal of Interprofessional Care**, v. 30, n. 2, p. 245–247, 2016.

EKMEKCI, O. Promoting collaboration in health care teams through interprofessional education: A simulation case study. **International Journal of Higher Education**, v. 2, n. 1, p. 78–83, 2013.

ERNAWATI, D. K.; LEE, Y. P.; HUGHES, J. Indonesian students' participation in an

interprofessional learning workshop. **Journal of Interprofessional Care**, v. 29, n. 4, p. 398–400, 2014.

GRYMONPRE, R. E. et al. Sustainable Implementation of interprofessional education using an adoption model framework. **Canadian Journal of Higher Education**, v. 46, n. 4, p. 76–93, 2016a.

GRYMONPRE, R. E. et al. Quantifying interprofessional learning in health professional programs: The University of Manitoba experience. **Canadian Journal of Higher Education**, v. 46, n. 4, p. 94–114, 2016b.

GUNALDO, T. P. et al. Student perceptions about interprofessional education after an elective course. **Journal of Interprofessional Care**, v. 29, n. 4, p. 370–371, 2014.

HAMMICK, M. et al. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. **Medical Teacher**, v. 29, p. 735–751, 2007.

HOOD, K. et al. Prior experience of interprofessional learning enhances undergraduate nursing and healthcare students' professional identity and attitudes to teamwork. **Nurse Education in Practice**, v. 14, n. 2, p. 117–122, 2013.

HUBIE, A. P. S.; Ribeiro, E. R.; Souza, J. M. Prática avaliativa nos cursos da área da saúde em uma instituição de ensino superior privada. **Revista Espaço para a Saúde**. Dez.;19(2):33-42. 2018.

JOSEPH, S. et al. Interprofessional education in practice. **The Clinical Teacher**, v. 9, n. 1, p. 27–31, 2012.

KIENEN, N.; KUBO, O. M.; BOTOMÉ, S. P. Ensino programado e programação de condições para o desenvolvimento de comportamentos: Alguns aspectos no desenvolvimento de um campo de atuação do psicólogo. **Acta Comportamentalia**, v. 21, n. 4, p. 481–494, 2013.

KIRKPATRICK, D.; KIRKPATRICK, J. **Evaluating training programs: The four levels**. [s.l.] Berrett-Koehler, 2006.

KUBO, O. M.; BOTOMÉ, S. P. Formação e atuação do psicólogo para o tratamento em saúde e em organizações de atendimento à saúde. **Interação em Psicologia**, v. 5, p. 93–122, 2001a.

KUBO, O. M.; BOTOMÉ, S. P. Ensino-aprendizagem: Uma interação entre dois

processos comportamentais. **Interação em Psicologia**, v. 5, n. 1, p. 133–171, 2001b.

LARKIN, H. et al. Readiness for interprofessional learning: A cross-faculty comparison between architecture and occupational therapy students. **Journal of Interprofessional Care**, v. 27, n. 5, p. 413–419, 2013.

LIMA, H. M. F. Ciência e complexidade. In: CASTRO, G. DE; CARVALHO, E. DE A.; ALMEIDA, M. DA C. DE (Eds.). . **Ensaio de Complexidade**. Porto Alegre: Sulina, 1997. p. 272.

LISTON, B. W.; WAGNER, J.; MILLER, J. A curricular innovation to promote interprofessional collaboration. **Journal of Curriculum and Teaching**, v. 2, n. 1, p. 68–73, 2013.

MATTHEW J. KERRY; RONGMEI WANG; JINBING BAI. Assessment of the Readiness for Interprofessional Learning Scale: An Item Response Theory Analysis. **Journal of Interprofessional Care**, v. 00, n. 00, p. 1–7, 2018.

MCFADYEN, A. K. et al. The Readiness for Interprofessional Learning Scale: A possible more stable sub-scale model for the original version of RIPLS. **Journal of Interprofessional Care**, v. 19, n. 6, p. 595–603, 2005.

MCFADYEN, A. K. et al. Interprofessional attitudes and perceptions: Results from a longitudinal controlled trial of pre-registration health and social care students in Scotland. **Journal of Interprofessional Care**, v. 24, n. 5, p. 549–564, 2010.

MÈCHE, P. et al. Design and implementation of an interprofessional education course for undergraduate students at the University of Applied Sciences Western Switzerland: The Geneva experience. **Journal of Interprofessional Care**, v. 29, n. 3, p. 279–280, 2015.

MILUTINOVIĆ, D.; LOVRIĆ, R.; SIMIN, D. Interprofessional education and collaborative practice: Psychometric analysis of the Readiness for Interprofessional Learning Scale in undergraduate Serbian healthcare student context. **Nurse Education Today**, v. 65, p. 74–80, 2018.

MOHER, D. et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. v. 6, n. 7, 2009.

MÓL, G.; MATOS, M. E.; PRADO, M. R. M. Avaliação na educação superior: concepções, modalidades e instrumentos. In: POSSOLLI, GABRIELA EYNG.

PRADO, MARIA ROSA MACHADO (orgs.). **Práticas inovadoras na educação Superior em Saúde**. 1 ed. Curitiba: Appris, 2018.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 3º ed. Brasília, DF: UNESCO, 2000.

MURPHY, J. I.; NIMMAGADDA, J. Partnering to provide simulated learning to address Interprofessional Education Collaborative core competencies. **Journal of Interprofessional Care**, v. 29, n. 3, p. 258–259, 2015.

NEVILLE, C. C. et al. Team decision making: Design, implementation and evaluation of an interprofessional education activity for undergraduate health science students. **Journal of Interprofessional Care**, v. 27, n. 6, p. 523–525, 2013.

OISHI, A. et al. Cross-cultural adaptation of the professional version of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in Japanese. **Journal of Interprofessional Care**, v. 31, n. 1, p. 85–90, 2017.

ORGANIZATION, P. A. H. **Interprofessional Education in Health Care : Improving Human Resource Capacity to Achieve Universal Health. Report of the Meeting**. Washington, D. C.: PAHO, 2017.

PARSELL, G.; BLIGH, J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning ( RIPLS ). **Medical Education**, n. 33, p. 95–100, 1999.

PATERSON, M. et al. Action research as a qualitative research approach in interprofessional education : The QUIPPED approach. **The Qualitative Report**, v. 12, n. 2, p. 332–344, 2007.

PEDUZZI, M. et al. Cross-cultural adaptation of the Readiness for interprofessional learning scale in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 49, n. SpecialIssue2, p. 7–14, 2015a.

PEDUZZI, M. et al. Cross-cultural adaptation of the Readiness for interprofessional learning scale in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 49, n. Special Issue 2, p. 7–14, 2015b.

PYPE, P.; DEVEUGELE, M. Dutch translation and validation of the readiness for interprofessional learning scale (RIPLS) in a primary healthcare context. **European Journal of General Practice**, v. 22, n. 4, p. 225–231, 2016.

RAULI, P. M. F. **A escola como cocriadora da vida: a noética como fundamento emergente para a educação.** 155 f. Tese (Doutorado em Educação) - Escola de Humanidades, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2013, p.43.

RITCHIE, C.; DANN, L.; J FORD, P. Shared learning for oral health therapy and dental students: Enhanced understanding of roles and responsibilities through interprofessional education. **European Journal of Dental Education**, v. 17, n. 1, p. 1–8, 2013.

ROSS, C. et al. An interprofessional approach to business planning: A model of collaboration. **College Quarterly**, v. 14, n. 2, p. 1–6, 2011.

RUEBLING, I. et al. A comparison of student attitudes and perceptions before and after an introductory interprofessional education experience. **Journal of Interprofessional Care**, v. 28, n. 1, p. 23–27, 2014.

SCHMITZ, C. C.; BRANDT, B. F. The Readiness for Interprofessional Learning Scale: To RIPLS or not to RIPLS? That is only part of the question. **Journal of Interprofessional Care**, v. 29, n. 6, p. 525–526, 2015.

SEAMAN, K. et al. An examination of students' perceptions of their interprofessional placements in residential aged care. **Journal of Interprofessional Care**, v. 31, n. 2, p. 147–153, 2017.

SEIF, G. et al. The development of clinical reasoning and interprofessional behaviors: Service-learning at a student-run free clinic. **Journal of Interprofessional Care**, v. 28, n. 6, p. 559–564, 2014.

SHAKESPEARE, H.; TUCKER, W.; NORTHOVER, J. **Report of a National Survey on Interprofessional Education in Primary Health Care.** [s.l: s.n.].

SHOEMAKER, M. J. et al. A virtual patient educational activity to improve interprofessional competencies: A randomized trial. **Journal of Interprofessional Care**, v. 29, n. 4, p. 395–397, 2015.

STEINERT, Y. et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education : BEME Guide no. 8. **Medical Teacher**, v. 28, n. 6, p. 497–526, 2006.

STULL, C. L.; BLUE, C. M. Examining the influence of professional identity formation on the attitudes of students towards interprofessional collaboration. **Journal of**

**Interprofessional Care**, v. 30, n. 1, p. 90–96, 2016.

SYTSMA, T. T. et al. Long-term effect of a short interprofessional education interaction between medical and physical therapy students. **Anatomical Sciences Education**, v. 8, n. 4, p. 317–323, 2015.

TAMURA, Y. et al. Cultural adaptation and validating a Japanese version of the readiness for interprofessional learning scale (RIPLS). **Journal of Interprofessional Care**, v. 26, n. 1, p. 56–63, 2012.

TERVASKANTO-MÄENTAUSTA, T. et al. Collaborative diabetes training in outpatient primary care. **Journal of European Continuing Medical Education**, v. 6, n. 1, p. 1–8, 2017.

THOMPSON, B. M. et al. Working together: Using a unique approach to evaluate an interactive and clinic-based longitudinal interprofessional education experience with 13 professions. **Journal of Interprofessional Care**, v. 30, n. 6, p. 754–761, 2016.

TYASTUTI, D. et al. Psychometric item analysis and validation of the Indonesian version of the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS). **Journal of Interprofessional Care**, v. 28, n. 5, p. 426–432, 2014.

WANG, R. et al. Implementation and evaluation of an interprofessional simulation-based education program for undergraduate nursing students in operating room nursing education: A randomized controlled trial. **BMC Medical Education**, v. 15, n. 1, p. 1–7, 2015.

WARD, L. D. et al. Development, implementation and evaluation of a longitudinal interprofessional education project. **Journal of Interprofessional Education and Practice**, v. 3, p. 35–41, 2016.

WILHELM, M. et al. Interprofessional ethics learning between schools of pharmacy and dental medicine. **Journal of Interprofessional Care**, v. 28, n. 5, p. 478–480, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; HEALTH PROFESSIONS NETWORK; HUMAN RESOURCES FOR HEALTH. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice**. Geneva: WHO Press, 2010.

YAMANE, M. T.; MACHADO, V. K.; OSTERNACK, K. T.; MELLO, R. G. Simulação realística como ferramenta de ensino na saúde: uma revisão integrativa. **Revista**

**Espaço para a Saúde**, v. 20, n. 1, p. 87-107, 2019

ZABALA, A. Função social do ensino e enfoque globalizador. In: **Enfoque globalizador e pensamento complexo: Uma proposta para o currículo escolar**. Porto Alegre: ARTEMED Editora, 2002a. p. 43–88.

ZABALA, A. **Enfoque globalizador e pensamento complexo: Uma proposta para o currículo escolar**. Porto Alegre: ARTEMED Editora, 2002b.