

Conexões e fronteiras da interprofissionalidade:

forma e formação

Ricardo Burg Ceccim^(a)

Ceccim RB. Connections and boundaries of interprofessionality: form and formation. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1739-49.

The debate presents a discussion on interprofessionality: its trajectory and the need of this concept for the management of work and education in the area of health, especially when patient safety, education oriented to health systems, and coordination of the services network guided by integral care, efficacy, users' satisfaction and workers' comfort are present. It presents the distinction among "multi", "inter" and "between" in relation to the terms profession and discipline. A focal review of the literature was carried out, in a search for the introduction of the term and its variation in education, practice, praxis and audit of educations and professional actions. It problematizes connections (challenges) and boundaries (limits), pointing to learning, thought and creation. The text is concluded by bringing the idea that form and form-giving supports the notion of fixation of forms (normative) or movement of forces (permanent health education).

Keywords: Interprofessionality. Interprofessional practice. Interprofessional education. Health education. Formation.

O debate apresenta uma tematização sobre a interprofissionalidade: trajetória e necessidade desse conceito para a gestão do trabalho e da educação na saúde, especialmente quando em cena a segurança do paciente, a formação orientada aos sistemas de saúde e uma coordenação da rede de serviços orientada pela integralidade, resolutividade, satisfação dos usuários e maior conforto dos trabalhadores. Apresenta a distinção entre os prefixos "multi", "inter" e "entre" ante os termos "profissão" e "disciplina". Foi realizada uma revisão focal da literatura, buscando a introdução do termo e sua variação em educação, prática, práxis e auditoria das formações e das ações profissionais. Problematisa conexões (desafios) e fronteiras (limites), apontando para o aprender, o pensamento e a criação. A ideia de forma e formação apoia a noção de fixação das formas (normativas) ou movimento das forças (educação permanente em saúde), assim se concluindo.

Palavras-chave: Interprofissionalidade. Prática interprofissional. Educação interprofissional. Educação em Saúde. Formação.

^(a) Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Avenida Paulo Gama, s/nº, prédio 12.201, 7º andar. Porto Alegre, RS, Brasil. 90046-900. burgceccim@gmail.com

Introdução

A palavra “interprofissionalidade” vem ganhando certa notoriedade junto às políticas de saúde, tanto no setor público quanto no privado, no Brasil e no mundo, especialmente no tocante à educação interprofissional. Essa notoriedade decorre de ter-se tornado relevante inserir na gestão do trabalho e da educação na saúde critérios e parâmetros de regulação da atividade profissional em equipe e de organização curricular da formação para o trabalho em equipe. O debate necessário, entretanto, não envolve apenas tais critérios e parâmetros; o conceito e sua história ainda são pouco conhecidos e seu uso, no mundo do trabalho ou da educação, ainda vem permeado pela confusão, quando não tomado como simples sinônimo das palavras “multiprofissionalidade”, “multidisciplinaridade” e “interdisciplinaridade”. Refiro “palavras” e não “termos” ou “conceitos” porque tampouco estes últimos, mais frequentes no tocante ao trabalho em equipe, recebem tratamento conceitual ou terminológico quando utilizados por gestores, docentes, trabalhadores e conselheiros de saúde.

As palavras “profissão” e “disciplina” indicam grande diferença e os prefixos “inter” e “multi” indicam distinção nas probabilidades de ação integrada, diversificada ou fragmentada. Se disciplina é recorte ou domínio de informação técnica ou científica, profissão é recorte de ofício, de poder de exercício formal de uma ocupação. Disciplina é domínio de conhecimento, profissão é habilitação de exercício ocupacional, ainda que a disciplinarização do conhecimento, da ciência e do trabalho tenha resultado na emergência de profissões em recortes de poder e subordinação, onde se faz tão necessária a reversão em potências de integração, interseção e desfragmentação, uma vez que se almeja trabalhar em equipe, ainda que por uma obrigatoriedade. O debate sobre a oportunidade, a necessidade ou a simples possibilidade a ser explorada se faz necessário e a contribuição sobre os modos de agir, regular e avaliar dependem da melhor apropriação sobre suas designações.

A proposição do conceito de interprofissionalidade tem registro no interior de um conjunto de formulações e práticas que envolvem o prefixo “inter”, como antecedente da raiz temática relativa ao termo “profissão”. O prefixo “inter” indica “no interior de dois”, podendo ser tanto o cruzamento ou encontro de duas profissões quanto a operação pela qual se obtém um conjunto formado pelos elementos comuns a duas ou mais profissões. A zona “inter”, entre duas ou mais profissões, é a zona daquilo que há de comum entre elas ou aquele ponto de indiscernibilidade para o qual convergem os elementos de um mesmo campo do saber, desde o qual nascem as práticas de um fazer profissionalizado. Poderíamos chamar de “competências interprofissionais” aquelas práticas de um saber “comum de dois”, evitando-se sugerir a separação ou a enunciação de uma terceira ocupação profissional a distinguir-se das primeiras cada vez que se reconhece “o comum”, uma vez que os territórios do comum também indicam novas demandas de conhecimento para as profissões em composição. Um caminho seria o restabelecimento das fronteiras evidentes de natureza profissional, isto é, a preservação e defesa dos contornos da profissão. Isso, contudo, é exatamente o que tem sido denunciado como fragmentação dos saberes e das práticas. Outro caminho seria o da enunciação de fronteiras interprofissionais, ou seja, proporcionar o “comum de dois”. Isso é o que tem sido reivindicado como trabalho de/em equipe, reivindicação bastante particular no setor da Saúde, no qual falamos da necessidade de integração, de coesão e de prática colaborativa entre os trabalhadores.

Acontece que, ao trabalhar em um mesmo setor (a Saúde, no presente caso), deparamo-nos sistematicamente com os pontos de cruzamento e encontro relativos a esse campo e que não pertencem a uma profissão disciplinarizada em ciência particular. Chegamos a falar em “Medicina e Saúde”, “Enfermagem e Saúde”, “Nutrição e Saúde”, por exemplo, indicando um campo profissional particular e um campo do saber amplo no qual se inscreve esse particular. Uma “ciência-profissão” e uma “ciência-campo-sanitário”. Mesmo que não se trabalhe em equipe (nesse caso, ainda mais), para alcançar o sucesso de uma prática de cuidado ou prática terapêutica, temos de lançar mão de saberes e fazeres não disciplinarizados em nossa profissão, mas configurados em domínios de saber de outras profissões da Saúde, assim como de saberes interdisciplinares de outros campos de ciência e populares^{1,2}. Falamos, então, de “saberes interdisciplinares” e “competências interprofissionais”, é inescapável.

Nos saberes interdisciplinares, estão os conhecimentos provenientes de várias ciências, os conhecimentos populares e os conhecimentos tácitos. Nas competências interprofissionais, as habilidades sistematizadas em profissões, os fazeres organizados em aptidões profissionais. Quanto mais se trabalha em equipe, mais se pode compartilhar dos saberes uns dos outros, ampliando-se o arsenal de competências e a capacidade de resposta. Quanto mais se trabalha isoladamente, mais se precisa saber individualmente dos saberes dos outros e maior o risco de erro ou prática insegura. Uma palavra de ordem entre os autores da interprofissionalidade é a “segurança do paciente”^{3,4}.

O inescapável sobrevém: o “inter” faz novas palavras e expressões

Indiscutivelmente, entre os motivos pelos quais se disputa tanto pelo trabalho em equipe sob o escopo interprofissional, estão a segurança do paciente, a integralidade da atenção, a humanização das práticas e a promoção de alívio (conforto e bem-estar) aos trabalhadores⁵. A interprofissionalidade eleva a segurança da assistência, reduzindo riscos, erros e danos; contribui à satisfação das necessidades em saúde, introduzindo com precisão e no tempo justo as ações de prevenção de doenças e agravos e as ações de promoção da saúde; e melhora a satisfação e conforto dos usuários, o que repercute nos termos do acolhimento prestado, da integralidade da atenção e na adesão ao tratamento ou plano de cuidados prescrito/orientado⁶. Por isso, deve-se fortemente defender e interrogar o trabalho em equipe; buscar a educação permanente em saúde; e esforçar-se pela integração ensino-serviço-gestão-participação.

Os termos em cena relativos à interprofissionalidade envolvem: educação interprofissional; prática interprofissional; natureza interprofissional das ações de “campo” (em oposição às intervenções de “núcleo” das profissões) e práxis interprofissional (pragmática do ensinar, aprender, fazer e agir de modo integrado ou cooperativo). A atuação integrada nas equipes multiprofissionais, a preocupação dos profissionais em conciliar suas atuações como equipes coesas e a colaboração sinérgica entre trabalhadores para alcançar resultados de equipe na atenção à saúde são dimensões inequívocas da interprofissionalidade.

As dimensões da qualidade da atenção, adesão ao tratamento e segurança do paciente têm levado à designação da interprofissionalidade como o “trabalho em saúde centrado no usuário/paciente”, mas não encontramos referidos o conforto e alívio dos trabalhadores ou o trabalho com orientação às redes integradas de atenção. Todavia, a interprofissionalidade remete ao trabalho com orientação centrada no fortalecimento dos sistemas de saúde, na redução do sofrimento no trabalho, no melhor provimento e fixação dos trabalhadores e no favorecimento do planejamento e avaliação sob a integralidade, humanização e educação permanente em saúde. A admissão formal (programática ou ética) da interprofissionalidade interfere nos modos do trabalho. As parcerias que se reconhecem colaborativas e a colocação na cena do cotidiano das noções, tanto de intercomplementaridade dos saberes e das práticas quanto de comunidades aprendentes (desenhar, configurar, modelar), exigem e favorecem o agir em equipes integradas para compor o trabalho. As disposições do trabalhador para construir uma comunidade aprendente estão articuladas às atividades de equipe propostas pelo grupo de trabalho e o processo participativo efetivo na sua educação permanente, envolvendo problematizar relações de poder e transformar momentos de conflito e disputa em estratégias didático-pedagógicas de confronto de ideias e negociação.

Subsidiando práticas de equipe, a interprofissionalidade favorece as trocas de informação e conhecimento, a cooperação solidária nos fazeres, a atenção corresponsável às necessidades em saúde para a construção de projetos terapêuticos e de promoção da saúde, o agir coletivo em território e a rede de laços afetivos que dá mais intensidade ao pertencimento a uma equipe. Do ponto de vista dos sistemas de saúde, é sob a interprofissionalidade que visualizamos maior provimento dos postos de trabalho e maior fixação dos trabalhadores⁷. As oportunidades de planejamento e avaliação da “gestão da clínica”, segundo a provisão de acesso às ações e aos serviços de que se necessite, restam fortalecidas quando uma práxis interprofissional é afirmada e inserida entre os parâmetros de melhoria do acesso e da resolutividade⁸. A gestão da atenção integral e humanizada implica linhas de cuidado, resolubilidade e afirmação da autonomia dos usuários.

De tudo isso, entretanto, há conexões e fronteiras: interprofissional como adjetivo; e interprofissionalidade como substantivo, por exemplo. Interprofissionalidade como tema à multiprofissionalidade e como tema à interdisciplinaridade, quando agregamos multiplicidade de profissões e cruzamento de saberes entre campos e domínios do conhecimento. Interprofissionalidade como um suposto do trabalho exercido por diferentes profissionais, mas que atuam, pensam e escrevem no mesmo campo amplo (ciências da saúde, por exemplo). Interprofissionalidade como limite protocolar ao possível no borramento de fronteiras entre as profissões regulamentadas na Saúde, prevenindo o agenciamento de conexões imponderáveis anteriormente aos encontros “em terreno”.

Ana Ecilda Lima Ellery fez uma sumarização das propostas envolvendo o adjetivo “interprofissional” e o substantivo “interprofissionalidade”. Para a estudiosa, os termos mais frequentemente utilizados eram “educação interprofissional” e “prática interprofissional”, mas o termo “interprofissionalidade” veio permitir explorar a natureza interprofissional de uma intervenção, seja no campo da educação, seja no campo da prática, não se tratando de uma escolha, mas de uma emergência das próprias intervenções⁹. Após a consideração de que interprofissionalidade está nas intervenções, de que é possível a abordagem da educação interprofissional e de que se pode propor e regular a prática interprofissional, haveria efetivamente uma práxis interprofissional, presente nas práticas formativas e nas práticas de trabalho, assim como na organização curricular da formação e na gestão e avaliação dos sistemas e serviços de saúde, sendo possível a auditoria das práticas educativas e ocupacionais.

Ellery formula uma “Estrutura Conceitual da Interprofissionalidade”, apresentando-a sob três dimensões: “a dimensão cognitiva (socialização e integração de saberes); a dimensão pragmática (prática compartilhada ou em colaboração); e a dimensão subjetiva (que envolve os afetos, tais como inveja, ciúme, amorosidade, disputa de poder e *status* etc.)”. A autora assume um cotidiano decorrente do “fazer juntos” que mobilizaria “sentimentos conciliatórios e contraditórios”. Para a autora, tais afetos podem “facilitar ou dificultar a colaboração, interação, troca e parcerias”.

Juarez Furtado argumenta que já faz muito tempo que o desenvolvimento interdisciplinar alcançou o terreno operacional e que seu desafio se tornou tema recorrente entre os profissionais e suas equipes, pertencendo ao discurso do trabalho¹⁰. Argumenta também que se tornou comum o relato dos trabalhadores quanto à irracionalidade presente na compartimentalização das práticas por profissionais de saúde e na distribuição excessivamente disciplinada dos fazeres (a “irracionalidade” da “racionalização” dos saberes e dos fazeres quando excessivos). Sugere que o desenvolvimento da interprofissionalidade recoloca a discussão sobre integração disciplinar e pragmática, do plano dos saberes disciplinares e dos fazeres profissionais para o plano do agir coletivo na organização do trabalho e na qualificação dos serviços de saúde.

Envolvida com o estudo, formulação de conceitos e elaboração de traçadores sobre o trabalho em equipe, em todas as variações dessa forma de atuação na saúde, Marina Peduzzi, desde meados dos anos 1990, tem analisado concepções de trabalhadores, docentes e pesquisadores, assim como buscado as evidências empíricas e históricas do caráter coletivo das atividades de cuidado e terapêuticas em unidades assistenciais do setor sanitário¹¹⁻¹³. A pesquisadora demonstrou as distinções entre uma “equipe agrupamento” e uma “equipe integração”, assim como os aspectos de complementaridade e interdependência, não só na atuação de generalistas, mas dos trabalhadores especializados. Ao longo de sua produção intelectual, tem mostrado que, no bojo da relação entre intervenção profissional e interação entre os agentes (trabalhadores de todos os níveis e usuários), os profissionais constroem consensos interdisciplinares que configuram projetos assistenciais interprofissionais. Pode-se concluir, com base na leitura da autora, que na “integração de equipe”, como parte do “desenvolvimento do trabalho”, ocorre a articulação dos trabalhadores e se se amplia a sua autonomia técnica. Também se compreende que a desigualdade valorativa na diferença técnica dos trabalhos especializados é aquilo que diminui a integração possível, mas que a reciprocidade entre intervenção e interação conduz ao trabalho coletivo, promovendo uma práxis interprofissional, ou seja, uma “atuação local” e uma “educação situada”, ambas centradas na cena de atenção.

Em documento de escrita anterior, sugeri a “entredisciplinaridade” como termo posto à disciplinarização dos saberes e das práticas, nem tema ao conhecimento ou saberes epistêmicos, nem tema às profissões ou às competências por profissão, mas “desconforto intelectual” com a ciência

positiva e com a regulamentação das profissões, ou seja, defesa da ousadia e usufruto da autonomia intelectual para explorar as fronteiras usuais do conhecimento e das profissões. Retomei o tema em produção junto com Eliana Goldfarb Cyrino, em “O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área”¹⁴. O desconforto intelectual é o estranhamento com regras e fronteiras, a efetiva problematização do sentido, da necessidade e da função das regras e fronteiras. A ousadia da autonomia intelectual é o acolhimento da inteligência que sobrevém da problematização: toda fronteira é uma “política de fronteira”, a imposição de uma realidade. A ousadia é assumir o valor da variação e criação do devir, nas ciências e em profissões, reconhecer contradições, paradoxos e conflitos, não pela dialética, mas pela virada nas políticas do poder, sua desengrenagem. Quando pensar e fazer dependem do criar, temos um agir: não temos as garantias do já sabido, experimentamos a potência do novo ou do atual. O prefixo “inter” indica no “interior de dois”, o prefixo “entre” não tem interior: entrecena, entreato ou interlúdio, quiçá. No “entre”, a vibração do que finda, sem dizer tudo a que veio, e a vibração do que se anuncia, em expectativa e desejo, sem se saber o que virá. No entre somente existem as pistas do desejo e o jogo de quem habita a cena².

Nem tão antiga, nem tão nova, o atual e novos atuais à interprofissionalidade

Começamos pelo aspecto da segurança do paciente, assunto tematizado em 1999, com o instigante título de “Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”¹⁵. O grave problema do erro é explicitado, destinando-se a sua compreensão – pelos profissionais, gestores e usuários – como problema da estrutura e administração dos Sistemas e Serviços de Saúde. O assunto ganha lugar na Organização Mundial da Saúde, culminando com a criação da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, em 2004. O Ministério da Saúde, no Brasil, publicou, no dia 1º de abril de 2013, a Portaria nº 529, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente. A segurança do paciente é tema para a importância do trabalho integrado entre os gestores, conselhos profissionais e instituições de ensino e pesquisa, com enfoque multiprofissional e interdisciplinar. O tema se coloca sob o prisma da educação interprofissional, aliada aos propósitos de melhoria da qualidade da assistência; da elaboração de protocolos, guias e manuais; e da promoção de uma cultura de segurança do paciente.

A educação interprofissional está presente principalmente na “Rede de Apoio ao Ensino e à Aprendizagem em Ciências e Práticas da Saúde” e é representada, hoje, pelo Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (Caipe), do Reino Unido, adquirindo um conceito formal em 1997. A ideia inicial era engajar professores na educação interprofissional, tendo em vista mobilizar a universidade para o aprendizado compartilhado entre profissões de saúde e assistência social. Experiências isoladas, desde os anos 1960, mostravam a importância da educação interprofissional no aprendizado de abordagens na atenção em saúde mental, às pessoas com deficiência ou necessidades especiais, assim como nos cuidados comunitários, cuidados paliativos e cuidados com idosos frágeis. O desenvolvimento da educação interprofissional levou em conta a necessidade de formação de equipes para a atenção primária, a introdução de cuidados na comunidade, investigações sobre abuso infantil, atenção integral em HIV/Aids e estratégias para efetivar mudanças e melhoria da qualidade em ações e serviços de saúde. Estudos de avaliação de resultados antes e depois do treinamento multiprofissional ou da educação interprofissional revelavam melhora na qualidade da atenção, em relação à mudança de atitudes, preocupação com as bases teóricas e práticas da intervenção e resultados medidos com base em competências¹⁶.

As bases da educação interprofissional envolvem os princípios e valores da pedagogia em educação de adultos e os métodos de aprendizagem interativos (metodologias ativas). As teorias da Antropologia, Psicologia Social e Sociologia convergem em estudos sobre o ensino para entender a colaboração e os obstáculos que a impedem. A educação pós-graduada e, principalmente, a educação permanente em saúde apresentam o maior registro de práticas educativas com algum nível de interprofissionalidade. A mudança curricular de graduação é relatada, mas se move com menor agilidade, estando entre os objetivos atuais, assim como a busca de evidências sobre seu sucesso na melhoria da atenção em saúde e social. As metas contemporâneas indicam, ainda, a construção da

aprendizagem interativa na educação interprofissional de graduação, envolvimento de professores universitários em educação interprofissional baseada no trabalho, a elaboração de um *continuum* de educação profissional, multiprofissional e interprofissional e relacionamento de objetivos para o aprendizado compartilhado no planejamento da força de trabalho (gestão do trabalho e da educação na saúde).

A noção de prática interprofissional emerge junto com as noções de “educação interdisciplinar” e de “equipes de saúde interdisciplinares”. A formulação envolvia pensar o sucesso do desenvolvimento de “equipes interdisciplinares de saúde” junto com a assistência médica e cirúrgica nos Estados Unidos desde a Segunda Guerra Mundial. A nova proposta promovia esse entendimento na organização comunitária dos sistemas de saúde destinados às classes populares ou às áreas de periferia. O conceito de “trabalho em equipe na saúde” ou de “equipes interdisciplinares de profissionais de saúde” resultava em um meio de fornecer assistência integral e contínua à população. Como experiência bem-sucedida, a noção de prática interprofissional deveria acarretar implicações significativas para a educação e formação de futuros profissionais de saúde. Tanto governo quanto fundações filantrópicas deveriam se esforçar para efetuar mudanças nos modelos disciplinares tradicionais. Apesar dos repetidos esforços, seguiram fortes as barreiras, como relatado em “Algumas notas históricas sobre educação interdisciplinar e prática interprofissional em saúde nos Estados Unidos”¹⁷.

A interprofissionalidade, assim designada, tem sua primeira afirmação com as professoras Danielle D’Amour e Ivy Oandasan¹⁸. De um lado, as autoras desejam traçar uma clara distinção com o conceito de interdisciplinaridade, atribuído ao campo do conhecimento; de outro, ensejar a observação das práticas profissionais como coesas e integradas entre os profissionais, em resposta às necessidades dos usuários. Apresentam a interprofissionalidade como conceito emergente da educação interprofissional e das práticas interprofissionais, tendo em vista alcançar uma melhor compreensão de um fenômeno que é a prática, não só baseada em saberes interdisciplinares, mas coesa entre diferentes profissionais da mesma organização ou de diferentes organizações e os fatores que a influenciam. Não havendo um conceito que se concentrasse claramente nesse campo, a proposta do termo interprofissionalidade veio acompanhada de um quadro de referência que diz respeito aos processos e determinantes que influenciam as iniciativas de educação interprofissional, bem como aos determinantes e processos inerentes à colaboração interprofissional⁹.

A educação interprofissional formal encontra menos barreiras do que a prática interprofissional formal; assim, a interprofissionalidade visa entregar maior consistência e convicção sobre o sucesso na qualidade da atenção aos usuários, expondo as ligações entre essas duas esferas de atividade. O quadro de referência¹⁸ apresenta os determinantes e processos de colaboração em três dimensões: micro (relações entre alunos, professores e profissionais), meso (nível organizacional ou de relações entre instituições de ensino e de saúde) e macro (sistemas político, socioeconômico e cultural). Apontam que a pesquisa deve desempenhar um papel fundamental no desenvolvimento da interprofissionalidade, a fim de documentar esses vínculos e os resultados das iniciativas à medida que elas são propostas e implementadas, deixando claro que seu avanço está relacionado com vontade política.

O anúncio da educação interprofissional e da prática interprofissional como estratégias para os serviços de saúde se esforçarem para melhorar o atendimento ao paciente contém história, memória e intensa documentação em artigos, especialmente no Canadá, Estados Unidos, Reino Unido e Austrália. Uma agenda de pesquisas sobressai dos esforços de formalizar educação e escopo de práticas interprofissionais, um esforço por institucionalizar sua inserção em sistemas e serviços de saúde, uma vez que todos os resultados indicam a positividade e acerto na melhoria da qualidade da atenção em termos da integralidade, humanização e resolutividade¹⁹. Mesmo que ensinado o trabalho em equipe integrada em circunstâncias que exigem elevada eficiência técnico-científica, desde a Segunda Guerra Mundial, em circunstância de atenção primária e de base comunitária ou no atendimento de populações e segmentos assistenciais complexos, como saúde mental, abuso sexual, pessoas com deficiência, idosos frágeis ou pessoas vivendo com HIV/Aids, a interprofissionalidade aí presente nem sempre ganha estatuto de gestão do trabalho e da educação permanente em saúde ou imposição de mudança curricular na graduação (isto é, na formação básica de profissionais de saúde).

Pesquisadores do Centro de Pesquisas em Governança Clínica, da Faculdade de Medicina, Nova Gales do Sul, Austrália, referem que, apesar de os profissionais de saúde aprovarem a educação interprofissional e a atuação interprofissional no cotidiano dos serviços de saúde, a capacidade de entender e de forma abrangente mapear tais práticas permaneceu uma incógnita, apresentando a estrutura de uma auditoria da práxis interprofissional. A proposta traz que o impacto no contexto organizacional e na cultura do trabalho e da formação requerem atenção. A Auditoria da Práxis Interprofissional surge como uma ferramenta para abordar essas duas questões, compreendendo cinco componentes: contexto, cultura, conduta, atitudes e informações. Utilizada dentro de uma metodologia de pesquisa-ação, a Auditoria permite uma inspeção sincronizada, em que as semelhanças e as diferenças dos componentes são consideradas simultaneamente, e o conhecimento desenvolvido é usado para promover projetos de mudança para melhorar o tratamento e acompanhamento dos usuários²⁰.

Trabalhar e estudar de maneira interprofissional é o mínimo de coerência em nome da segurança do paciente, da qualificação da atenção, da resolutividade das práticas e do respeito à multiprofissionalidade e interdisciplinaridade. A interprofissionalidade deveria, por consequência, representar terminologia óbvia à gestão do trabalho e da educação na saúde, entretanto, é tema atual. Não é novo, mas é profundamente atual, causando dúvida, incerteza e questionamento. Na medida em que se presentifica como atual deve, mesmo, incitar ao exercício da interrogação, mostrar sua face de resistência crítica (desconforto intelectual ou dissidência das hegemonias disciplinares e profissionais), trazendo à tona disrupturas (ruptura instauradora).

Introduzir a terminologia da interprofissionalidade, entretanto, também serve à criação de uma zona de conforto aos que temem a dissidência das hegemonias ou a disruptura; afinal (por oposição), poderia resultar na inviabilização da reserva de mercado, no enfraquecimento da fiscalização do exercício profissional e na supressão das práticas privativas por grupo profissional. Em lugar desses temores, oferece uma delimitação conceitual e pragmática, apreensível e dimensionável, que não põe abaixo a disciplinarização como poder biopolítico; sequer se propõe a qualquer enfrentamento do poder biopolítico. O fato é que o tema não é novo, muito menos os problemas aos quais oferece alternativa; apenas tornou-se atual.

Uma sumarização brasileira ao debate

Em “Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro”²¹, apresentei uma particular sumarização do trabalho e formação interprofissional no Brasil sem a busca pela terminologia, apenas o reconhecimento dos desafios da multiprofissionalidade (equipe de saúde) e da interdisciplinaridade (conceito ampliado de saúde) onde, embora todos os exemplos sejam convergentes às práticas colaborativas e à aprendizagem interprofissional, nenhum usou dessa chancela conceitual para se enunciar. Em que pese a correção em indicar ao leitor a busca pelo texto original, recomponho em uma pequena síntese as considerações daquele momento.

Em relação às práticas, um inventário revela as iniciativas correntes no sistema de saúde brasileiro:

- Acolhimento: deslocamento do eixo central da atenção, da consulta médica para o atendimento da equipe multiprofissional, no qual um profissional de referência se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se com a orientação institucional de sua demanda.
- Equipes de referência e apoio matricial especializado: equipe de vínculo longitudinal e equipe de suporte e retaguarda técnica e pedagógica, nas quais a equipe multiprofissional organiza o trabalho com o mínimo de encaminhamento e o máximo de responsabilidade com a terapêutica.
- Campo e Núcleo de Conhecimentos e Práticas: enquanto o “núcleo” demarca área de conhecimentos e de práticas profissionais, o “campo” representa um espaço de limites imprecisos nos quais cada disciplina e profissão busca em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas.
- Apoio Institucional: suporte para a instauração de processos de mudança no processo de trabalho, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir organizações, estimulando espaços coletivos e a interação entre os agentes sociais do trabalho.

- Supervisão Clínico-Institucional: discussão de casos associando clínica, contexto de redes e intersetorialidade, questionando noções de gestão adotadas e mobilizando inovações nas práticas.
- Projeto Terapêutico Singular: conjunto de condutas terapêuticas e cuidadoras articuladas em discussão coletiva interdisciplinar.
- Gestão da Clínica: linha de cuidado e redes integradas de atenção.

Em relação à educação interprofissional, vêm sendo experimentadas importantes estratégias no interior das lutas pelo Sistema Único de Saúde (SUS):

- Vivências-Estágio na Realidade do SUS: processo de imersão teórico-prática e vivencial em espaços de atenção, gestão e controle social proporcionado por gestores do SUS para coletivos organizados de estudantes de graduação dos vários cursos da área da Saúde.
- Educação Permanente em Saúde: articulações locais e interinstitucionais de discussão e estudo sobre necessidades de desenvolvimento do trabalho e qualificação da resposta do Sistema de Saúde às necessidades de equipe, usuários, território e redes.
- Estágio Regional Interprofissional: prática acadêmica integrada ao currículo regular dos cursos de graduação da área da Saúde, destinada à vivência multiprofissional e interdisciplinar dos estudantes em municípios de característica rural ou fora das capitais.
- Vivências de Educação Popular em Saúde: prática acadêmica integrada à extensão universitária e destinada à vivência em movimentos sociais atravessados pelas práticas de educação popular em saúde.
- Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde: modalidade de formação pós-graduada, realizada em serviço e sob supervisão docente-assistencial, destinada à equipe multiprofissional de saúde, devendo articular experiências práticas, teórico-práticas e teóricas, integrando ensino e trabalho.
- Programa de Educação Tutorial Conexão de Saberes: ações inovadoras de extensão universitária que ampliam a troca de saberes entre as comunidades populares e a universidade, valorizando o protagonismo dos estudantes.
- Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: integração ensino-serviço-território, visando à reorientação da formação profissional, do modelo biomédico e hospitalar para modelagens multiprofissionais e de abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica.
- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: ações intersetoriais direcionadas ao fortalecimento de áreas estratégicas para o SUS, tendo como pressuposto a educação pelo trabalho e como fio condutor a integração ensino-serviço-território.

Decorrente de tantas iniciativas no trabalho e na educação, a literatura científica e as produções institucionais da saúde têm tematizado a interprofissionalidade, as práticas colaborativas e a educação interprofissional. Como expressão dessa tematização, registro as iniciativas da Revista Interface e da Editora da Rede Unida que publicaram chamadas públicas de artigos, nas quais se verificou o fomento à mudança no ensino e à diversificação de propostas formativas; o apoio ao desenvolvimento profissional na rede de serviços e de gestão desse setor; e a ampliação da integração e interação com a população, usuários e instâncias do controle social²².

Forma, formação e ponto gris entre dois ou mais termos

A ação formadora das profissões em Saúde se dá no âmbito das possibilidades abertas pelo campo sanitário. Porém, enquanto na conformação das profissões este campo é identificado às competências e habilidades específicas, na conformação do trabalho encontramos um campo muito mais indiferenciado, aonde chegam necessidades e demandas ante as quais deve ser oferecido acolhimento e providências de solução. Esse campo pressupõe uma dimensão de composição no qual os trabalhadores não possuem apenas funções técnicas perfeitamente estruturadas e independentes ante as quais basta a justaposição para o alcance da integralidade e humanização. Trata-se de um

espaço de concatenamento, de intensidades a serem percorridas. Dominando uma noção de campo, a formação das profissões deve “educar” para a composição, não para a fragmentação. Esse é um lugar precípuo à educação permanente em saúde por conexão com o andar do trabalho e pela não segregação entre espaço da formação e espaço do trabalho. Todavia, a baixa familiaridade com essa potência torna difícil sua apropriação no cotidiano das práticas.

A “ação formadora”, se por um lado gera profissões, por outro deve gerar “aprendentes”, que devem encontrar o seu lugar no contexto sem relação fustigante entre as profissões. Cada “figura” profissional (profissão ou especialidade) deve se acomodar com as outras e todas entre si a fim de formar uma coesão. Porém, a coesão não é uma prescrição do trabalho ou da atividade de trabalho. A atividade real só existe em ato, engloba a atividade realizada e o real da atividade²³, isto é, as múltiplas possibilidades não realizadas no decorrer da ação do trabalhador; por isso, se constitui durante o caminho, em virtude de possibilidades vivas, em ato²⁴. Não se trata de improviso, entretanto, mas de montagem, formação, trabalho de composição entre aprendentes.

Em “Teoria da forma e da figuração – o pensamento artista” (*pensiero immaginale*), Paul Klee²⁵, falando do pensamento criativo do artista ou de sua formação, afirma que “a marcha para a forma prevalece sobre o fim terminal, sobre o final do trajeto. A “orientação” determina o caráter da obra “consumada”. “A formação determina a forma e é, em consequência, predominante, mas nunca, em nenhuma parte, a forma é resultado adquirido, acabamento, remate, fim, conclusão, isto é, há que considerá-la como gênese, como movimento” (heterogênese). O ser da formação é o acontecer, e “a forma como aparência não é mais que uma maligna aparição, um fantasma perigoso”. Segundo o artista, “boa é, portanto, a forma como movimento, como fazer; boa é a forma em ação”. Seria má “a forma como inércia fechada, como detenção terminal”. Diz: “má é a forma da qual alguém se sente satisfeito como de um dever cumprido”. E conclui: “A ‘forma’ é fim, morte. A ‘formação’ é vida”. A formação é movimento, ação. Diz o artista para “não pensar na forma, mas na formação: interessam mais as ‘forças formadoras’ do que as ‘formas finais’” (p. 269). Essa é a condição ética da educação permanente em saúde e proponho que para a educação interprofissional.

Para Klee haveria o “ponto gris” (*punto grigio*), que é o ponto intermediário entre termos; é o ponto de convocação, de apelo à forma/formação. O ponto gris como intermediário entre caos e cosmos. O ponto intermediário é o “entre”, não o “inter”, sendo o “inter” o percurso, o tempo de experimentação, a duração. A educação interprofissional pode ser a educação para o caos; em primeiro lugar o caos, desde onde, então, o princípio formador. O ponto gris é indiferenciado, por isso é dele a aprendizagem “formadora”. Cada forma é uma necessidade ante o indiferenciado, mas não recobre o indiferenciado, senão como representação; logo, as forças continuam vivas e sensibilizadoras. Klee domina a música e as artes visuais; e explica: sem o silêncio não compreendemos o som, fazemos música. A representação ou a forma enfraquece o movimento e a profundidade; por isso, há necessidade de manter viva a formação, o aprender.

Conclusão

Concluir este debate é difícil. A interprofissionalidade deveria ficar como o ponto gris; já a educação interprofissional, como uma educação para o aprender; e a prática interprofissional, como território ao real da atividade. Já o reconhecimento da interprofissionalidade, entretanto, é a presença da ordem ao caos, equilíbrio antitético. Logo o interprofissional não é o novo lugar ideal, o lugar de “definição” do comum, é lugar de indiferenciação, que convoca o aprender, o pensamento da criação. Interessa expandir o trabalho em equipe (equipe integração), posto que é absolutamente necessário à segurança do paciente, às redes integradas, à humanização, à integralidade e ao alívio do trabalho (assim como margem à sua fixação: mais conforto e prazer no trabalho pela continência, amizade) e é preciso prover a educação interprofissional para prover um *habitus*, o acomodar-se com a escuridão (o anoitecimento) e o amanhecer, aprender a ser aprendente na(s) profissão(ões). A interprofissionalidade emerge em territórios multiprofissionais (sem a multiprofissionalidade não haverá o ponto entre ou inter profissões), assim como das interseções interdisciplinares (a aceitação ativa da pluralidade

e da multiplicidade dos saberes), então a chamada clássica da educação permanente em saúde, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, é uma chamada pela interprofissionalidade: comunidade de aprendizagem.

Referências

1. Ceccim RB. Onde se lê recursos humanos da saúde, leia-se coletivos organizados de produção da saúde: desafios para a educação. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005. p. 161-81.
2. Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004. p. 259-78.
3. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):905-16.
4. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015; 49 Esp 2:16-24.
5. Merhy EE. Os CAPS e seus trabalhadores no olho do furacão antimanicomial: alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: Merhy EE, Amaral H, editores. *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2007. p. 55-66.
6. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MPS. A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):387-98.
7. Ceccim RB, Pinto LF. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Rev Bras Educ Med*. 2007; 31(3):266-77.
8. Ceccim RB, Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação em saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006. p. 165-84.
9. Ellery AEL. Interprofissionalidade. In: Ceccim RB, Dallegrave D, Amorim ASL, Portes VM, Amaral BP, organizadores. *EnSiQlopedia das residências em saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2018. p. 146-50.
10. Furtado JP. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. *Cad Bras Saude Mental*. 2009; 1(1):1-11.
11. Peduzzi M. Trabalho e educação na saúde: ampliação da abordagem de recursos humanos. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1539-41.
12. Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trab Educ Saude*. 2003; 1(1):75-91.
13. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica*. 2001; 35(1):103-9.
14. Ceccim RB, Cyrino EG. O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área. In: Ceccim RB, Cyrino EG, organizadores. *Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes: percursos na formação pelo trabalho*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017. p. 4-26.

15. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editores. *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
16. Hugh B. *Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow: a review*. London: Higher Education Academy, Health Sciences and Practice Network; 2005.
17. Baldwin DC. Some historical notes on interdisciplinary and interprofessional education and practice in health care in the USA. *J Interprof Care*. 1996; 10:173-87.
18. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care*. 2005; 19 Suppl 1:8-20.
19. Freire Filho J, Costa MV, Forster AC, Reeves S. New national curricula guidelines that support the use of interprofessional education in the brazilian context: an analysis of key documents. *J Interprof Care*. 2017; 31(6):754-60.
20. Greenfield D, Nugus P, Travaglia J, Braithwaite J. Auditing an organization's interprofessional learning and interprofessional practice: the interprofessional praxis audit framework. *J Interprof Care*. 2010; 24(4):436-49.
21. Ceccim RB. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. In: Toassi RFC, organizadora. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017. p. 49-67.
22. Toassi RFC, organizadora. *Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?* Porto Alegre: Rede UNIDA; 2017.
23. Pinheiro FPHA, Costa MFV, Melo PB, Aquino CAB. Clínica da atividade: conceitos e fundamentos teóricos. *Arq Bras Psicol*. 2016; 68(3):110-24.
24. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no modo de trabalhar a assistência. In: Reis AT, Santos AF, Campos CR, Malta DC, Merhy EE, organizadores. *O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã; 1998. p. 103-20.
25. Klee Paul. *Teoria della Forma e della Figurazione: pensiero immaginale*. 2a ed. Milano-Udine: Mimesis Edizioni; 2011.

Ceccim RB. Conexiones y fronteras de la interprofesionalidad: forma y formación. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(Supl. 2):1739-49.

El debate presenta una entrada en el tema de la interprofesionalidad: trayectoria y necesidad de ese concepto para la gestión del trabajo y de la educación en la salud, especialmente cuando entra en escena la seguridad del paciente, la formación orientada hacia los sistemas de salud y una coordinación de la red de servicios orientada por la integralidad, resolutivez, satisfacción de los usuarios y mayor confort de los trabajadores. Presenta la distinción entre los prefijos "multi", "inter" y "entre" ante los términos profesión y disciplina. Se realizó una revisión focal de la literatura, buscando la introducción del término y su variación en educación, práctica, praxis y auditoría de las formaciones y de las acciones profesionales. Problematisa conexiones (desafíos) y fronteras (límites) apuntando hacia el aprendizaje, el pensamiento y la creación. La idea de forma y formación apoya la noción de fijación de las formas (normativas) o movimiento de las fuerzas (educación permanente en salud), concluyendo de esa forma.

Palabras clave: Interprofesionalidad. Práctica interprofesional. Educación interprofesional. Educación en salud. Formación.

Submetido em 16/08/18. Aprovado em 27/08/18.

