

Desafios na educação de profissionais de Saúde:

uma abordagem interdisciplinar e interprofissional

Valéria Vernaschi Lima^(a)
 Eliana Claudia de Otero Ribeiro^(b)
 Roberto de Queiroz Padilha^(c)
 Carlos Alberto Mourthé Júnior^(d)

Lima VV, Ribeiro ECO, Padilha RQ, Mourthé Júnior CA. Challenges in the education of health professionals: an interdisciplinary and interprofessional approach. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1549-62.

This article presents a set of strategies and methods used in health professional education in the context of the Brazilian National Health System (SUS). The investigative emphasis was placed on interdisciplinary education and interprofessional work. The background to this research is the experience of 11 postgraduate educational initiatives developed between 2009 and 2017. A documentary analysis of the pedagogical projects of the specialization courses was carried out, considering the concepts of interdisciplinarity and interprofessional work. Fleckian and dialogic methodological references were used to analyze teaching and learning strategies and methods. Results show that overcoming the juxtaposition of disciplinary approaches and also of perspectives of different professions requires the dissemination of educational and work experiences that enable interactions among different thought collectives in order to allow the emergence of an interprofessional thought style and collaborative practices.

Keywords: Health System. Education. Interdisciplinary practices. Health professionals. Multiprofessional team.

Este artigo apresenta e discute as bases teórico-conceituais de uma combinação de estratégias e métodos utilizados na educação de profissionais da Saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, com ênfase nas abordagens interdisciplinar e interprofissional. As reflexões produzidas foram baseadas em 11 iniciativas de educação pós-graduada realizadas entre 2009 e 2017. Foi realizada a análise documental do projeto pedagógico dos cursos de especialização intencionalmente selecionados, à luz dos conceitos de interdisciplinaridade e interprofissionalidade. Os referenciais metodológicos da perspectiva fleckiana e dialógica possibilitaram a análise e discussão das estratégias e métodos identificados. A superação da justaposição tanto de enfoques disciplinares quanto de perspectivas de diferentes profissões requer a disseminação de experiências educacionais e de trabalho que viabilizem interações entre diferentes coletivos de pensamento, de modo a possibilitarem a emergência de um estilo de pensamento interprofissional e práticas colaborativas.

Palavras-chave: Sistema de saúde. Educação. Práticas interdisciplinares. Profissionais de Saúde. Equipe multiprofissional.

^(a, c) Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Universidade Federal de São Carlos. Rodovia Washington Luís, km 235, SP-310. São Carlos, SP, Brasil. 13565-905. valeriavl@ufscar.br; rqpilha@gmail.com

^(b) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. eclaudiar@gmail.com

^(d) Instituto de Apoio ao Desenvolvimento do SUS. São Paulo, SP, Brasil. carlos.mourthe@iadsus.com

No campo da atenção à saúde, a orientação à integralidade do cuidado e a articulação entre ações e serviços¹ em redes de atenção no SUS vêm requerendo novas capacidades dos profissionais para uma atuação colaborativa em equipes multiprofissionais^{2,3}. Nesse cenário, enfrentamos obstáculos decorrentes de práticas fragmentadas tanto na formação profissional quanto no trabalho em saúde⁴.

Este artigo analisa uma combinação de estratégias e métodos de ensino-aprendizagem utilizados na educação pós-graduada de profissionais da Saúde no contexto do SUS, visando identificar em que medida favorecem uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. Nessa investigação, o ensino-aprendizagem é entendido como processo e produto emergentes da interação entre o sujeito que aprende e o objeto a ser conhecido^{5,6}. Sob essa perspectiva, “o homem constitui-se como tal [por meio de] suas interações e, portanto, é visto como alguém que transforma e é transformado nas relações produzidas em uma determinada cultura”⁷ (p. 93).

A educação interdisciplinar e interprofissional

De modo geral, a abordagem interdisciplinar pode ser considerada relativamente recente^{8,9}. De acordo com Silva¹⁰ – que promoveu uma revisão no modelo apresentado por Jantsch e Bianchetti¹¹ –, a distinção entre uni, pluri, multi, inter e transdisciplinar pode ser reconhecida tanto na interação entre sujeito e objeto quanto na produção de práticas.

Nesse sentido, a perspectiva unidisciplinar – que responde ao princípio analítico de separação das partes para melhor conhecer um fenômeno – é definida pelos saberes e práticas de uma única disciplina; a multidisciplinar, ainda com perspectiva analítica, é definida pela justaposição de diferentes saberes disciplinares; a interdisciplinar, com um enfoque voltado à síntese, promove a integração entre disciplinas, no sentido da construção de conceitos comuns; e, finalmente, a transdisciplinar ultrapassa as fronteiras das disciplinas¹².

No tocante às diferenças entre uni, multi e interdisciplinar, Silva¹⁰ questiona a abordagem interdisciplinar como sendo a construção de um sujeito coletivo, destacando o mito de uma interdisciplinaridade a-histórica, apresentada como um resgate redentor capaz de desfazer os equívocos da fragmentação do conhecimento.

No tocante à educação interprofissional (EIP), Barr¹³ considera que há ampla aceitação de que a origem do termo possa ser atribuída à Organização Mundial da Saúde, tendo sido incluída na Conferência de Alma-Ata de 1978 como uma das estratégias para promover “Saúde para todos no ano 2000”. A revisão sistemática publicada por Reeves et al.¹⁴ chama a atenção para o fato de que o estudo da efetividade da EIP permanece sem clareza em função das limitações metodológicas das publicações analisadas. No que diz respeito às iniciativas educacionais desenvolvidas nas últimas décadas no Brasil, como resposta às políticas públicas indutoras de mudanças na formação em Saúde, Peduzzi et al.¹⁵ afirmam que “[...] as iniciativas de mudança da formação e prática profissional dão destaque à abordagem interdisciplinar e ao trabalho multiprofissional” (p. 982), havendo a necessidade de um maior aprofundamento investigativo para correlacionar educação interprofissional e melhoria do cuidado.

Tomando em consideração o objetivo do presente trabalho, questões relevantes apresentadas na revisão de Peduzzi et al.¹⁵ podem ser assim resumidas: (a) existência de especificidades na formação profissional ao lado da colaboração entre diferentes profissões; (b) insuficiência de práticas de ensino para promover o trabalho integrado em equipe; e (c) baixa efetividade da abordagem interdisciplinar para promover práticas interprofissionais. Em síntese, destacam que interdisciplinaridade e educação interprofissional não são conceitos equivalentes por dizerem respeito, respectivamente, à esfera das disciplinas e áreas de conhecimento; e à esfera das práticas profissionais colaborativas na equipe de saúde.

Principais desafios do trabalho interprofissional no contexto da educação na saúde

Em relação à educação de profissionais de saúde, a abordagem por disciplinas segue hegemônica no âmbito da graduação e pós-graduação. No que diz respeito ao trabalho interprofissional, a

articulação entre diferentes carreiras com vistas às práticas colaborativas pode ser considerada ainda mais desafiadora, embora um conjunto significativo de políticas públicas no Brasil apresente diretrizes que sustentem a EIP, mesmo sem nomeá-la. Tal é o caso das políticas de humanização, de educação permanente e da constituição de sistemas de saúde-escola que articulam ensino e serviços. Em concordância com Barreto et al.¹⁶, acreditamos que tal sinergia confere um caráter estratégico à educação e ao trabalho interprofissionais.

Entretanto, no âmbito das práticas de atenção básica e especializada, o trabalho em equipes de saúde permanece enfrentando os desafios de (i) ultrapassar a compartimentalização de saberes e perspectivas¹⁷; (ii) ampliar a abordagem biomédica^{18,19}; e (iii) superar a fragmentação na atenção à saúde decorrente de sistemas hierarquizados, com baixa corresponsabilização, qualidade inconstante e custos crescentes²⁰⁻²².

Em relação à compartimentalização de saberes, Morin¹⁷ destaca que o nosso modo de produzir conhecimento e de ensinar nos levou a “[...] separar os objetos do seu meio, as disciplinas umas das outras, e a não reunir aquilo que faz parte do mesmo tecido”, compreendendo o mundo como “[...] fragmentos desconjuntados” (p. 14). As atividades educacionais voltadas para profissionais da saúde ainda são predominantemente organizadas segundo essa lógica disciplinar ou de acordo com a perspectiva de especialistas ou categorias profissionais. Campos¹ destaca que:

[...] o trabalho interdisciplinar depende também de certa predisposição subjetiva para se lidar com a incerteza, para receber e fazer críticas e para tomada de decisão de modo compartilhado, [não sendo] esse o padrão de subjetividade dominante em ambientes de concorrência exacerbada, modo predominante de funcionamento das instituições contemporâneas. (p. 404)

No âmbito da educação de profissionais de saúde, os processos educacionais contribuem para a produção de um padrão de subjetividade pouco cooperativo e colaborativo. Para Morin²³, ao construirmos iniciativas segundo uma abordagem interdisciplinar, religamos os conhecimentos de diferentes disciplinas e organizamos a aprendizagem por meio do desenvolvimento das capacidades de problematizar e contextualizar, no sentido de intervir no mundo. Para tanto, é necessário reconhecermos a legitimidade do outro na construção social dos saberes, mesmo que tenhamos distintos conjuntos de conhecimentos, valores, interesses e desejos²⁴. Além dessa disposição, a superação dos limites impostos pela racionalidade biomédica amplia os desafios para a construção de uma abordagem ampliada no cuidado à saúde. Segundo Campos et al.²⁵, a ressignificação da racionalidade biomédica implica a incorporação das:

[...] fragilidades subjetivas e as redes sociais, para além dos riscos biológicos; [...] de objetivos do trabalho [para], além de curar, reabilitar e prevenir danos em pessoas doentes, [apoiando] o desenvolvimento de maiores graus de autonomia e autocuidado dos sujeitos, de sua capacidade de pensar, agir e criar novos modos de vida para si e novas formas de posicionamento diante da sua saúde e do seu contexto; e [a reformulação da] relação clínica e dos processos de educação. (p. 990)

A racionalidade biomédica explica os fenômenos de saúde-doença segundo uma lógica estruturada pelas ciências do campo da Biologia¹⁸. A noção do corpo humano como máquina; a relação de causa e efeito; a centralidade na objetivação de doenças e lesões; e a centralidade no trabalho médico e na atenção hospitalar contribuíram fortemente para a construção de uma racionalidade que, praticamente, excluiu as dimensões subjetiva e social do processo saúde-doença.

Em relação à fragmentação da atenção à saúde frente às necessidades de cuidado das pessoas e populações, Mendes²¹ explora a dimensão da gestão do trabalho em saúde apontando que a lógica de hierarquização dos serviços tem raízes no cuidado centrado nos profissionais, com predomínio da perspectiva médica. Para esse autor, a organização de sistemas como um “[...] conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros, [...] incapazes de prestar uma atenção

contínua à população” (p. 2299) reflete uma modelagem fragmentada e piramidal, sendo esse tipo de resposta insuficiente frente às necessidades de saúde no século XXI.

Cecílio²⁰, ao analisar a lógica da organização piramidal dos sistemas de saúde, questiona:

[...] a ideia de um “topo”, expressão topográfica de uma certa “hierarquia tecnológica” que teria o hospital no seu vértice [frente à] necessidade do sistema de saúde ser organizado a partir da lógica do que seria mais importante para cada usuário, no sentido de oferecer a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada. (p. 469)

Ao focalizar o cuidado à saúde nas sociedades ocidentais contemporâneas, Camargo¹⁸ também discute a crescente divisão do trabalho que, associada à ação de interesses econômicos e dos aspectos simbólicos presentes nas racionalidades profissionais, também contribui para a desarticulação dos profissionais e da atenção à saúde das pessoas.

Finalmente, em relação à qualidade inconstante e aos custos crescentes da atenção à saúde, Scally e Donaldson²² apontam que a organização fragmentada dos serviços resulta em baixa satisfação e confiança por parte de seus usuários em decorrência do crescimento de eventos adversos e da perda da dimensão humana no cuidado à saúde.

Frente aos desafios elencados, este artigo analisa em que medida um conjunto de iniciativas educacionais ancoradas em currículos integrados e metodologias ativas favorece uma abordagem interdisciplinar e práticas colaborativas em equipes multiprofissionais.

Percurso metodológico

A partir da demanda de gestores do SUS, foram construídas iniciativas educacionais de pós-graduação para profissionais inseridos em redes de atenção à saúde²⁶⁻³⁶. No formato de cursos de especialização e de aperfeiçoamento, essas iniciativas foram desenvolvidas nas cinco regiões geográficas do país para aproximadamente 34.000 profissionais de saúde do SUS entre 2009 a 2017. Esses cursos foram ações do Programa de Apoio ao Desenvolvimento do SUS, sendo elaborados pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e Hospital Sírio-Libanês³³.

Das 55 iniciativas realizadas, 33 foram no formato de especialização *lato sensu* (360 horas), 21 de aperfeiçoamento (180 horas) e uma de atualização (menos de 180 horas)³³. A proposta educacional e o currículo dessas iniciativas foram obtidos em documentos de caráter público, no formato de manuais que descrevem o projeto pedagógico, contemplando o perfil de competência, os conteúdos e as estratégias educacionais utilizadas²⁶⁻³⁶.

Em função da maior carga horária, do potencial de aprofundamento teórico-prático e do uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, as especializações foram intencionalmente selecionadas, sendo priorizadas as 11 realizadas em 2017. Esse critério de inclusão assentou-se na ideia de que as últimas edições dos cursos expressariam a experiência acumulada no período estudado.

Os cursos da amostra focalizaram como temáticas inovações tecnológicas nas áreas de atenção à saúde, gestão em saúde e educação na saúde, envolvendo profissionais da atenção básica e especializada, predominantemente das carreiras de Enfermagem, Medicina, Serviço Social, Odontologia, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia (Tabela 1).

As atividades educacionais da amostra foram realizadas em grupos multiprofissionais com sete a dez participantes, respeitando a maior diversidade possível de profissões. A orientação, organização e o uso de metodologias de ensino-aprendizagem seguiram uma estrutura e desenvolvimento semelhantes para todos os cursos, tanto nos aspectos didático-pedagógicos quanto na gestão acadêmica²⁶⁻³⁶.

Tabela 1. Temáticas e número de profissionais envolvidos nos cursos da amostra

Nome do curso de especialização	Nº de profissionais
Atenção ao Paciente Crítico ²⁶	100
Gestão da Clínica nas Regiões de Saúde ²⁷	960
Gestão da Vigilância Sanitária ²⁸	520
Gestão de Emergências em Saúde Pública ²⁹	440
Gestão de Políticas de Saúde Informadas por Evidências ³⁰	500
Preceptoria de Residência Médica no SUS ³¹	2000
Preceptoria no SUS ³²	1020
Processos Educacionais na Saúde ³³	451
Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente ³⁴	1000
Regulação em Saúde no SUS ³⁵	860
Vigilância em Saúde ³⁶	1060
Total	8.911

Fonte: Adaptado dos cadernos dos cursos²⁶⁻³⁶.

A análise dos dados, focalizando as estratégias e métodos de ensino-aprendizagem que traduzissem uma abordagem interdisciplinar e interprofissional, foi apoiada por duas abordagens metodológicas. A primeira responde à perspectiva do médico polonês Fleck³⁷, que estabeleceu um ferramental epistemológico para acessar a complexidade da produção de conhecimentos na sociedade. Assim, foram utilizados os conceitos de coletivo de pensamento e de estilo de pensamento, que compõem a teoria comparada do conhecimento fleckiana^{38,39} no sentido de fundamentar a produção e circulação de saberes.

De acordo com Fleck³⁷, “o processo de conhecimento representa a atividade humana que mais depende das condições sociais, [sendo] o conhecimento [um] produto social por excelência” (p. 85). Esse autor conceituou como coletivo de pensamento “uma comunidade de pessoas que trocam pensamentos ou se encontram numa situação de influência recíproca de pensamentos” (p. 82). Em relação ao modo como coletivo e estilo de pensamento se relacionam, Condé³⁸ destaca que: “[...] diferentes grupos, em diferentes períodos históricos [como] coletivos de pensamento, constroem seus estilos de pensamento ou conhecimento a partir de suas atividades sociais e suas interações com a natureza” (p. 7).

Cabe aqui apontarmos que o estilo de pensamento “não é uma característica opcional que pode ser voluntariamente, conscientemente escolhida, mas antes uma imposição feita pelo processo de socialização representado pela inclusão em um coletivo de pensamento”¹⁸ (p. 1164). Entretanto, de acordo com a abordagem fleckiana, as mudanças na produção de saberes e práticas ocorrem de forma evolucionária quando premissas presentes em determinados estilos de pensamento são questionadas por outros estilos, originando, assim, elementos explicativos que, no decorrer da história das sociedades, podem ser conservados ou modificados.

No sentido de analisarmos as interações entre coletivos de pensamento, associamos a abordagem dialógica à perspectiva fleckiana.

A dialogia^{23,39} valoriza as relações estabelecidas entre diferentes pontos de vista na construção de um metaponto²³ de vista, como resultante da interação entre pessoas e destas com o mundo. Ao pensarmos e compreendermos o mundo, dialogicamente, conseguimos identificar diferentes coletivos de pensamento como elementos intrínsecos de uma unidade ou de uma organização. As ambiguidades e dualidades entre diferentes coletivos sempre existirão e o movimento e a vida resultam da tensão produzida para conservar ou transformar os padrões de um sistema^{23,39}.

Assim, a abordagem dialógica desloca o sentido da contradição entre lógicas para o diálogo entre diferenças. Na abordagem dialógica não ocorre a submissão de um elemento em relação ao outro ou de uma lógica em relação à outra. A articulação entre diferentes pontos de vista ou

coletivos de pensamento expressa a relação recursiva e complementar entre, por exemplo, disciplina-interdisciplinaridade, educação-trabalho e profissional A-profissional B²³.

Os resultados da análise documental realizada estão apresentados segundo a estrutura, orientação e organização curriculares, e as estratégias e métodos educacionais identificados.

A estrutura curricular

A estrutura curricular utilizada nos cursos analisados foi ancorada na concepção de currículos integrados⁴⁰ que contempla a articulação entre teoria-prática, educação-trabalho e disciplinas. Nos currículos integrados, a articulação teoria-prática implica uma interconexão a tal ponto que essas duas dimensões passam a ser mutuamente transformadas por meio das interações e diálogos estabelecidos⁴⁰. Nos currículos analisados, a articulação entre saberes disciplinares, processos, práticas profissionais, ensino, aprendizagem e trabalho foi expressa por meio de uma matriz curricular, ao invés de uma grade de disciplinas justapostas.

Embora nos cadernos analisados essa matriz curricular tenha sido apresentada segundo dois eixos, a análise documental confirmou a existência de quatro elementos curriculares. Esses quatro elementos foram igualmente apontados em formulação teórica publicada por parte dos autores dos cursos analisados⁴¹. Desse modo, foram identificados dois eixos chamados "orientadores" e outros dois denominados "organizadores" (Figura 1).



Figura 1. Representação esquemática dos elementos orientadores e organizadores da matriz curricular, adaptado dos cadernos dos cursos²⁶⁻³⁶

A orientação curricular: eixos orientadores

Os eixos orientadores definidos pelo perfil de competência profissional e pelos macroproblemas da prática profissional foram utilizados para a seleção de conteúdos, assim como para a combinação de estratégias, métodos, atividades e processos avaliativos. Ainda segundo informações encontradas nos cadernos dos cursos analisados, os perfis de competência foram construídos à luz da concepção holística e da abordagem dialógica de competência²⁶⁻³⁶.

A concepção holística articula os elementos constitutivos da competência: capacidades, ações, contexto e critérios de excelência⁴² e associada à abordagem dialógica orientam a construção dos perfis pela investigação das práticas de profissionais considerados competentes por distintos atores sociais relacionados a uma dada profissão⁴³.

Os perfis foram sistematizados em áreas de competência e essas, por sua vez, caracterizadas por ações que legitimam socialmente o exercício profissional. As ações que compõem as áreas de atenção à saúde, gestão em saúde e educação na saúde foram conformadas por uma combinação de capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras. As capacidades e os critérios de excelência foram ancorados nos saberes e práticas que fundamentam o exercício profissional²⁶⁻³⁶.

De modo articulado aos perfis de competência, a ocorrência e a prevalência de eventos relacionados aos processos saúde-doença e de cuidado também foram considerados na seleção de conteúdos, estratégias e métodos de ensino-aprendizagem. Esses eventos foram agrupados segundo macroproblemas ou desafios profissionais a serem enfrentados no contexto do SUS²⁶⁻³⁶.

A organização curricular: eixos organizadores

Os eixos organizadores das iniciativas educacionais analisadas foram estruturados em unidades curriculares denominadas "simulação de prática profissional" e "prática profissional em cenários reais"²⁶⁻³⁶.

Esse tipo de organização curricular expressa uma estrutura interdisciplinar, uma vez que as atividades educacionais são desenvolvidas a partir de problemas apresentados de modo simulado ou como relatos de vivência reais da prática.

No eixo organizador "simulação da prática", as situações-problema utilizadas, embora baseadas em eventos reais, foram construídas pelos autores dos cursos investigados considerando o perfil de competência e os macroproblemas do campo profissional. As situações processadas pelos grupos multiprofissionais incluíram problemas ou desafios apresentados em formato escrito ou por meio de simulações com atores, manequins ou entre pares, além de desempenhos filmados. Esse conjunto de disparadores foi contextualizado em um município fictício chamado Polis⁴⁴.

No eixo organizador "prática profissional em cenários reais", os problemas e desafios profissionais vivenciados pelos especializandos no contexto do SUS foram processados pelos grupos multiprofissionais por meio de narrativas reflexivas. As narrativas, segundo termo de referência presente nos cadernos dos cursos, são relatos escritos pelos especializandos sobre uma vivência profissional que, independentemente do desfecho, foi desafiadora e mobilizou reflexões²⁶⁻³⁶. Ainda nesse eixo, o processo de trabalho de equipes multiprofissionais foi problematizado no sentido da identificação de desafios e construção de planos de intervenção voltados à transformação das práticas no SUS.

As estratégias e métodos de ensino-aprendizagem

As principais estratégias de ensino-aprendizagem identificadas nos cursos analisados foram (i) o processamento de problemas para articular conteúdos disciplinares; (ii) a integração entre problemas simulados e reais; e (iii) a construção de projetos de intervenção por grupos ou equipes multiprofissionais.

Em relação ao processamento de problemas, Bransford et al.⁴⁵ apontam que, diferentemente da abordagem de temas abstratos, os problemas contextualizados favorecem a construção de significados.

Ao articular contextualização com o desenvolvimento do pensamento complexo, Morin²³ destaca a insuficiência do pensamento linear, que apresenta uma visão simplificadora e unidimensional de causalidade dos fenômenos por abstrair o sujeito de seu contexto e desconsiderar os valores e as relações que singularizam as situações.

A utilização de problemas da prática como disparadores do processo ensino-aprendizagem tensiona a lógica da antecedência da teoria em relação à prática e mesmo de subordinação desta à teoria.

A reversão na relação teoria-prática exige uma revisão mais profunda das concepções que temos sobre “prática”. Essa reflexão se situa em uma fértil linha de discussões teóricas que colocam a aprendizagem no trabalho no centro das discussões.

Reich e Hager⁴⁶ apontam quatro dimensões relevantes para ampliarmos nossa concepção de “prática”. A primeira dimensão relaciona-se à racionalidade técnico-científica; a segunda, à sociomaterialidade das práticas; a terceira, à articulação corpo-mente; e a quarta, a uma perspectiva relacional. No tocante à primeira dimensão, esses autores definem que prática é mais do que um lócus para aplicação da teoria, sendo considerada um “processo coletivo, contextualizado, que combina conhecer, trabalhar, organizar, aprender e inovar”⁴⁶ (p. 114). A segunda dimensão representa a materialidade dos objetos e artefatos socialmente construídos e que estão inextricavelmente associados às práticas. A terceira rompe com a “dicotomia mente-corpo, uma vez que consideram que a prática é ‘in-corpo-rada’, na medida em que trabalhamos com nossos corpos”⁴⁶ (p. 114). E, por último, a dimensão relacional envolve diferentes interações entre sujeitos e entre estes e objetos.

Para exemplificar, Reich e Hager⁴⁶ trazem resultados de suas pesquisas com músicos de orquestras, destacando as relações entre os profissionais e grupos de instrumentos e entre o som produzido, a acústica e o tipo de plateia. A imagem dos músicos e de suas diversas *expertises* no domínio dos instrumentos pode ser associada tanto com a construção de saberes e práticas pelos grupos multiprofissionais nos cursos analisados quanto com as interações produzidas por equipes de saúde no contexto do SUS. No tocante aos métodos utilizados para a exploração dos problemas – simulados ou reais –, foram empregadas metodologias ativas de ensino-aprendizagem, desenvolvidas em pequenos grupos multiprofissionais. Esses grupos foram formados pela maior diversidade profissional dos participantes e acompanhados por um docente no papel de facilitador das interações produzidas²⁶⁻³⁶.

As metodologias ativas utilizadas foram a aprendizagem baseada em problemas⁴⁷, a problematização^{48,49} e a aprendizagem baseada em equipes⁵⁰. Como características comuns, essas metodologias requerem que os estudantes tenham uma participação ativa no processo ensino-aprendizagem, fixando objetivos educacionais, planejando e construindo projetos de intervenção. Os professores passam a ser responsáveis por apoiar a ampliação de capacidades para compreender e transformar a realidade⁴⁵.

Ao estimular o engajamento dos participantes no processo de aprendizagem, promover a identificação de capacidades prévias, contemplar diferentes explicações sobre os problemas processados e apoiar a busca por melhores evidências para ampliar sua capacidade explicativa, as metodologias ativas favorecem a identificação de conexões e pontes entre os eixos simulado e prática real e entre as perspectivas das diversas profissões, propiciando a construção de novos saberes e práticas⁴⁷⁻⁵⁰.

Ainda que a aprendizagem seja necessariamente individual e singular para cada sujeito envolvido, a natureza coletiva e multiprofissional do processo de construção de saberes impõe o reconhecimento da interação entre diferentes coletivos e estilos de pensamento.

No tocante às interações produzidas no encontro entre profissionais e destes com as pessoas sob cuidado, Feuerwerker⁵¹ destaca a presença dos processos de subjetivação que são acoplados às racionalidades particulares de cada carreira. Segundo a autora, nesses encontros são mobilizados saberes, intencionalidades, valores e concepções, para além do domínio de conhecimentos e técnicas que fundamentam o exercício de cada profissão.

Assim, ao explorarmos os problemas do mundo do trabalho e as práticas profissionais como disparadoras dos processos de aprendizagem, favorecemos que sejam explicitadas as racionalidades que as explicam, assim como os estilos de pensamento construídos a partir dos diferentes coletivos de pensamento.

Segundo a abordagem fleckiana, cada coletivo de pensamento, definido por uma unidade social da comunidade de especialistas, estabelece os pressupostos sobre os quais devem ser produzidos saberes e práticas relativas à respectiva disciplina ou profissão. Mesmo as produções científicas dos especialistas são atravessadas por acoplamentos complexos de saberes que envolvem as duas áreas ou círculos representados na abordagem fleckiana³⁷. Os círculos mais internos compreendem aqueles profissionais que produzem os conhecimentos científicos e são considerados as principais autoridades epistemológicas em um determinado campo do conhecimento, e o mais externo é formado por “leigos esclarecidos” que

divulgam as informações desse campo em mídias populares (Figura 2). Os especializandos dos cursos analisados podem ser considerados como generalistas, pertencentes ao círculo esotérico.

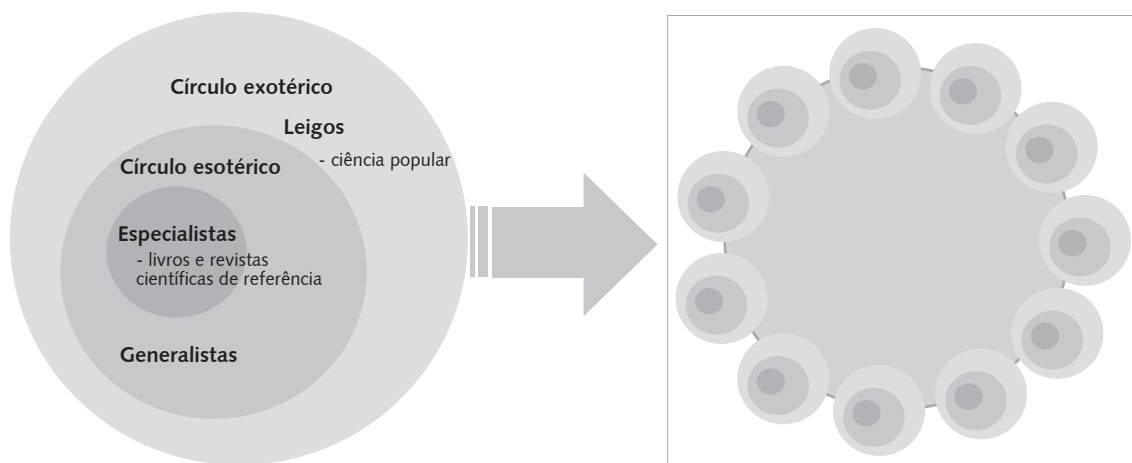


Figura 2. Coletivo de pensamento³⁷ adaptado de Camargo¹⁸ e interação de distintos coletivos em grupo multiprofissional

Para Fleck³⁷, os saberes e práticas produzidos nos círculos esotérico e exotérico são reciprocamente influenciados, sendo construídos nas interações sociais determinadas pela história das sociedades, inclusive na própria produção dos fatos científicos.

Camargo¹⁸ explora a construção do estilo de pensamento biomédico segundo a abordagem fleckiana, apontando que essa racionalidade, embora com especificidades, está presente no coletivo de pensamento de várias profissões da saúde. A criação de um estilo de pensamento interprofissional requer, necessariamente, a ampliação da racionalidade biomédica.

Conquistas e novos desafios na educação interprofissional

Como conquista, o processamento de problemas da prática profissional, simulados ou reais, segundo metodologias ativas e por grupos multiprofissionais, tende a favorecer as abordagens interdisciplinar e interprofissional por meio da interação entre coletivos de pensamento e do diálogo entre distintas racionalidades, oportunizando a construção de um estilo de pensamento baseado em práticas colaborativas.

Nesse sentido, D'amour et al.⁵² conferem relevância ao processo de socialização de valores, crenças e atitudes socialmente construídos pelas diferentes profissões e que desempenha um papel crítico na construção de capacidades para uma colaboração efetiva entre profissionais. Rossit et al.⁵³ confirmam essa ideia por meio de um estudo com egressos de cursos com abordagem multiprofissional, destacando que o reconhecimento da singularidade de diferentes profissões reforça a própria identidade profissional no trabalho colaborativo.

Por sua vez, a organização de atividades educacionais voltadas à construção colaborativa de projetos de intervenção por equipes multiprofissionais promove o engajamento dos profissionais e a produção de melhores práticas de cuidado. Nesse sentido, embora Zwarenstein et al.⁵⁴ mostrem haver evidência suficiente de que as práticas colaborativas impactam positivamente no cuidado a grupos específicos, D'amour et al.⁵² chamam a atenção para a falta de evidências que permitam correlacionar iniciativas educacionais multiprofissionais com a melhoria de resultados do sistema, sem que haja o enfrentamento concomitante de outros determinantes da organização do sistema de saúde.

No tocante à opinião dos profissionais sobre a prática colaborativa, estudo de Casanova et al.⁵⁵ que investiga a percepção de residentes de 13 programas multiprofissionais aponta satisfação desses ainda estudantes com o trabalho em equipe e reforça a pertinência dessa estratégia ao encontrar como ênfases a responsabilização da equipe frente aos casos clínicos e planos de cuidado, à centralidade nas necessidades do paciente e à articulação ensino-serviço. Por outro lado, a investigação de Matuda et al.⁵⁶ sobre a percepção de profissionais que atuam na saúde da família acerca do trabalho colaborativo revela tensões decorrentes de contraposições entre práticas centradas em procedimentos e aquelas orientadas às necessidades dos usuários, apontando disputas entre estilos de pensamento e modelos de organização dos serviços de saúde.

Finalmente, mas não menos importante, a estratégia de estabelecer pontes entre ensino-trabalho e entre simulação-realidade representa um desafio na educação interprofissional pela inovação tecnológica frente aos currículos tradicionais. Na Saúde, essa articulação requer a inserção da educação no contexto do SUS, visando à produção de práticas colaborativas que promovam um estilo de pensamento interprofissional. Segundo Davini⁵⁷, a incorporação do ensino e da aprendizagem ao cotidiano das organizações:

[...] modifica substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer; coloca as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores; envolve a equipe ou o grupo de trabalho num processo interativo que visa à troca de experiências multiprofissionais e perspectivas interdisciplinares; amplia os espaços educativos fora da sala de aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes, associações e na comunidade. (p. 44)

Considerações finais

A imagem de um quadrilátero proposta por Ceccim e Feuerwerker¹⁹ para apresentar a imbricada articulação entre as práticas de educação, gestão, atenção à saúde e controle social traduz a complexidade dos desafios para a formação e o cuidado em saúde segundo uma abordagem interdisciplinar e interprofissional.

A criação de um estilo de pensamento interdisciplinar e interprofissional na Saúde somente será consolidada se ampliarmos, disseminarmos e potencializarmos experiências educacionais e de trabalho que produzam interações entre diferentes coletivos de pensamento e investigarmos o impacto dessas ações. Considerando esse contexto, as estratégias empregadas nas iniciativas educacionais analisadas mostram-se alternativas coerentes com esse objetivo porque favorecerem relações solidárias e colaborativas, que implicam na inclusão, na aceitação e no respeito, potencializando a produção de novos significados sobre o cuidado à saúde, de modo orientado às necessidades de saúde e pautado na interprofissionalidade.

Ao tecermos relações cooperativas e colaborativas na diversidade, abrimo-nos para o reconhecimento dos distintos coletivos de pensamento e para investigarmos e problematizarmos as racionalidades e valores presentes em nossos discursos e práticas. A compreensão de que os estilos de pensamento são socialmente construídos amplia a possibilidade de nos tornarmos mais conscientes do nosso papel nessa construção e de, potencialmente, redefinirmos nossas práticas na atenção à saúde.

Contribuições dos autores

Valéria Vernaschi Lima e Eliana Claudia de Otero Ribeiro contribuíram em todas as etapas da elaboração do manuscrito. Roberto de Queiroz Padilha e Carlos Alberto Mourthé Júnior contribuíram no delineamento metodológico, na discussão de resultados, revisão e aprovação da versão final do manuscrito.

Agradecimentos

Ao Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e Hospital Sírio-Libanês pelo investimento em projetos de apoio ao desenvolvimento do SUS voltados à capacitação de profissionais de saúde.

Referências

1. Campos GWS. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(2):399-407.
2. Cecilio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar [Internet]. Campinas: Unicamp; 2003 [citado 12 Set 2017]. Disponível em: http://www.iqg.com.br/pbsp/img_up/01317818578.pdf
3. Franco TB, Magalhães H Jr. A integralidade e as linhas de cuidado. In: Merhy EE, Magalhães HM Jr, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003.
4. Câmara AMCS, Cyrino AP, Cyrino EG, Azevedo GD, Costa MV, Bellini MIB, et al. Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):9-12.
5. Vygotsky LS. *A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores*. 6a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
6. Freire P. *Educação como prática de liberdade*. 22a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996.
7. Rego TC. *Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação*. Rio de Janeiro: Vozes; 1995.
8. Japiassu H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
9. Fazenda ICA. *Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa*. Campinas: Papyrus; 1995.
10. Silva DJ. O paradigma transdisciplinar: uma perspectiva metodológica para a pesquisa ambiental [Internet]. São José dos Campos: INPE; 1999 [citado 12 Set 2017]. Disponível em: <http://www.gthidro.ufsc.br/arquivos/transdisciplinaridade.pdf>
11. Jantsch AP. Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito. In: Jantsch AP, Bianchetti L, organizadores. *Interdisciplinaridade: para além da filosofia do sujeito*. Petrópolis: Vozes; 2000. p. 113-44.
12. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(22):239-55.
13. Barr H. Interprofessional education: the genesis of a global movement [Internet]. London: Centre for Advancement of Interprofessional Education; 2015 [citado 20 Jul 2018]. Disponível em: <https://www.caip.e.org/resources/publications/barr-h-2015-interprofessional-education-genesis-global-movement>.
14. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 3(3):1-48.
15. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(4):977-83.
16. Barreto ICHC, Loiola FA, Andrade LOM, Moreira AEMM, Cavalcanti CGCS, Arruda CAM, et al. O desenvolvimento da prática de colaboração interprofissional na graduação em saúde: estudo do caso da Liga de Saúde da Família em Fortaleza (Ceará, Brasil). *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(36):199-211.

17. Morin E. A religação dos saberes: o desafio do século XXI. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2002.
18. Camargo KR Jr. Sobre palheiros, agulhas, doutores e o conhecimento médico: o estilo de pensamento dos clínicos. *Cad Saude Publica*. 2003; 19(4):1163-74.
19. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004; 14(1):41-65.
20. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cad Saude Publica*. 1997; 13(3):469-78.
21. Mendes EV. As redes de atenção. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):2297-305.
22. Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*. 1998; 317(7150):61-5.
23. Morin E. Por uma reforma do pensamento. In: Pena-Vega A, Nascimento EP, organizadores. O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond; 1999.
24. Maturana H. Emoções e linguagem na educação e na política. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2005.
25. Campos GWS, Figueiredo MD, Pereira N Jr, Castro CP. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(1):983-95.
26. Coelho IB, Lima VV, Ribeiro ECO, Massaro A, Massaro IC, Arruda F, et al. Especialização em Atenção ao Paciente Crítico [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2016 [citado 29 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324831937_Especializacao_em_Atencao_ao_Paciente_Critico_Caderno_do_Curso_Projetos_de_Apoio_ao_SUS
27. Soeiro E, Oliveira JM, Schiesari LMC, Oliveira MS, Padilha RQ, Silva SF, et al. Gestão da clínica nas regiões de saúde [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017 [citado 22 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322580554_Gestao_da_Clinica_nas_Regioes_de_Saude
28. Ramos L, Lima VV, Padilha RQ, Pereira SMSF, Costa EA. Gestão da Vigilância Sanitária [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017 [citado 22 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322580720_Gestao_da_Vigilancia_Sanitaria
29. Massaro A, Lima VV, Oliveira MS, Petta HL, Padilha RQ. Gestão de emergência sem Saúde Pública [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017 [citado 22 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322580560_Gestao_de_Emergencias_em_Saude_Publica
30. Silva SF, Lima VV, Pereira SMSF, Padilha RQ, Barreto JOM. Gestão de políticas de saúde informadas por evidências [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017 [citado 22 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322580524_Gestao_de_Politicas_de_Saude_Informadas_por_Evidencias_-_ESPIE_2017
31. Lima VV, Oliveira MS, Petta HL, Pereira SMSF, Ribeiro ECO, Padilha RQ. Preceptoria na residência médica [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017 [citado 22 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322580644_Preceptoria_de_Residencia_Medica_no_SUS
32. Oliveira MS, Lima VV, Petta HL, Pereira SMSF, Ribeiro ECO, Padilha RQ. Preceptoria no SUS [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017 [citado 22 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322580827_Preceptoria_no_SUS

33. Lima VV, Pereira SMSF, Oliveira JM, Ribeiro ECO, Petta HL, Oliveira MS, et al. Processos educacionais na saúde [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017 [citado 22 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/324686349_Processos_Educacionais_na_Saude_Especializacao_com_Enfase_em_Tecnologias_Educacionais_Construtivistas
34. Schiesari LMC, Soeiro E, Petrolino HMBS, Siqueira ILCP, Silva SC, Borrasca VL, et al. Qualidade e segurança no cuidado ao paciente [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017 [citado 22 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322580662_Qualidade_e_Seguranca_no_Cuidado_ao_Paciente
35. Silva SF, Lima VV, Soeiro E, Pereira SMSF, Padilha RQ, Massaro A, et al. Regulação em saúde no SUS [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017 [citado 22 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322580744_Regulacao_em_Saude_no_SUS
36. Oliveira MS, Lima VV, Pereira SMSF, Ribeiro ECO, Duarte E, Veras MASM, et al. Vigilância em saúde [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2017 [citado 22 Abr 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322580306_Vigilancia_em_Saude
37. Fleck L. Gênese e desenvolvimento de um fato científico. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2010.
38. Condé MLL. Ludwick Fleck: estilos de pensamento na ciência. Belo Horizonte: Editora Fino Traço; 2012.
39. Morin E. O método 3: conhecimento do conhecimento. Porto Alegre: Sulina; 2008.
40. Sacristán JG, Gómez AIP. Compreender e transformar o ensino. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 1998.
41. Lima VV, Ribeiro ECO, Padilha RQ. Estrutura curricular na formação de profissionais de saúde. In: Lima VV, Padilha RQ, organizadores. Reflexões e inovações na educação de profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018. p. 47-55.
42. Ribeiro ECO, Lima VV, Padilha RQ. Formação orientada por competência. In: Lima VV, Padilha RQ, organizadores. Reflexões e inovações na educação de profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018. p. 25-36. (Série processos educacionais na saúde).
43. Lima VV, Ribeiro EC, Padilha RQ, Gomes R. Processo de construção de perfil de competência de profissionais [Internet]. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa; 2014 [citado 22 Abr 2018]. (Nota Técnica 1). Disponível em: <http://ensino.hospitalsiriolibanes.com.br/downloads/nota-tecnicacompetencia-profissionais.pdf>
44. Padilha RQ, Silva SF, Oliveira MS, Lima VV, Pereira SMSF, Caleman G, et al. Município Polis: caderno do cenário simulado [Internet]. 2016. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, Ministério da Saúde; 2016 [citado 20 Jul 2018]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322554139_Municipio_POLIS_caderno_de_cenario_simulado_2017
45. Bransford JD, Brown AL, Cocking RR, organizadores. How people learn. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
46. Reich A, Hager AP. Problematizing practice, learning and change: practice-theory perspectives on professional learning. *J Workplace Learn.* 2014; 26(6/7):418-31. doi: <http://dx.doi.org/10.1108/JWL-02-2014-0016>
47. Lima VV. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(61):421-34.
48. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 22a ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2001.

49. Berbel NAN. A metodologia da problematização com o arco de Maguerez: uma reflexão teórico-epistemológica. Londrina: EDUEL; 2012.
50. Michaelsen LK, Arletta BK, Dee Fink L. Team-based learning: a transformative use of small groups. Sterling, VA: Stylus Publishing; 2004.
51. Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
52. D'amour D, Goulet L, Labadie JF, Rodriguez LSM, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res.* 2008; 21(8):188.
53. Rossit RAS, Freitas MAO, Batista SHSS, Batista NA. Construção da identidade profissional na educação interprofissional em saúde: percepção de egressos. *Interface (Botucatu)* [Internet]. Forthcoming 2018 [citado 20 Jul 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2018nahead/1414-3283-icse-1807-576220170184.pdf>
54. Zwarenstein MI, Reeves S, Perrier L. Effectiveness of pre-licensure interprofessional education and post-licensure collaborative internships. *J Interprof Care.* 2005; 19(1):148-65.
55. Casanova IA, Batista NB, Moreno LR. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. *Interface (Botucatu)*. Forthcoming 2018 [citado 20 Jul 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2018nahead/1807-5762-icse-1807-576220170186.pdf>
56. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na estratégia saúde da família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Cienc Saude Colet.* 2015; 20(8):2511-21.
57. Davini MC. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos de saúde. In: Ministério da Saúde (BR). Política nacional de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 39-58

Lima VV, Ribeiro ECO, Padilha RQ, Mourthé Júnior CA. Desafios en la educación de profesionales de salud: un abordaje interdisciplinario e interprofesional. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1549-62.

Este artículo presenta y discute las bases teórico-conceptuales de una combinación de estrategias y métodos utilizados en la educación de profesionales de la salud en el contexto del Sistema Único de Salud brasileño, con énfasis en los abordajes interdisciplinario e interprofesional. Las reflexiones producidas tuvieron como base 11 iniciativas de educación de post-grado realizadas entre 2009 y 2017. Se realizó el análisis documental del proyecto pedagógico de los cursos de especialización intencionalmente seleccionados, considerando los conceptos de interdisciplinariedad e interprofesionalidad. Los referenciales metodológicos de la fleckiana y dialógica posibilitaron el análisis y la discusión de las estrategias y métodos identificados. La superación de la yuxtaposición tanto de enfoques disciplinarios como de perspectivas de diferentes profesiones requiere la divulgación de experiencias educativas y de trabajo que hagan posibles las interacciones entre diferentes colectivos de pensamiento de tal forma que posibiliten la emergencia de un estilo de pensamiento interprofesional y prácticas colaborativas.

Palabras clave: Sistema de salud. Educación. Prácticas interdisciplinarias. Profesionales de salud. Equipo multiprofesional.

Submetido em 29/10/17. Aprovado em 16/08/18.