

Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro

Scott Reeves^(a)

Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):185-96.

Interprofessional education (IPE) is an activity that involves two or more professions who learn interactively together to improve collaboration and the quality of care. Research has continually revealed that health and social care professionals encounter a range of problems with interprofessional coordination and collaboration which impact on the quality and safety of care. This empirical work resulted in policymakers across health care education and practice to invest in IPE to help resolve this collaborative failures. It is anticipated that IPE will provide health and social care professionals with the abilities required to work together effectively in providing safe high quality care to patients. Through a discussion of a range of key professional, educational and organization issues related to IPE, this paper argues that this form of education is an important strategy to improve the delivery of safe and effective care

Keywords: Interprofessional education. Collaborative learning. Interprofessional collaboration. Teamwork. Patient safety.

A educação interprofissional (EIP) é uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos de modo interativo para melhorar a colaboração e qualidade da atenção à saúde. Pesquisas vêm revelando continuamente que profissionais de saúde e serviço social enfrentam uma série de problemas na coordenação e colaboração interprofissional que impactam na qualidade e segurança da atenção. Estes estudos empíricos levaram formuladores de políticas de atenção e educação na saúde a investir em EIP para ajudar a enfrentar tais dificuldades colaborativas. Espera-se que a EIP possibilite a profissionais de saúde e serviço social as habilidades necessárias para trabalhar efetivamente juntos para garantir uma atenção de alta qualidade e com segurança para os pacientes. Ao discutir uma série de problemas profissionais, educacionais e organizacionais relacionados à EIP, o presente trabalho defende que esta forma de educação é uma estratégia importante para garantir uma atenção à saúde segura e eficaz.

Palavras-chave: Educação interprofissional. Aprendizado colaborativo. Colaboração interprofissional. Trabalho em equipe. Segurança do paciente.

^(a) Kingston University & St George's, University of London, Centre for Health and Social Care Research. St George's Hospital, London, London SW17 0RE, United Kingdom. s.reeves@sgul.kingston.ac.uk

Introdução

Educação interprofissional (EIP) oferece aos estudantes oportunidades para aprendizado em conjunto com outros profissionais para desenvolver atributos e habilidades necessárias em um trabalho coletivo. Este trabalho discute problemas profissionais, educacionais e organizacionais relacionados à EIP. Especificamente, descreve o aparecimento da EIP, esboça abordagens-chave para aprendizado e ensino utilizadas para uma EIP eficaz, explora os complexos fatores organizacionais ligados a sua implementação e relatórios a respeito da base de evidência crescente para EIP. Também discute os diversos elementos da EIP e evidencia complicações para o futuro desenvolvimento deste tipo de educação.

Origem da EIP

Globalmente, por mais de três décadas, a política de saúde tem identificado o papel principal da EIP na melhoria de sistemas e nos resultados da atenção à saúde^{1,2}, porém, nos últimos dez anos tem estado particularmente na vanguarda de muitas pesquisas, políticas, e atividades regulatórias em nível internacional³. A EIP é definida como “duas ou mais profissões que aprendem com, de e sobre cada uma delas para melhorar a colaboração e qualidade da assistência”⁴ (p. 1). Como tal, esta definição engloba alunos de graduação e pós-graduação.

A necessidade de EIP decorre diretamente da complexidade e natureza multifacetada da saúde e das necessidades de assistência social dos pacientes, requerendo coordenação eficaz de serviços³. A necessidade também decorre de pesquisas evidenciando que colaboração eficaz entre os prestadores dos diversos tipos de atenção à saúde é essencial para a oferta de atenção eficaz e integral⁵. De fato, problemas de comunicação e colaboração entre diferentes profissionais da saúde e serviço social continuam a ser uma preocupação, pois podem resultar em diferentes percepções sobre a atenção ao paciente^{6,7}. Estudos na América do Norte, por exemplo, revelaram o tamanho do impacto negativo que falhas de comunicação podem ter em pacientes, minando a segurança e causando sérias lesões ou até morte^{8,9}.

A visão geral da literatura, citada acima, de que profissões sociais e de saúde necessitam de formação e treinamento para desenvolver atitudes, conhecimentos e habilidades requeridas para efetivamente trabalhar em conjunto para uma atenção ao paciente segura e com alta qualidade. Documentos técnico-políticos têm apoiado a necessidade da EIP para melhorar competências colaborativas^{10,11}. Recentemente, a Organização Mundial de Saúde² reforçou seu comprometimento com a EIP destacando a importância deste tipo de educação para desenvolver as habilidades necessárias para a prática colaborativa e uma força de trabalho em saúde pronta para agir. É importante destacar que este documento aponta a necessidade de EIP e prática colaborativa para melhorar sistemas de saúde fragmentados e com dificuldade em todo o mundo – em países desenvolvidos e subdesenvolvidos.

Os documentos técnico-políticas referentes à EIP influenciam mudanças nos níveis educacionais, profissionais e organizacionais, resultando na incorporação de EIP em programas de educação na saúde e serviço social, organismos reguladores e políticas organizacionais. Por exemplo, cursos de EIP, programas e centros têm sido criados em instituições de ensino superior em países como os EUA, Canadá, Reino Unido e Austrália^{5,7}. Nestes casos, unidades de saúde e serviço social trabalham em conjunto para fornecer oportunidades de EIP para seus estudantes. Por exemplo, em um estudo que comparou cursos sobre segurança do paciente oferecidos sob as perspectivas uni-profissional e interprofissional, o resultado mostrou que, enquanto todos os estudantes aumentaram seu conhecimento, aqueles que participaram do curso interprofissional adquiriram um valor agregado dessas interações e se sentiram mais capazes de trabalhar em uma equipe interprofissional¹².

Organizações de saúde e serviço social estão apoiando iniciativas de EIP. Por exemplo, Barr et al.⁵ relataram programas no Reino Unido e nos EUA em que práticas de primeiros socorros e centros médicos têm se comprometido a dar apoio a melhoria na assistência à saúde mediante iniciativas envolvendo elementos de EIP. Este apoio também tem sido aventado por diferentes universidades,

associações de profissionais e organizações de saúde, que também reconhecem a necessidade de oferecer EIP para seus aprendizes.

Métodos-chave educacionais e de aprendizado

Há um debate sobre quando seria o melhor momento para implementar EIP em instituições de ensino e de assistência à saúde. Pesquisas indicando que estudantes do primeiro ano de um programa de graduação já possuem uma série de estereótipos estabelecidos e consistentes em relação a outros grupos profissionais de saúde e serviço social têm fomentado o argumento de que EIP oferecida nesse momento pode desempenhar o importante papel de diminuir os efeitos negativos da socialização profissional, como, por exemplo, os estereótipos hostis⁵. Em contraste, outras pesquisas têm sugerido que EIP após a graduação é mais eficaz, pois os participantes possuem uma melhor compreensão de sua própria identidade profissional e do seu papel. Um inquérito de estudantes de oito grupos profissionais apontou que a força da identidade profissional em todos os grupos foi alta no ingresso à universidade, porém diminuiu significativamente com o passar do tempo para algumas profissões. O entusiasmo dos estudantes para EIP também foi alto no início, porém caiu significativamente com o passar do tempo para todos os grupos, exceto enfermagem¹³. Os resultados deste estudo e outros^{14,15} apoiam o argumento do início precoce e contínuo de EIP, considerando a prontidão de alunos para EIP e a existência de identidades profissionais.

Sugere-se que EIP deve ser parte do desenvolvimento profissional contínuo do indivíduo, iniciando com programas de pré-qualificação e tendo continuidade durante toda a sua carreira¹⁶. Dado que os objetivos e a natureza da iniciativa EIP diferem dependendo do estágio de aprendizado, esta abordagem parece ser apropriada. A EIP poderia ser utilizada inicialmente para preparar estudantes para práticas colaborativas, enquanto este tipo de educação, em uma fase mais tardia, poderia reforçar experiências de aprendizado antecipado e maior apoio em práticas colaborativas.

A definição de EIP descrita acima salienta a necessidade de interação interprofissional explícita entre participantes. Discute-se que esta interatividade promove o desenvolvimento de competências necessárias para colaboração eficaz⁵. Métodos de aprendizado que permitem interatividade são, portanto, uma característica chave para EIP. Há uma série de diferentes tipos de métodos de aprendizado utilizados:

- Aprendizado baseado em seminário.
- Aprendizado baseado em observação (shadowing).
- Aprendizado baseado em problemas.
- Aprendizado baseado em simulação.
- Aprendizado baseado na prática clínica.
- Aprendizado E-learning (ex: discussões online).
- Aprendizado misturado (integrando e-learning com outro método tradicional).

A literatura contém inúmeros exemplos destas cinco atividades de aprendizado dentro de iniciativas de EIP. Freeth et al.¹⁷, por exemplo, relataram um curso de um dia baseado em simulação para obstetras, anestesistas obstetras e parteiras para permitir melhoria no trabalho interprofissional em atenção obstétrica. O foco do curso é em aspectos não-técnicos da atenção e sua influência na segurança do paciente. O curso envolveu uma orientação inicial ao ambiente, cenários de simulação e interrogatórios facilitados.

A combinação de diferentes métodos interativos de aprendizagem em uma iniciativa de EIP pode tornar a experiência mais estimulante e interessante e, portanto, contribuir para um maior nível de aprendizado. Por exemplo, um programa EIP que objetivou desenvolver habilidades interprofissionais colaborativas voltadas para o paciente em estudantes de medicina, higiene odontológica, odontologia, enfermagem e farmácia, envolvidos em workshop de orientação, sessões educacionais contínuas e uma prática clínica de oito semanas com uma equipe de estudantes interprofissionais¹⁸. Os métodos de aprendizado utilizados dependem dos objetivos da iniciativa de formação, dos participantes e recursos

disponíveis. Estudantes podem possuir mais ou menos familiaridade e experiência com determinados métodos de aprendizado, como aprendizado online ou simulação, e esta variação pode ser um desafio no programa de EIP.

Oportunidades para aprendizado informal – quando estudantes se encontram socialmente e discutem aspectos de sua educação formal – são abordagens úteis para EIP. Aprendizado informal pode ser útil por permitir que indivíduos compartilhem ideias e obtenham orientação de seus pares, colegas de trabalho ou gerentes. Atividades informais de aprendizagem podem ser explicitamente organizadas em um programa interprofissional. Por exemplo, pode ser utilizada para dar oportunidade de partilhar encontros informais durante os intervalos para discutir experiências de aprendizagem. Aprendizado informal pode também ocorrer sem planejamento, como resultado de uma iniciativa interprofissional. Em uma avaliação de um módulo baseado na comunidade¹⁹, observou-se que estudantes de medicina, enfermagem e odontologia utilizavam bares e cafés após suas sessões de aprendizado formais para informalmente discutir e refletir sobre suas EIP. Para esses estudantes, este tipo de aprendizado foi uma parte valiosa de suas experiências compartilhadas no presente módulo.

Existem variações em oportunidades de colocação clínica interprofissional formais disponíveis e oportunidades de aprendizagem informal no contexto clínico são influenciadas por profissionais individuais e culturas organizacionais, assim como níveis de confiança de estudantes²⁰. Tais oportunidades de aprendizado informal e a orientação disponível possuem grande papel no desenvolvimento e aprendizado de estudantes.

A combinação de atividades de aprendizado planejadas para promover resultados colaborativos com aqueles organizados para alcançar resultados mais específicos de uma profissão pode ser problemática. Aprendizes podem enfrentar incertezas a respeito do objetivo geral de EIP. O problema surgiu durante um trabalho em uma experiência interprofissional para estudantes de medicina, enfermagem, terapia ocupacional e fisioterapia²¹. Para oferecer aos estudantes uma visão holística no ambiente clínico, foram desenvolvidas atividades interativas colaborativas de aprendizado, como resolução de problemas em equipe e atividades específicas de profissão, como administração de medicamentos – uma tarefa para a qual os estudantes de enfermagem se comprometeram com exclusividade. A inclusão dessas duas atividades de aprendizado produziu tensão, pois os estudantes tiveram dificuldade de participar ativamente em ambas. Após dar retorno sobre isso ao grupo responsável pela iniciativa, concordou-se em rever a proposta como tentativa de diminuir essa tensão.

A EIP eletiva ou voluntária pode passar a mensagem de que este tipo de aprendizado ocupa um “baixo status” em relação a outras formas de aprendizado específicas da profissão que podem, então, reduzir o comprometimento do estudante²⁰. Além disso, se esta forma de educação não for desenvolvida de modo que tenha peso igual na formação específica da profissão, o status pode, novamente, ser questionado. Deduzir apoio público de líderes profissionais e recrutamento de alta qualidade de educadores pode auxiliar na melhoria do status de EIP. Tornando a frequência obrigatória e desenvolvendo uma programação flexível pode-se evitar que desafios logísticos se tornem uma barreira para uma EIP eficaz. Créditos de educação contínua também podem fornecer o status necessário e, portanto, incentivar a participação de profissionais de pós-qualificação²⁰. Todavia, para muitos profissionais, EIP é empreendida sob uma base voluntária e, portanto, o incentivo está relacionado ao seu próprio desenvolvimento profissional/ou a um desejo de melhorar a coordenação e a qualidade da assistência ao paciente.

Facilitando EIP

Facilitar EIP pode ser desafiador e requer habilidades, experiência e preparação para lidar com as diversas responsabilidades e demandas envolvidas. É ideal capacitar mediadores das diversas faculdades envolvidas, cujo número pode ser grande, especialmente em um contexto de graduação, dependendo no número de estudantes. Existe uma série de atributos necessários para este tipo de trabalho, incluindo:

- Experiência em trabalho interprofissional.
- Profundo entendimento de métodos interativos de aprendizado.
- Conhecimento de dinâmicas de grupo.
- Confiança em trabalhar com grupos interprofissionais.
- Flexibilidade (para criativamente utilizar diferenças profissionais nos grupos).

Similar a outros pequenos grupos educacionais, mediadores necessitam focar na formação e manutenção da equipe, criar um ambiente não ameaçador e permitir que todos os participantes participem igualmente, porém esses objetivos são mais desafiadores em um contexto interprofissional dada a história de desigualdades sociais e econômicas. O trabalho de Friedson²¹ fornece um entendimento das raízes desses desequilíbrios. Ele argumentou que todos os grupos de trabalho ocupacionais participassem de um processo de profissionalização mediante o engajamento em um projeto 'fechado'. O objetivo deste projeto foi honesto – assegurar e então proteger a propriedade exclusiva de áreas específicas de conhecimento e perícia de modo a efetivamente assegurar recompensa econômica e valorização de status. Como medicina foi a primeira ocupação a se engajar com sucesso no projeto de profissionalização, eles reivindicaram a área com mais prestígio do trabalho clínico – a habilidade de diagnosticar e tratar – o que garantiu sua posição dominante sobre outras profissões de saúde e serviço social²². Explorando este tema, Pecukonis et al.²³ argumentam que diferentes culturas profissionais configurem as diferentes definições da saúde, bem-estar e sucesso do tratamento, bem como as diferenças de poder. Eles também discutem que EIP é limitada por profissão-centrismo e que isto deve ser resolvido mediante um currículo que promova competência interprofissional cultural.

Dados os desafios relacionados a facilitar EIP, desenvolvimento docente é crucial para educadores. Para a maioria deles, ensinar alunos como aprender sobre um assunto uns com os outros é uma experiência nova e desafiadora. Similarmente a estudantes, funcionários e corpo docente podem ter dificuldades com questões interprofissionais e uni-profissionais, como, por exemplo, a crescente ênfase em EIP e prática que desafiam identidades profissionais. O desenvolvimento do corpo docente pode reduzir sentimentos de isolamento, desenvolver uma abordagem mais colaborativa para facilitar, assim como fornecer oportunidades para compartilhar conhecimento, experiência e ideias²⁴.

Há um número crescente de programas de desenvolvimento docente. Em geral, eles focam no oferecimento de uma variedade similar de atividades preparatórias, como, por exemplo, entendimento dos papéis e responsabilidades de diferentes profissões, explorando problemas de profissionalismo, e planejando estratégias de aprendizado para grupos interprofissionais. Também há uma necessidade de programas de desenvolvimento em EPI que possibilite aos indivíduos a promoção de mudanças em nível individual e organizacional e, assim, devem ser endereçados a diversas partes interessadas e focalizar liderança e mudança organizacional²⁵. Para garantir que o corpo docente mantenha seu conhecimento de facilitação interprofissional é necessário oferecer oportunidades contínuas de desenvolvimento docente. Geralmente, é útil considerar um grupo de ensino (team-teaching) com colegas mais experientes para ajudar a desenvolver habilidades, conhecimento e confiança necessários, vitais para facilitação interprofissional. Oportunidades regulares para discussão e reflexão podem ser um tipo útil de suporte para facilitadores de EIP²⁶. Onde a capacitação formal não pode ser obtida, é aconselhável buscar uma opinião informal de um colega mais experiente neste tipo de trabalho. Para EIP estar incorporado com sucesso em currículos e pacotes de capacitação, as primeiras experiências devem ser positivas. Isto garantirá envolvimento contínuo e vontade de continuar desenvolvendo o currículo baseado em *feedback* de alunos.

Fatores organizacionais afetando EIP

O apoio organizacional inclui uma série de componentes e é crucial para o sucesso de um programa de EIP. É essencial uma liderança com interesse, conhecimento e experiência para conduzir um programa de EIP. É ainda necessário uma organização e corpo docente que apoiem a EIP para promover entre estudantes uma atitude positiva em relação a este tipo de aprendizado²⁷. Políticas

institucionais e comprometimento administrativo são também cruciais em função dos recursos requeridos para desenvolver e implementar a EIP. Esta forma de liderança e acordo é necessária de todas as organizações participantes ou dos departamentos dentro de uma organização.

O tipo específico de apoio organizacional geralmente necessário depende do estágio de formação. O planejamento e a implementação de pré-qualificação da EIP é desafiador considerando o grande número de barreiras organizacionais, como, por exemplo, grande número de estudantes, requisitos de acreditação profissional e currículo inflexível. A maioria dos programas de pré-qualificação para medicina e enfermagem têm grupos entre cem e duzentos estudantes. Em contraste, programas de terapia ocupacional e fisioterapia têm unidades menores, entre vinte e sessenta alunos. Isto gera dificuldades logísticas para encontrar um local adequado para esta modalidade de educação. Além disso, diferenças em tempos de curso para essas unidades de estudantes pode criar problemas para encontrar um tempo adequado para oferecer a EIP²⁸. Obter aprovação de cada um dos corpos regulatórios das profissões participantes geralmente acrescenta mais complicações, assim como chegar a um acordo em questões de responsabilidade (accountability).

Enquanto a pós-qualificação de EIP pode ser menos problemática para organizar, pelo menor número de barreiras institucionais, é necessário apoio institucional para que os profissionais de saúde tenham tempo e recursos para participar destes programas, e é igualmente necessária para impulsionar uma atitude positiva em relação a este tipo de educação. Apoio organizacional também é fundamental para que quaisquer ganhos de conhecimento sejam traduzidos em sucesso nas mudanças de práticas interprofissionais.

Além disso, o problema financeiro requer cuidadosa consideração durante o planejamento de qualquer iniciativa interprofissional. Como o custo deste tipo de educação tende a abranger uma série de diferentes orçamentos de profissionais ou departamentos²¹, acordos a respeito de arranjos financeiros muitas vezes podem ser um obstáculo para EIP.

Desenvolver o currículo interprofissional é um processo complexo e pode envolver trabalhadores da saúde e educadores de diferentes unidades de ensino, ambientes de trabalho e localizações, o que complica o planejamento e a implementação de EIP. De fato, envolver o corpo docente de diferentes programas na iniciativa é essencial, e todos os programas compreendidos deveriam ter um senso de pertença. Isto pode ser desafiador para um corpo docente menor. Representação igual garante que nenhum grupo isolado possa dominar o processo de planejamento e distorcer a iniciativa em qualquer direção²⁹.

Como o desenvolvimento de EIP pode tomar tempo e energia consideráveis, os membros do grupo devem ter dedicação e entusiasmo. Porém, quando programas de EIP dependem da colaboração de alguns entusiastas-chave, sua sustentabilidade a longo prazo pode ser ameaçada quando esses indivíduos mudam para outras organizações. Em uma avaliação de uma clínica interprofissional para estudantes de enfermagem, medicina, terapia ocupacional e fisioterapia, foi observado que o contínuo entusiasmo dos membros do grupo de direção foi importante para superar diversos problemas práticos, como validação conjunta e o estabelecimento de um estágio piloto. Sem este tipo de esforço grupal, a EIP não pode ser desenvolvida e implementada^{20,21}.

A eleição de um líder de projeto em EIP é importante para coordenar as atividades do grupo e garantir que o progresso seja atingido. Organizadores precisam providenciar reuniões regulares e considerar todas as perspectivas e também requerem habilidades interprofissionais²⁸. Os membros do grupo precisam compartilhar seus objetivos e impressões a respeito da iniciativa para garantir que todos estejam trabalhando por um objetivo comum. As diferenças identificadas precisam ser discutidas e resolvidas. Reuniões de planejamento regulares permitem que membros do grupo se atualizem e resolvam quaisquer problemas encontrados em conjunto durante o processo de planejamento.

Sustentar a EIP pode ser igualmente complexo e requer boa comunicação entre participantes, entusiasmo pelo trabalho realizado e visão compartilhada e entendimento dos benefícios de introduzir um novo programa de estudos. As organizações precisam constantemente avaliar, revisar e discutir a EIP dentro da organização para lembrar todos os membros do grupo a respeito do objetivo geral da EIP, que é a prática interprofissional²⁷.

A evidência

Durante a última década, uma série de revisões sistemáticas de EIP foram realizadas para examinar e sumarizar a evidência no campo²⁹⁻³¹. As revisões utilizaram diferentes critérios para que os estudos fossem incluídos e, portanto, enquanto havia sobreposição, cada um examinou um diferente grupo de estudos. Com colegas, realizamos recentemente uma síntese e uma avaliação crítica de revisões sistemáticas de EIP também para fornecer um entendimento geral da base de evidência³². A síntese incluiu seis revisões sistemáticas que foram identificadas mediante busca de revisões publicadas e não publicadas de EIP.

As seis revisões incluídas na síntese relatam os resultados de mais de duzentos estudos de EIP durante trinta anos. Elas relatam sobre estudos que possuem qualidade metodológica diferente e sobre uma variedade de resultados relacionados a EIP, porém todas as revisões possuem uma definição similar para a EIP ('duas ou mais profissões aprendendo com, de e sobre um ao outro para melhorar a colaboração e qualidade da atenção'), cinco foram empreendidas por equipes de revisão similares e compartilham abordagens similares (inclusive metodologicamente) para seu critério de inclusão³².

Cinco dessas revisões empregam abordagem similar para relatar resultados registrados de EIP. Originalmente desenvolvido por Kirkpatrick como uma tipologia de quatro pontos distinguindo quatro níveis de resultados (reações de aprendizes, aquisição de conhecimento/habilidade/atitude, mudanças em comportamento, mudanças em práticas organizacionais), Barr et al.⁵ modificaram o quadro para uma tipologia de seis níveis:

- Nível 1: reação (visão do aprendiz a respeito da experiência de aprendizado e sua natureza interprofissional)
- Nível 2a: modificação de atitudes/percepções (mudanças em atitudes ou percepções recíprocas entre grupos participantes)
- Nível 2b: aquisição de conhecimento/habilidades (ganhos de conhecimento e habilidades relacionado a colaboração interprofissional)
- Nível 3: mudança comportamental (transferência de aprendizado interprofissional dos aprendizes para o cenário prático e sua prática profissional mudada)
- Nível 4a: mudança na prática organizacional (maiores mudanças na organização e oferta de atenção)
- Nível 4b: benefícios para pacientes/clientes (melhoria na saúde ou bem estar de pacientes/clientes)

A síntese revelou que a EIP foi apresentada em várias configurações agudas, primárias e comunitárias e dirigida a uma gama de diferentes condições clínicas (exemplo: asma, artrite) ou condições agudas (exemplo: cuidado cardíaco). Apesar de diferentes combinações de grupos profissionais terem participado de programas de EIP, a medicina e a enfermagem foram os principais participantes. A EIP foi geralmente apresentada como uma experiência de aprendizado voluntário (eletivo) para os participantes e poucos programas incluíram alguma forma de acreditação acadêmica. A duração dos programas variou, indo desde sessões de poucas horas até programas desenvolvidos por um período de meses, porém a maioria dos programas durou entre um e cinco dias. Programas foram mais comumente desenvolvidos para profissionais após a graduação (tipicamente médicos e enfermeiros) em seus ambientes de trabalho, apesar de EIP ser cada vez mais trabalhada para estudantes de graduação como uma sala de aula ou algumas vezes como uma atividade baseada na prática. Enquanto programas de EIP utilizaram uma variedade de diferentes combinações de métodos de aprendizado interativos, as discussões baseadas em seminário, a resolução de problema em grupo e/ou as atividades de dramatização foram os mais empregados.

Princípios de melhoria de qualidade foram geralmente planejados dentro de programas de pós-qualificação de EIP. Em geral, programas de EIP empregaram avaliações formativas de aprendizado,

tipicamente utilizando técnicas de avaliação na forma de tarefas individuais escritas e/ou apresentações em conjunto/equipe que providenciaram uma descrição coletiva de experiências interprofissionais de aprendizes. A maioria dos programas baseou-se nos princípios do aprendizado de adultos desenvolvido por autores como Knowles, Schon e Kolb³².

A síntese revelou que a maioria dos estudos pouco discutiu as limitações metodológicas relacionadas à pesquisa. Como resultado, foi difícil entender a natureza das tendências, o que, por sua vez, enfraquece a qualidade do estudo. Além disso, uma série de estudos apenas descreveu seus programas de EIP de modo parcial ou limitado, o que torna difícil perceber se mudanças as foram realmente podem ser atribuídas ao programa realizado.

A maioria dos estudos deu pouca ou nenhuma atenção a técnicas de amostragem em seus trabalhos ou questões relacionados a perda de participantes no estudo. Houve uma tendência para relatar os impactos de curto prazo associados à EIP em relação a mudanças de atitude e conhecimento de aprendizes. Como resultado, existe somente uma ideia limitada do impacto de longo prazo deste tipo de educação, particularmente sobre mudanças organizacionais e de atenção ao paciente ou os processos educacionais que ocorrem durante o desenvolvimento de um programa.

Houve uma utilização generalizada de instrumentos não validados para detectar o impacto de EIP na satisfação do estudante e/ou paciente. Apesar do uso de tais ferramentas poder fornecer dados úteis para problemas de garantia de qualidade local, eles limitam a qualidade do estudo e é difícil avaliar sua validade ou credibilidade. Medidas para detectar mudanças em comportamento individual foram, particularmente, pobres, geralmente dependendo de relatos descritivos simples deste tipo de mudança. A maioria das mudanças registradas nos estudos foi relatada pelos próprios estudantes. Este tipo de evidência não é considerada forte, pois não detecta necessariamente uma *mudança concreta*, pode apenas indicar uma *percepção de mudança* no indivíduo. Esses dois tipos nem sempre concordam. A maioria dos estudos foi empreendida em um único local, isolado de outros estudos, limitando a generalização da pesquisa.

Apesar de uma série de deficiências na qualidade da evidência oferecida pelas revisões, foram identificadas algumas questões de qualidade encorajadoras. Mais notavelmente, houve um uso razoavelmente comum de modelos de pesquisa semi-experimentais (exemplo: estudos de antes e depois, estudos de antes durante e depois) que podem fornecer alguma indicação de mudança associada à realização da EIP; a maioria dos estudos reuniu duas ou mais formas de dados (tipicamente levantamento e entrevistas); e existe um crescente uso de estudos longitudinais começando a estabelecer o impacto de longo prazo da EIP em organizações e na atenção ao paciente³².

A síntese mostrou que a maioria dos estudos aponta que a EIP pode resultar em reações positivas dos alunos, no sentido de terem gostado de suas experiências interprofissionais. Tais estudos também relatam mudanças positivas nas percepções/attitudes dos aprendizes, com relação as opiniões de outros grupos profissionais e transformações na visão quanto a colaboração interprofissional e/ou aquela atribuída ao trabalho numa base colaborativa com outras profissões. Além disso, esses tipos de estudo relataram mudanças positivas no conhecimento e em habilidades do aprendiz para a colaboração interprofissional, usualmente relacionadas com um maior entendimento dos papéis e responsabilidades de outros grupos profissionais, melhoria de conhecimento a respeito da natureza da colaboração interprofissional e/ou desenvolvimento de habilidades de colaboração/comunicação.

Poucos estudos relataram resultados relacionados a comportamentos individuais, normalmente como profissionais trabalhando de forma mais colaborativa com colegas de outros grupos profissionais. Entre os estudos que forneceram evidências a este nível, normalmente é citada mudança positiva nas interações individuais dos profissionais é usualmente citada. Uma série de estudos mostraram mudanças positivas na prática organizacional, resultante da EIP. Estudos que relatam esse tipo de resultado geralmente focam em mudanças interprofissionais em padrões de práticas ou melhoria na documentação (exemplo: orientações, protocolos, uso de registros compartilhados) relacionada à gestão do cuidado. Um número menor de estudos relatou mudanças no cuidado aos pacientes/clientes. Esses estudos tipicamente registraram mudanças positivas nos resultados clínicos (exemplo: taxas de infecção, taxas de erros clínicos), pontuação de satisfação do paciente e/ou tempo de permanência do paciente.

Em geral, estudos de pré-qualificação de EIP mostram resultados em relação à mudança de atitudes, crenças, conhecimento e habilidades colaborativas. Enquanto estudos de pós-qualificação também relatam uma variedade similar de mudanças, eles também apontam alterações na prática organizacional e no cuidado ao paciente. Como indicado pela síntese, a evidência para os efeitos de EIP se baseia em uma variedade de programas diferentes (em termos de duração, participação profissional etc.), metodologias e métodos (desde estudos de pesquisas experimentais até métodos misturados e estudos qualitativos) de qualidade variada, assim como uma variedade de resultados (exemplo: relatórios de satisfação do aprendiz até mudanças na oferta de atenção). Apesar da evidência de qualidade de EIP ser limitada, ela está melhorando, à medida que estudos com mais qualidade estão sendo publicados³².

Discussão

Conforme detalhado acima, o acúmulo de evidências de problemas com coordenação e colaboração interprofissional entre diferentes provedores de assistência social e de saúde e o impacto resultante da qualidade da atenção à saúde, têm estimulado os tomadores de decisão em relação a educação, saúde, política e pesquisa a investir em EIP. Foi previsto que a EIP iria prover profissionais de saúde com habilidades e conhecimentos necessários para trabalhar efetivamente com outros profissionais no sistema de saúde. Como resultado, iniciativas em EIP para estudantes de graduação e pós-graduação começam a ser desenvolvidas e implementadas em todo o mundo.

Evidências de pesquisa por mais de três décadas têm fornecido *insight* útil quanto à EIP, conforme discutido acima. Mediante esses estudos foi possível entender o valor da EIP nas fases de aprendizado na graduação e pós-graduação. Por exemplo, estudantes podem se beneficiar de uma iniciativa na graduação sobre os papéis de diferentes profissionais da saúde em relação a uma determinada área clínica estudada em sala de aula e/ou contexto profissional, enquanto uma iniciativa depois da graduação pode focalizar problemas de comunicação com outros profissionais da saúde com quem trabalham e apoiar mudanças na prática. Nós também temos conhecimento dos diferentes métodos de aprendizado interativo que podem ser utilizados em EIP. A oportunidade para interatividade é um elemento essencial de EIP, porém os métodos particulares utilizados dependem dos objetivos e recursos.

O apoio organizacional é crítico para tratar dos problemas de logística e recursos da EIP, para apoiar o desenvolvimento do corpo docente e desenvolver uma cultura que aprove a EIP, e em um cenário de atenção à saúde, facilita a transferência de conhecimento. Liderança de escolas, associações e organizações é, portanto, essencial para encorajar e apoiar estudantes e profissionais totalmente engajados em programas de EIP.

O investimento futuro em EIP deve ser baseado em evidências rigorosas a respeito dos resultados alcançados e esta evidência é acumulada gradativamente. Como a síntese de revisões de EIP revelou, este tipo de formação pode ter resultados positivos em relação a reação dos participantes, atitudes, conhecimento/habilidades, comportamentos e prática, assim como benefícios aos pacientes³⁰. Todavia, conforme mencionado no presente trabalho, existem limitações metodológicas para esses estudos. Com a expansão do número de estudos nesta área e o aumento no foco da qualidade metodológica de tais estudos, é de se esperar que a evidência neste campo seja cada vez mais fortalecida.

A pesquisa têm ajudado a indicar o papel da EIP em melhorar a colaboração interprofissional e aumentar a qualidade da assistência aos pacientes. Em todo o mundo, instituições de ensino das profissões de saúde e serviço social e associações têm enfatizado a importância de seus estudantes e profissionais serem colaboradores e comunicadores efetivos e estão utilizando a EIP como uma estratégia-chave para o desenvolvimento de tais habilidades. Conforme a evidência de EIP continue a evoluir vamos desenvolver um maior conhecimento de como ela pode ser mais efetivamente planejada e implementada e de sua relação com o desenvolvimento de competências colaborativas que podem afetar positivamente na atenção ao paciente e nos resultados das práticas de saúde.

Referências

1. World Health Organization. Continuing education of health personnel. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1976.
2. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
3. Institute of Medicine. Interprofessional education for collaboration: learning how to improve health from interprofessional models across the continuum of education to practice. Washington (DC): The National Academies; 2013.
4. Barr H, Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S. Evaluating interprofessional education: a UK review for health and social care. London: BERA/CAIPE; 2000.
5. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, and Freeth D. Effective interprofessional education: argument, assumption and evidence. Oxford: Blackwell; 2005.
6. Kvarnstrom S. Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *J Interprof Care*. 2008; 22(2):191-203.
7. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional teamwork for health and social care. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
8. Williams RG, Silverman R, Schwind C, Fortune JB, Sutyak J, Horvath KD, et al. Surgeon information transfer and communication: factors affecting quality and efficiency of inpatient care. *Ann Surgery*. 2007; 245(2):159-69.
9. Brock D, Abu-Rish E, Chiu CR, Hammer D, Wilson S, Vorvick L, et al. Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *BMJ Qual Safety*. 2013; 22(5):414-23.
10. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington (DC): Interprofessional Education Collaborative; 2011.
11. The Interprofessional Curriculum Renewal Consortium. Curriculum Renewal for Interprofessional Education in Health. Sydney: Centre for Research in Learning and Change, University of Technology; 2013.
12. Anderson E, Thorpe L, Heney D, Petersen S. Medical students benefit from learning about patient safety in an interprofessional team. *Med Educ*. 2009; 43(6):542-52.
13. Coster S, Norman I, Murrells T, Kitchen S, Meerabeau E, Sooboodoo E, et al. Interprofessional attitudes amongst undergraduate students in the health professions: a longitudinal questionnaire survey. *International J Nurs Stud*. 2008; 45(11):1667-81.
14. Curran V, Sharpe D, Flynn K, Button P. A longitudinal study of the effect of an interprofessional education curriculum on student satisfaction and attitudes towards interprofessional teamwork and education. *J Interprof Care*. 2010, 24(1):41-52.
15. Costa MV, Vilar MJ, Azevedo GD, Reeves S. Interprofessional education as an approach for reforming health professions education in Brazil: emerging findings. *J Interprof Care*. 2014; 28(4):379-80.
16. Reeves S. An overview of continuing interprofessional education. *J Cont Educ Health Prof*. 2009; 29(3):142-6.
17. Freeth D, Ayida G, Berridge EJ, Mackintosh N, Norris B, Sadler C, et al. Multidisciplinary obstetric simulated emergency scenarios: promoting patient safety in obstetrics with teamwork-focused interprofessional simulations. *J Cont Educ Health Prof*. 2009; 29(2):98-104.

18. Mann K, Mcfetridge-Durdle J, Martin-Misener R, Clovis J, Rowe R, Beanlands H, et al. Interprofessional education for students of the health professions: the "Seamless Care" model. *J Interprof Care*. 2009; 23(3):224-33.
19. Reeves S. Community-based interprofessional education for medical, nursing and dental students. *Health Soc Care Commun*. 2000; 8(4):269-76.
20. Freeth D, Hammick M, Reeves S, Koppel I, Barr H. *Effective interprofessional education: development, delivery and evaluation*. Oxford: Blackwell; 2005.
21. Friedson E. *Professional dominance: the social structure of medical care*. New York: Aldine Publishing Company; 1970.
22. Reeves S, MacMillan K, van Soeren M. Leadership within interprofessional health and social care teams: a socio-historical overview of some key trials and tribulations. *J Nurs Manag*. 2010; (18):258-64.
23. Pecukonis E, Doyle O, Bliss DL. Reducing barriers to interprofessional training: promoting interprofessional cultural competence. *J Interprof Care*. 2008; 22(4):417-28.
24. Rees D, Johnson R. All together now? Staff views and experiences of a pre-qualifying interprofessional curriculum. *J Interprof Care*. 2007; 21(5):543-55.
25. Leslie K, Baker L, Egan-Lee E, Esdaile M, Reeves S. Advancing faculty development in medical education: a systematic review. *Acad Med*. 2013; 88(7):1038-45.
26. Lindqvist S, Reeves S. Facilitators' perceptions of delivering interprofessional education: a qualitative study. *Med Teacher*. 2007; 29(4):403-5.
27. Wilhelmsson M, Pelling S, Ludvigsson J, Hammar M, Dahlgren LO, Faresjö T. Twenty years experience of interprofessional education in Linköping – ground-breaking and sustainable. *J Interprof Care*. 2009; 23(2):121-33.
28. Reeves S. *Developing and delivering practice-based interprofessional education*. Munich: VDM Publications; 2008.
29. Cooper H, Carisle C, Gibbs T, Watkins C. Developing an evidence base for interdisciplinary learning: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2001; 35(2):228-37.
30. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education. *Med Teacher*. 2007; 29(8):735-51.
31. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*: CD002213; 2008.
32. Reeves S, Goldman J, Sawatzky-Girling B, Burton A. A synthesis of systematic reviews of interprofessional education. *J Allied Health*. 2010; 39 Supl 1:S198-S203.

Reeves S. Porqué necesitamos la educación interprofesional para mejorar la prestación de una atención segura y eficaz. *Interface* (Botucatu). 2016; 20(56):185-96.

La educación interprofesional (IPE) es una actividad que implica dos o más profesiones que aprenden de manera interactiva, en conjunto, para mejorar la colaboración y la calidad del cuidado. La investigación ha revelado continuamente que los profesionales de salud y cuidado social encuentran una gama de problemas con coordinación interprofesional y colaboración que afectan a la calidad y seguridad de la atención. Este trabajo empírico a resultado en políticas a través de la educación e y la práctica en salud para invertir en IPE e ayudar a resolver estos fracasos de colaboración. IPE proporcionará profesionales de salud y atención social con las habilidades para trabajar juntos de manera efectiva para proporcionar atención segura de alta calidad a los pacientes. A través de una discusión de una gama de cuestiones profesionales, educativas y de organización relacionadas con IPE, este documento sostiene que este tipo de educación es una importante estrategia para mejorar la prestación de una atención segura y eficaz.

Palabras clave: Educación interprofesional. Aprendizaje colaborativo. Colaboración interprofesional. Trabajo en equipo. Seguridad del paciente.

Recebido em 06/02/15. Aprovado em 17/02/15.