

Redes de Profissões de Saúde
Enfermagem e Obstetrícia
Recursos Humanos para a Saúde

Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa



Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (WHO/HRH/HPN/10.3)

Esta publicação foi produzida pelo Gabinete da Rede de Profissões de Saúde - Enfermagem & Obstetrícia do Departamento de Recursos Humanos para a Saúde.

Esta publicação encontra-se disponível na Internet na página: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/

Para obtenção de cópias, entrar em contato com:

Organização Mundial da Saúde, Departamento de Recursos Humanos para a Saúde, CH-1211 Genebra 27, Suíça

© **Organização Mundial da Saúde 2010**

Todos os direitos reservados. Publicações da Organização Mundial da Saúde podem ser obtidas através da Imprensa da OMS, Organização Mundial da Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (tel: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; E-mail: bookorders@who.int). Pedidos para permissão de reprodução ou tradução das publicações da OMS – tanto para fins comerciais quanto para distribuição não comercial – deverão ser encaminhados à Imprensa da OMS, no endereço acima (fax: +41 22 791 4806; E-mail: permissions@who.int).

As designações empregadas e a apresentação do material nesta publicação não inferem a expressão de qualquer opinião por parte da Organização Mundial da Saúde referente à situação legal de qualquer país, território, cidade ou área ou de suas respectivas autoridades, ou ainda referente à delimitação de fronteiras ou divisas. As linhas pontilhadas nos mapas representam delimitações de fronteiras aproximadas, para as quais pode ainda não haver acordo totalmente firmado.

As citações de empresas específicas ou de produtos de certos fabricantes não significam que os mesmos são endossados ou recomendados pela Organização Mundial da Saúde em detrimento de outros com características similares não mencionados. Com exceção de erros e omissões, os nomes dos produtos patenteados são diferenciados pela primeira letra maiúscula.

A Organização Mundial da Saúde tomou todas as precauções cabíveis na verificação das informações contidas nesta publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem qualquer tipo de garantia, seja ela expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material recai sobre o leitor. Em hipótese alguma a Organização Mundial da Saúde deverá ser responsabilizada por danos causados por seu uso.

Editado por: Diana Hopkins, Editora Freelance, Genebra, Suíça

Diagramação: Monkeytree Creative Inc.

Desenho da capa: S&B Graphic Design, Suíça, www.sbgraphic.ch (ilustração © Eric Scheurer)

Redes de Profissões de Saúde
Enfermagem e Obstetrícia
Recursos Humanos para a Saúde

Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa

Sumário

Agradecimentos.....	6
Mensagens Principais.....	7
Resumo executivo.....	9
O caso para educação interprofissional e prática colaborativa para a saúde mundial	10
Os avanços com a saúde integrada e políticas de educação.....	10
Chamada para a ação	11
Aprendendo juntos a trabalhar juntos por uma saúde melhor	12
A necessidade da colaboração interprofissional.....	14
Educação interprofissional e prática colaborativa para a melhoria de resultados na saúde	18
O papel dos sistemas de saúde e de educação	20
Mudança de cultura na prestação de assistência à saúde	22
Avanços.....	23
Educação interprofissional: a conquista de uma força de trabalho de saúde colaborativa preparada para a prática	24
Prática colaborativa para atingir serviços de saúde de excelência	28
Sistemas de educação e saúde: atingindo a melhoria de resultados na saúde	31
Conclusão.....	36
Contextualização	38
Compromisso	39
Liderança	40
Referências	42

Anexos	46
ANEXO 1. Lista de membros do Grupo de Estudos da OMS em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa.....	47
ANEXO 2. Organizações associadas	48
ANEXO 3. Metodologia	53
ANEXO 4. Comunicado público sobre a criação do Grupo de Estudos da OMS em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa	56
ANEXO 5. Principais recomendações do Grupo de Estudos da OMS de 1988 sobre Educação Multiprofissional para o relatório técnico de Profissionais da Saúde.....	58
ANEXO 6. Quadro sumário de evidências de pesquisa de revisões sistemáticas em Educação Interprofissional (EIP).....	60
ANEXO 7. Quadro sumário de evidências de pesquisas de revisões sistemáticas específicas relacionadas à Prática Colaborativa (PC)	61
ANEXO 8. Quadro sumário de estudos de caso internacionais específicos de prática colaborativa	62

Tabelas

Tabela 1. Ações para o avanço da educação interprofissional para a melhoria de resultados na saúde	27
Tabela 2. Ações para o avanço da prática colaborativa para a melhoria de resultados na saúde	30
Tabela 3. Ações para o apoio à educação interprofissional e à prática colaborativa no nível de sistema.....	35
Tabela 4. Resumo dos mecanismos identificados que aperfeiçoam a educação interprofissional e a prática colaborativa	38

Figuras

Figura 1. Sistemas de saúde e educação	9
Figura 2. Educação interprofissional	12
Figura 3. Prática colaborativa.....	12
Figura 4. Tipos de alunos que receberam educação interprofissional nas instituições dos participantes	16
Figura 5. Responsáveis pela capacitação de equipe em educação interprofissional	17
Figura 6. Sistemas de saúde e educação	18
Figura 7. Exemplos de mecanismos que delineiam a educação interprofissional no nível prático.....	23
Figura 8. Exemplos de mecanismos que delineiam a educação interprofissional no nível prático.....	29
Figura 9. Exemplos de influências que exercem impacto sobre a educação interprofissional e a prática colaborativa no nível de sistemas	32
Figura 10. Implementação de estratégias de força de trabalho de saúde integrada.....	39

Agradecimentos

O *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa* é resultado do Grupo de Estudos da OMS em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (consulte o Anexo 1 para obter a lista completa dos membros do grupo). O *Marco* foi preparado sob a liderança de John HV Gilbert e Jean Yan, com apoio de um secretariado liderado por Steven J Hoffman.

A preparação dos artigos de base e de relatórios do projeto foi liderada por: Marilyn Hammick (autora principal, Glossário e Relatório do Grupo de Trabalho em EIP), Steven J Hoffman (coautor, Mapeamento Internacional de EIP), Lesley Hughes (coautor, Artigo sobre Desenvolvimento de Funcionários de EIP), Debra Humphris (autora principal, Relatório do Grupo de Trabalho em SLSS [Serviço de Apoio em Segundo Nível - Second Level Support Service]), Sharon Mickan (coautora, Estudos de Caso da CP), Monica Moran (coautora, Artigo sobre Resultados de Aprendizado de EIP), Louise Nasmith (autora principal, Relatório do Grupo de Trabalho em EIP e Estudos de Caso da CP), Sylvia Rodger (autora principal, Mapeamento Internacional de EIP), Madeline Schmitt (coautora, Artigo sobre Desenvolvimento de Funcionários de EIP) e Jill Thistlethwaite (coautora, Artigo sobre Resultados de Aprendizado de EIP).

Contribuições significativas também foram realizadas por Peter Baker, Hugh Barr, David Dickson, Wendy Horne, Yuichi Ishikawa, Susanne Lindqvist, Ester Mogensen, Ratie Mpofo, Bev Ann Murray e Joleen Tirendi. Houve apoio considerável por parte do grupo Colaborativo em Saúde Interprofissional Canadense [Canadian Interprofessional Health Collaborative].

O apoio administrativo e o suporte técnico foram prestados por Virgie Largado-Ferri e Alexandra Harris. A diagramação e o *design* gráfico foram elaborados por Susanna Gilbert.

Os principais autores foram Andrea Burton, Marilyn Hammick e Steven J Hoffman.

Educação interprofissional... É uma oportunidade não só de mudar o nosso modo de pensar sobre a educação dos futuros profissionais da saúde, mas também uma oportunidade de dar um passo atrás e reconsiderar os métodos tradicionais de prestação de assistência à saúde. Acredito que não estamos falando somente de mudanças de práticas educativas, mas também de mudanças na cultura da medicina e assistência à saúde

– Líder estudantil

Mensagens Principais

- * A Organização Mundial da Saúde (OMS) e seus parceiros consideram a colaboração interprofissional em educação e prática como uma estratégia inovadora que desempenhará um papel importante na redução da crise mundial na força de trabalho em saúde.
- * A educação interprofissional ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde.
- * A educação interprofissional é um passo importante da força de trabalho de saúde “colaborativa preparada para a prática”, para que esteja mais bem preparada para responder às necessidades de saúde locais.
- * Um profissional de saúde “colaborativo preparado para a prática” é aquele que aprendeu como trabalhar em uma equipe interprofissional e tem competência para este fim.
- * A prática colaborativa acontece quando vários profissionais de saúde com diferentes experiências profissionais trabalham com pacientes, famílias, cuidadores e comunidades para prestar assistência da mais alta qualidade. Ela permite que os profissionais de saúde integrem qualquer indivíduo cujas habilidades possam auxiliar na conquista dos objetivos de saúde locais.
- * Após quase 50 anos de pesquisa, a Organização Mundial da Saúde e seus parceiros reconhecem que há evidências suficientes para mostrar que a educação interprofissional eficaz proporciona a prática colaborativa eficaz.
- * A prática colaborativa fortalece os sistemas de saúde e promove a melhoria dos resultados na saúde.
- * As políticas de educação de saúde integradas podem promover a efetiva educação interprofissional e a prática colaborativa.
- * Uma série de mecanismos aperfeiçoa a educação interprofissional e a prática colaborativa, que incluem:
 - práticas gerenciais de apoio
 - identificação e apoio aos líderes
 - a decisão de mudar a cultura e as atitudes dos profissionais de saúde
 - a vontade de atualizar, renovar e revisar a grade curricular existente
 - legislação adequada que elimine barreiras para a prática colaborativa
- * Os mecanismos que aperfeiçoam a educação interprofissional e a prática colaborativa não são os mesmos em todos os sistemas de saúde. Os responsáveis pela elaboração das políticas de saúde devem utilizar os mecanismos que são mais adequados e aplicáveis ao contexto local ou regional.
- * Os líderes da saúde que optam por contextualizar, comprometer e defender a educação interprofissional e a prática colaborativa posicionam seu sistema de saúde de forma a facilitar a conquista dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) relacionados à saúde.
- * O *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa* fornece ideias aos formuladores das políticas de como implementar a educação interprofissional e a prática colaborativa em seu contexto atual.

Resumo executivo

Numa época em que o mundo enfrenta a falta de profissionais de saúde, os formuladores de políticas estão buscando estratégias inovadoras que possam ajudá-los a desenvolver políticas e programas para motivar a força de trabalho de saúde mundial. O *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa* enfatiza a situação atual da colaboração interprofissional no mundo, identifica os mecanismos que

resultam no trabalho em equipe colaborativo bem-sucedido e delinea uma série de itens para a ação que os formuladores de políticas podem aplicar em seu sistema de saúde local (Figura 1). O objetivo do Marco é fornecer estratégias e ideias que auxiliarão a educação interprofissional de saúde e a prática colaborativa que serão mais benéficas em sua própria jurisdição.

Figura 1. Sistemas de saúde e educação



O caso para educação interprofissional e prática colaborativa para a saúde mundial

O Marco para Ação em Educação

Interprofissional e Prática Colaborativa reconhece que muitos sistemas de saúde no mundo estão fragmentados e com dificuldades para gerenciar as necessidades de saúde não atendidas. A força de trabalho de saúde atual e futura é desafiada a prestar serviços de saúde frente a problemas de saúde cada vez mais complexos. Evidências mostram que, conforme esses profissionais de saúde percorrem o sistema, oportunidades para eles adquirirem experiência interprofissional os ajudam a aprender as habilidades necessárias para se tornarem parte da força de trabalho de saúde colaborativa preparada para a prática.

Uma força de trabalho colaborativa preparada para a prática é uma maneira específica de descrever os profissionais de saúde que tenham recebido treinamento eficaz sobre educação interprofissional. A educação interprofissional ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a efetiva colaboração e melhorar os resultados na saúde. Ao entender como trabalhar de forma interprofissional, os estudantes estão prontos para entrar no local de trabalho como membro da equipe de prática colaborativa. Trata-se de um passo fundamental na transição de sistemas de saúde fragmentados para uma posição mais fortalecida. As equipes de assistência de saúde interprofissional compreendem como otimizar as habilidades de seus membros, compartilhar o gerenciamento de casos e prestar serviços de saúde de melhor qualidade a pacientes e à comunidade. Os sistemas de saúde

O programa da faculdade de desenvolvimento da educação interprofissional foi uma experiência enriquecedora (mente e alma) para que eu interagisse com outros profissionais de várias áreas da saúde... uma oportunidade de troca com pessoas com a mente parecida em outras profissões que valorizam a educação interprofissional e são comprometidas em implementá-la.

– Educador

fortalecidos levam à melhores resultados na saúde.

Os avanços com a saúde integrada e políticas de educação

Os sistemas de saúde e educação devem trabalhar em conjunto para coordenar as estratégias para a força de trabalho de saúde. Se o planejamento da força de trabalho de saúde e a elaboração de políticas estão integrados, a educação interprofissional e a prática colaborativa podem ser plenamente sustentadas.

Diversos mecanismos determinam como a educação interprofissional é desenvolvida e oferecida. Neste *Marco* exemplos de alguns desses mecanismos foram divididos em dois temas: mecanismos do educador (exemplo: capacitação dos profissionais acadêmicos, líderes, apoio institucional, compromisso gerencial, resultados de aprendizado) e mecanismos curriculares (exemplo: logística e cronograma, conteúdo programático, presença obrigatória, objetivos compartilhados, princípios de aprendizado para adultos, aprendizado contextual, avaliação). Ao considerar esses mecanismos no contexto local, os formuladores de políticas podem determinar quais ações associadas levariam à educação interprofissional mais forte em suas jurisdições.

Da mesma forma, existem mecanismos que determinam como a prática colaborativa é implementada e executada. Exemplos desses mecanismos foram divididos em três temas: mecanismos de apoio institucional (exemplo: modelos de governança, protocolos estruturados, recursos operacionais compartilhados, políticas de pessoal, práticas gerenciais de apoio); mecanismos de cultura de trabalho (exemplo: estratégias de comunicação, políticas para resolução de conflitos, processos para tomada de decisões compartilhada) e mecanismos de ambiente (exemplo: ambiente construído,

instalações, projeto do espaço). Assim que a força de trabalho de saúde preparada para a prática colaborativa estiver implementada, esses mecanismos os auxiliarão a determinar as ações que poderão ser tomadas para apoiar a prática colaborativa.

Os sistemas de educação e saúde também apresentam mecanismos através dos quais os serviços de saúde são prestados e os pacientes protegidos. Este *Marco* identifica exemplos de mecanismos de prestação de serviços de saúde (exemplo: planejamento de capital, modelos de remuneração, financiamento, comissionamento, fluxos de subsídios) e mecanismos de segurança do paciente (exemplo: gerenciamento de riscos, acreditação, regulamentação, registro profissional).

Chamada para a ação

É importante que os formuladores de políticas analisem este *Marco* do ponto de vista global. Cada sistema de saúde é diferente e deverão ser implementadas novas políticas e estratégias que sejam adequadas e abordem os desafios e necessidades locais. Este *Marco* não tem o propósito de ser prescritivo nem de fornecer uma

lista de recomendações ou ações necessárias. Tem como objetivo apresentar aos formuladores de políticas ideias sobre como *contextualizar* o sistema de saúde existente, *se comprometer* em implementar os princípios da educação interprofissional e da prática colaborativa, e de promover os benefícios da colaboração interprofissional com seus parceiros regionais, educadores e profissionais de saúde.

A educação interprofissional e a prática colaborativa podem desempenhar um papel importante na redução de muitos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde no mundo. Os itens para a ação identificados neste *Marco* podem ajudar as localidades e regiões a avançarem em direção a sistemas de saúde fortalecidos e, por fim, à melhoria de resultados na saúde. Este *Marco* é uma chamada para a ação dos formuladores de políticas, responsáveis pelas decisões, educadores, profissionais de saúde, líderes comunitários e defensores mundiais da saúde, para que tomem atitudes e caminhem em direção à incorporação da educação interprofissional e prática colaborativa em todos os serviços que prestarem.

Aprendendo juntos a trabalhar juntos por uma saúde melhor

A necessidade de fortalecer os sistemas de saúde com base nos princípios da atenção primária à saúde se tornou um dos desafios mais urgentes para os formuladores de políticas, profissionais de saúde, gestores e comunidades em todo o mundo. Os recursos humanos para a saúde estão em crise. A carência mundial de 4,3 milhões de profissionais de saúde foi considerada por unanimidade como uma barreira crítica para a conquista dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde (1,2). Em 2006, a 59ª Assembleia Mundial de Saúde reagiu à crise de recursos humanos para a saúde através da implementação

da resolução WHA59.23, que ordenou um rápido aumento da produção de força de trabalho de saúde por meio de várias estratégias, entre as quais o uso de “abordagens inovadoras de ensino em países industrializados e em desenvolvimento” (3).

Os governos, em todo o mundo, estão buscando soluções inovadoras e transformadoras do sistema, que assegurem a disponibilidade, a variedade e a distribuição adequada da força de trabalho de saúde. Uma das soluções mais promissoras reside na colaboração interprofissional.

Figura 2. Educação interprofissional

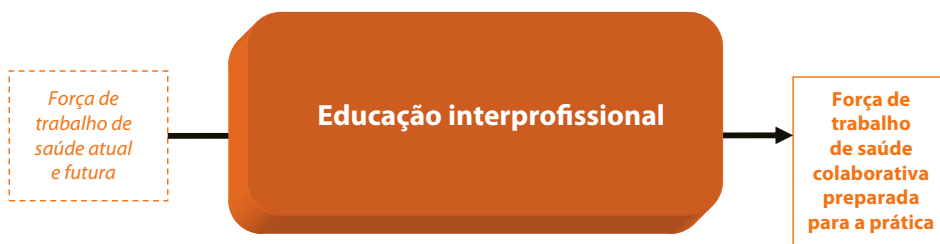
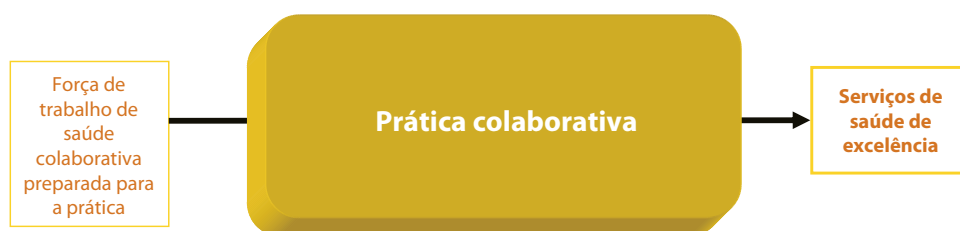


Figura 3. Prática colaborativa



Conceitos Principais

Profissional de saúde é um termo totalmente inclusivo, que se refere a todas as pessoas envolvidas em ações cujo objetivo principal é promover a saúde. Incluem-se nessa definição aqueles que promovem e preservam a saúde, aqueles que diagnosticam e tratam doenças, profissionais de apoio e gestores da saúde, profissionais com áreas de competência distintas, sejam eles regulamentados ou não, convencionais ou complementares (1).

Educação interprofissional ocorre quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde.

- * Profissional é um termo abrangente que inclui indivíduos com conhecimento e/ou habilidades para contribuir com o bem-estar físico, mental e social de uma comunidade.

Prática colaborativa na atenção à saúde ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços.

- * Prática inclui o trabalho clínico e não clínico relacionado à saúde, como diagnóstico, tratamento, vigilância, comunicação em saúde, administração e engenharia sanitária.

Sistemas de saúde e educação consistem em todas as organizações, pessoas e ações cujo objetivo primário é promover, recuperar ou manter a saúde e facilitar o aprendizado, respectivamente. Abrangem os esforços para influenciar os determinantes de saúde, atividades diretas para melhoria da saúde e oportunidades de aprendizado em qualquer fase da carreira de um profissional de saúde (47-48).

- * Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades (Organização Mundial da Saúde, 1948) (49).
- * Educação é qualquer processo formal ou informal que promove o aprendizado que seja uma melhoria no comportamento, informação, conhecimento, compreensão, atitude, valores ou habilidades (Organização Educacional, Científica e Cultural das Nações Unidas, 1997) (50).

A melhor compreensão de como implementar essa estratégia ajudará os Estados-Membros da OMS a formar forças de trabalho de saúde mais flexíveis, que permitam suprir as necessidades de saúde locais, maximizando em paralelo os recursos limitados.

Para que os profissionais de saúde efetivamente colaborem e melhorem os resultados na saúde, dois ou mais deles, com diferentes experiências profissionais, devem em primeiro lugar ter oportunidades de aprender sobre os outros, com os outros e entre si. Essa *educação interprofissional* é essencial para o desenvolvimento de uma força de trabalho de saúde “colaborativa preparada para a prática”, na qual os funcionários trabalham juntos para prestar serviços abrangentes em uma ampla gama de locais de assistência de saúde. É nesses

locais que podem ser feitos os maiores avanços em direção a sistemas de saúde fortalecidos.

Os formuladores de políticas e aqueles que apoiam essa abordagem inovadora dos recursos humanos para o planejamento de saúde podem utilizar este *Marco* para caminhar em direção a serviços de saúde de excelência e melhoria de resultados na saúde através:

- * da análise do contexto local para determinar suas necessidades e capacidades
- * do compromisso em incorporar a colaboração interprofissional em programas novos e programas já existentes
- * da premiação de iniciativas de sucesso e de equipes.

O *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa* proporciona uma oportunidade singular para todos os níveis de sistemas de saúde e educação de refletir sobre como poderão melhor utilizar estratégias de educação interprofissional e de prática colaborativa para fortalecer o desempenho dos sistemas de saúde e promover melhorias de resultados na saúde (Figuras 2, 3).

A necessidade da colaboração interprofissional

Os formuladores de políticas de saúde mudaram o foco de métodos tradicionais de prestação de serviços para estratégias inovadoras que fortalecerão a força de trabalho de saúde para gerações futuras (4-7).

Apesar de haver grande interesse em avançar na colaboração interprofissional, o desejo de engajar-se nesse tipo de planejamento de longo prazo é frequentemente negligenciado por crises urgentes, como a epidemia do HIV/Aids e/ou tuberculose, os custos crescentes com assistência de saúde, os desastres naturais, o envelhecimento populacional e outros problemas mundiais de saúde. Felizmente, muitos formuladores de políticas têm reconhecido que uma força de trabalho de saúde colaborativa, forte e flexível é uma das melhores formas de enfrentar esses desafios de saúde, altamente complexos. Nos últimos anos, diversas associações locais, nacionais e

regionais e centros acadêmicos de excelência foram inaugurados, o que demonstra o momento de crescimento para a colaboração interprofissional.

A educação interprofissional e a prática colaborativa podem contribuir de forma positiva para alguns dos desafios de saúde mais urgentes do mundo. Por exemplo:

Saúde da família e comunitária

A saúde da mãe e da criança é essencial para o bem-estar geral de um país. Diariamente, 1.500 mulheres no mundo morrem por complicações durante a gravidez ou parto. Os profissionais de saúde capazes de simultaneamente identificar os principais pontos fortes de cada membro da equipe de assistência de saúde, e utilizá-los

para lidar com os problemas de saúde complexos de toda a família envolvida no parto, desempenharão um papel fundamental na redução dessas estatísticas alarmantes e evitáveis.

HIV/Aids, tuberculose e malária

A detecção, o tratamento e a prevenção de doenças globais, como o HIV/Aids, a tuberculose e a malária, requerem a colaboração de todos os tipos de profissionais do sistema de saúde. Equipes

interprofissionais com conhecimento e recursos para adaptar a resposta ao ambiente local serão decisivas para o sucesso dos programas de gerenciamento de doenças, educação e conscientização.

A construção de uma rede regional de apoio à colaboração interprofissional não só garantiu que não houvesse competição pelas verbas entre projetos, como tornou possível para todos os projetos compartilhar melhores práticas, desafios e oportunidades.

– Líder de Saúde Regional

Ações de saúde em crise

Em situações de crise humanitária e conflitos, é essencial haver uma resposta emergencial bem planejada. Os profissionais de saúde devem possuir conhecimento e habilidades para mobilizar quaisquer recursos e conhecimento disponíveis no sistema de saúde e na comunidade para suprir deficiências no fornecimento de água, de alimentos e de produtos médicos. A educação interprofissional proporciona aos profissionais de saúde as habilidades necessárias para coordenar a prestação de assistência quando surgem situações emergenciais.

Segurança de saúde

Epidemias e pandemias geram demandas inesperadas e intensas ao sistema de saúde. Os indivíduos que trabalham regularmente em uma equipe com prática colaborativa podem aumentar a capacidade de uma região de responder a problemas de segurança de saúde, como surtos de gripe aviária. Em caso de uma epidemia mundial ou desastre natural, a colaboração entre os profissionais de saúde é a única maneira de gerenciar a crise.

Doenças não transmissíveis e saúde mental

Equipes interprofissionais são capazes muitas vezes de apresentar uma abordagem mais abrangente na prevenção e no gerenciamento de condições crônicas como a demência, desnutrição e asma. Essas condições são complexas e geralmente necessitam de uma resposta colaborativa.



© WHO/DRT/Martel

Sistemas e serviços de saúde

A educação interprofissional e a prática colaborativa maximizam os pontos fortes e as habilidades dos profissionais de saúde, permitindo que atuem em sua máxima capacidade. Frente a carência atual de 4,3 milhões de profissionais de saúde, inovações dessa natureza tornar-se-ão cada vez mais necessárias para lidar com a pressão sobre os sistemas de saúde.

O *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa* relaciona uma série de mecanismos no nível da prática e de sistema que podem ajudar os formuladores de políticas a implementar e manter o progresso na colaboração interprofissional. Ao reconhecer que os sistemas de educação e de saúde devem refletir as necessidades e aspirações locais, este Marco foi elaborado para auxiliar os formuladores de políticas no mundo todo a aplicar mecanismos e ações essenciais conforme as necessidades de suas localidades específicas. Este Marco apresenta ideias internacionalmente relevantes para os formuladores de políticas levarem em consideração e adaptá-las como for necessário.

Aprendizado em equipe na Universidade Jimma, Etiópia

Desde 1990, a Universidade Jimma alocou de 20 a 30 alunos do último ano dos cursos de medicina, enfermagem, farmácia, ciência de laboratório e saúde ambiental em centros distritais de saúde. Os alunos prestam serviços desde a promoção da nutrição à atenção primária e serviços básicos de laboratório, ao mesmo tempo em que se relacionam com os centros de saúde regionais e com outros alunos de diversas disciplinas (51).

Mapeamento internacional das práticas de educação interprofissional

Visando obter informações sobre as atividades interprofissionais atuais em nível mundial, o Grupo de Estudos da OMS em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa realizou um mapeamento internacional entre fevereiro e maio de 2008. O objetivo desse mapeamento foi:

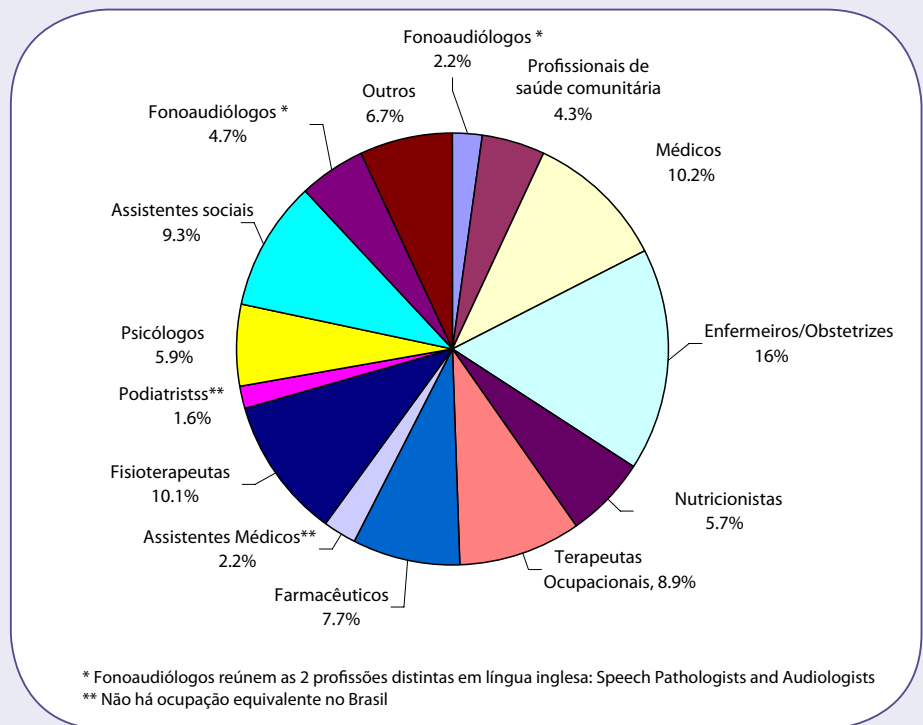
- * Determinar a situação atual da educação interprofissional no mundo
- * Identificar as melhores práticas
- * Localizar exemplos de sucesso, obstáculos e fatores contribuintes para a educação interprofissional.

Trezentos e noventa e seis participantes, representando 42 países de cada uma das seis regiões definidas pela OMS, apresentaram um "insight" sobre seus programas de educação interprofissional. Esses indivíduos representam várias áreas, incluindo a prática (14,1%), administração (10,6%), educação (50,4%) e pesquisa (11,6%).

Os resultados indicam que a educação interprofissional ocorre em muitos países e locais de assistência à saúde em uma diversidade de categorias de renda dos países.* Envolve alunos de uma ampla gama de disciplinas associadas, incluindo a *allied health*, medicina, obstetrícia, enfermagem e assistência social.

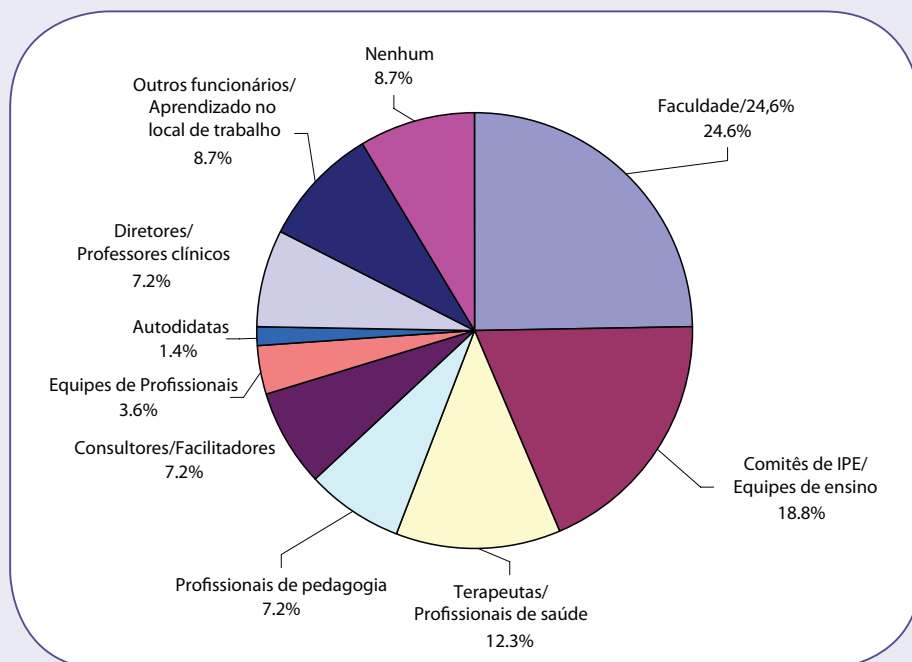
Para a maioria dos participantes, a educação interprofissional era obrigatória. O envolvimento dos alunos ocorre principalmente na universidade, com uma distribuição relativamente equilibrada pelos anos do curso universitário. Os alunos geralmente são avaliados em situações de grupo (46,9% em países desenvolvidos e 36,8% em países em desenvolvimento), seguido de avaliações individuais, testes escritos e outros métodos. Apesar de a educação interprofissional ser normalmente oferecida de forma presencial, a tecnologia da informação vem se tornando uma outra opção valiosa.

Figura 4. Tipos de alunos que receberam educação interprofissional nas instituições dos participantes



* Os países dos participantes foram categorizados de acordo com a Classificação de Renda do Banco Mundial.

Figura 5. Responsáveis pela capacitação de equipe em educação interprofissional



A preparação de profissionais para promover a educação interprofissional não é comum no âmbito internacional. Os cursos são geralmente curtos e de conteúdo variado e as atividades de educação interprofissional ainda não são sistematicamente desempenhadas. Além disso, são raras as avaliações de rotina do impacto da educação interprofissional nos resultados na saúde e prestação de serviços.

Apesar disso, os participantes relataram que tiveram muitos benefícios educacionais e nas políticas de saúde com a implementação da educação interprofissional. Por exemplo:

Benefícios educacionais

- * Os alunos apresentam experiências do mundo real e *insights*
- * Trabalhadores de diversas profissões contribuem com o desenvolvimento do programa
- * Os alunos aprendem sobre o trabalho de outros profissionais

Benefícios para as políticas de saúde

- * Melhoria das práticas e produtividade no ambiente de trabalho
- * Melhoria dos resultados dos pacientes
- * Aumento da confiança dos trabalhadores da saúde
- * Melhoria da segurança dos pacientes
- * Melhoria do acesso à assistência de saúde

Ainda é necessário um esforço significativo para garantir o desenvolvimento, a implementação e a avaliação de iniciativas interprofissionais para que se mantenham as melhores práticas reconhecidas internacionalmente.

Os 42 países representados pelos participantes

Armênia, Austrália, Bahamas, Bélgica, Canadá, Cabo Verde, República da África Central, China, Croácia, Dinamarca, Djibouti, Egito, Alemanha, Gana, Grécia, Guiné, Índia, Irã (República Islâmica do), Iraque, Irlanda, Japão, Jordânia, Malásia, Malta, México, Nepal, Nova Zelândia, Noruega, Paquistão, Papua Nova Guiné, Polônia, Portugal, República da Moldávia, Arábia Saudita, Cingapura, África do Sul, Suécia, Tailândia, Emirados Árabes Unidos, Reino Unido, Estados Unidos da América, Uruguai.

Educação interprofissional e prática colaborativa para a melhoria de resultados na saúde

Após cerca de 50 anos de pesquisa, atualmente existem evidências suficientes para indicar que a educação interprofissional proporciona a efetiva prática colaborativa que, por sua vez, otimiza os serviços de saúde, fortalece os sistemas de saúde e incita melhorias de resultados na saúde (Figura 6) (6-21). Tanto no ambiente de assistência a condições agudas como no de atenção primária a saúde, os pacientes relatam maiores graus de satisfação, melhor aceitação da assistência prestada e melhoria de resultados de saúde após tratamento por uma equipe colaborativa (22).

As evidências de pesquisa demonstraram vários resultados:

- * A prática colaborativa pode melhorar:
 - O acesso aos serviços de saúde e a coordenação dos mesmos
 - O uso adequado de recursos clínicos especializados
 - Os resultados na saúde de usuários com doenças crônicas

- A assistência e segurança dos pacientes (23-25).

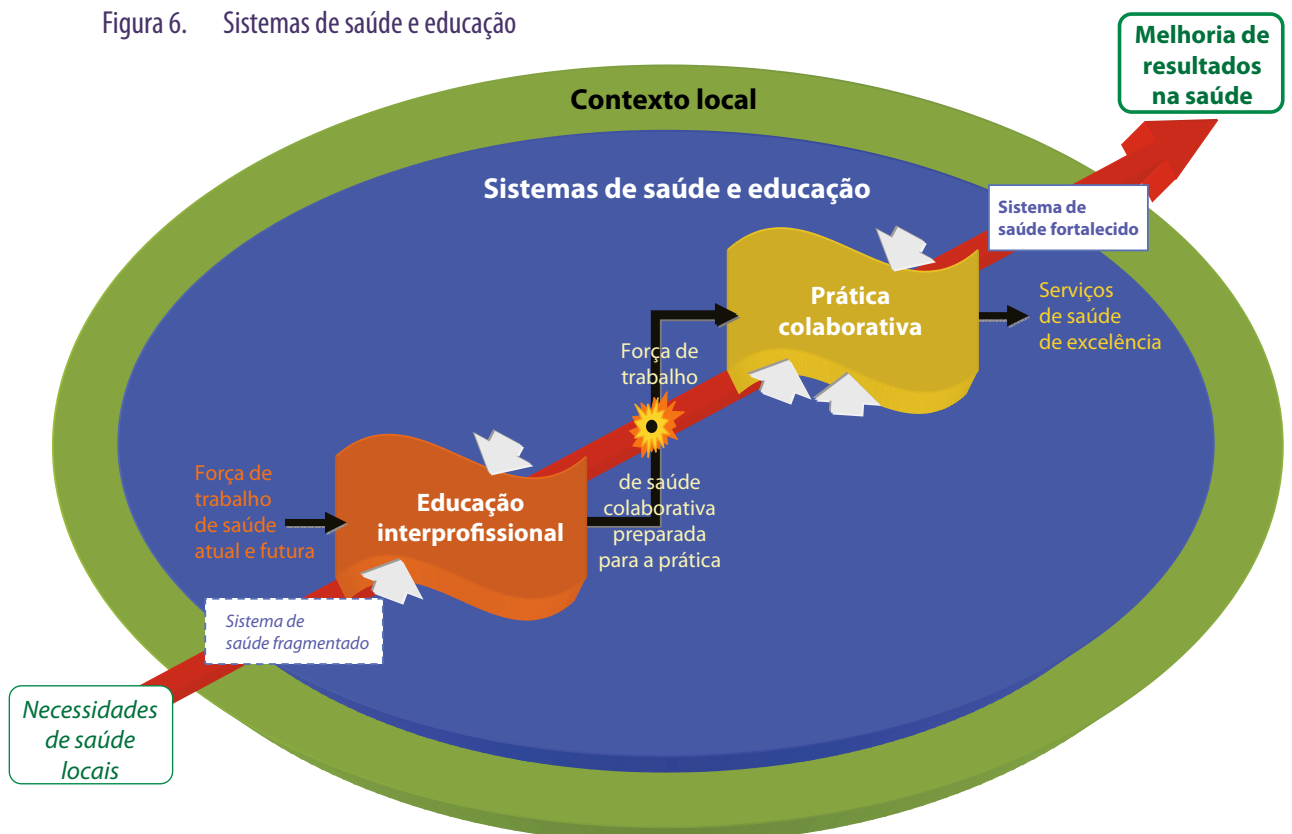
- * A prática colaborativa pode reduzir:

- O número de complicações de pacientes
- A duração da internação
- A tensão e o conflito entre os prestadores de assistência
- A rotatividade de profissionais
- O número de internações
- As taxas de erros médicos
- As taxas de mortalidade (18-20, 22,23, 26-29).

- * Em ambientes de saúde mental comunitária a prática colaborativa tem condições de:

- Aumentar a satisfação dos pacientes e dos profissionais
- Promover melhor aceitação do tratamento
- Reduzir a duração do tratamento
- Reduzir os custos assistenciais
- Reduzir a incidência de suicídios (17,21)
- Aumentar o tratamento para condições psiquiátricas (30)
- Reduzir o número de consultas ambulatoriais (30).

Figura 6. Sistemas de saúde e educação



Colaboração interprofissional intersectorial durante crises de saúde

Em 2005, o norte do Paquistão sofreu um grave terremoto que resultou em milhares de danos. Os esforços de salvação foram especialmente desafiadores em comunidades isoladas nas montanhas. Uma clínica para feridos acabou sendo montada em um hotel inacabado, mas o controle de infecções se tornou extremamente difícil, pois não havia fonte de água. Um dos trabalhadores voluntários tomou a iniciativa de encontrar um encanador, que conseguiu prover o abastecimento constante de água limpa na clínica em 48 horas. Nessa situação, a busca de pessoas qualificadas fora da equipe convencional de assistência de saúde garantiu que as vítimas do terremoto recebessem serviços de saúde de qualidade apesar das difíceis circunstâncias (52). Essa é uma situação comum em cenários emergenciais, onde a colaboração entre setores pode ser essencial para a melhoria dos resultados na saúde (48).

- * Pacientes terminais e com doenças crônicas que recebem assistência domiciliar das equipes:
 - Ficam mais satisfeitos com a assistência
 - Relatam menos visitas às clínicas
 - Apresentam menos sintomas
 - Relatam melhoria do estado geral de saúde (24,31).
- * Os sistemas de saúde podem se beneficiar com a introdução da prática colaborativa, que reduz os custos com:
 - Montagem e implementação de equipes de atenção primária à saúde para pacientes idosos com doenças crônicas (31)
 - Testes clínicos redundantes e custos associados (32)
 - Implementação de estratégias multidisciplinares para o gerenciamento de pacientes com insuficiência cardíaca (19)
 - Implementação de equipes de nutrição parenteral total dentro de ambientes hospitalares (18).*

Essas evidências demonstram claramente a necessidade de haver uma força de trabalho de saúde colaborativa preparada para a prática, que pode incluir profissionais de



© Jean-Marc Giboux

Qualquer projeto que envolva diferentes especialidades ou localidades necessita da coordenação das atividades para atingir o máximo de efetividade. Este é especialmente o caso em situações de emergência. É nesse cenário que equipes interprofissionais podem exercer o maior impacto em uma emergência de saúde pública. A coordenação mais intensa e o funcionamento sereno facilitarão uma resposta mais eficiente e efetiva, bem como possibilitarão a prestação de assistência mais rápida para aqueles com necessidades.

– Diretor Nacional de Saúde Pública

saúde de profissões regulamentadas ou não, como profissionais de saúde da comunidade, economistas, especialistas em informática para saúde, enfermeiros, gestores, assistentes sociais e veterinários. A colaboração interprofissional

Marco para Ação
em Educação
Interprofissional
e Prática
Colaborativa

* Quadros com o resumo de evidências de pesquisa obtidas a partir de análises sistemáticas relacionadas à educação interprofissional e prática colaborativa são encontrados nos Anexos 6 e 7, respectivamente. O Colaborativo de Saúde Interprofissional Canadense (Canadian Interprofessional Health Collaborative) também elaborou recentemente uma síntese de evidências para formuladores de políticas sobre os efeitos da educação interprofissional, incluindo 181 estudos de 1974-2005, que pode ser acessado através do link http://www.cihc.ca/resources-files/the_evidence_for_ipe_july2008.pdf

intersetorial entre a saúde e setores relacionados é também importante porque auxilia no alcance de determinantes de saúde mais amplos, como melhor moradia, água encanada, segurança dos alimentos, educação e uma sociedade sem violência.

A educação interprofissional pode ocorrer durante a educação pré- e pós-qualificação em uma variedade de cenários (exemplo: programas de treinamento básico, programas de pós-graduação, desenvolvimento profissional contínuo e aprendizado para a melhoria da qualidade dos serviços). A educação interprofissional é geralmente bem recebida pelos participantes, que desenvolvem habilidades de comunicação, aumentam a capacidade de análise crítica e aprendem a valorizar os desafios e benefícios do trabalho em equipe. A educação interprofissional efetiva promove o respeito entre os profissionais de saúde, elimina estereótipos prejudiciais e evoca a prática da ética focada no paciente (8).

Muitos profissionais de saúde já atuam em equipes e se comunicam ativamente com os colegas. Apesar da coordenação e da cooperação formarem a base para a colaboração, estas não são sinônimos de prática colaborativa, pois esta última supera a cooperação através do envolvimento de uma força de trabalho de saúde colaborativa, preparada para a prática, pronta para enfrentar problemas complexos ou emergenciais e resolvê-los juntos. Esses profissionais de saúde sabem como colaborar com colegas de outras profissões,

A relação pessoal entre os membros da equipe ajudou a estabelecer a confiança entre nós, e colegas que confiam uns nos outros são muito mais propensos a buscar colaboração.

– Profissional de saúde rural

possuem habilidades para colocar o conhecimento interprofissional em prática e o fazem com respeito pelos valores e crenças de seus colegas. Eles podem interagir, negociar e trabalhar conjuntamente com profissionais de saúde de

qualquer procedência.

A educação interprofissional e a prática colaborativa não são panaceias para todos os desafios que o sistema de saúde possa enfrentar. No entanto, quando aplicadas adequadamente, têm condições de dotar os profissionais de saúde das habilidades e dos conhecimentos necessários para enfrentar os desafios do complexo sistema de saúde mundial.

O papel dos sistemas de saúde e de educação

Aspectos como problemas regionais, necessidades de saúde não atendidas e o contexto local influenciam a forma como os sistemas de saúde e de educação são organizados em todo o mundo. Não existem dois contextos idênticos, no entanto todos compartilham seis blocos estruturais comuns. A prática colaborativa pode ser encontrada em cada um destes seis blocos estruturais dos sistemas de saúde:

1. Força de trabalho de saúde
2. Prestação de serviços
3. Produtos médicos, vacinas e tecnologias
4. Financiamento de sistemas de saúde
5. Sistema de informação de saúde
6. Liderança e governança (32)

Reflexão crítica sobre a prática colaborativa

Várias clínicas de atenção primária de saúde na Dinamarca mantêm registros sobre os atendimentos que cada um dos profissionais de saúde oferecem como forma de facilitar a reflexão, as discussões abertas e a melhoria na forma de trabalho colaborativo entre os profissionais. Esse processo facilita o compartilhamento de melhores práticas e desperta o espírito de equipe (53).

Satisfação da força de trabalho e bem-estar

Profissionais de saúde de equipes Australianas e inglesas da atenção primária relataram altos níveis de bem-estar. Eles compartilham problemas e apoiam uns aos outros, e a colaboração resultante afasta os indivíduos de interações negativas no ambiente de trabalho (54-56).

Devido à natureza particular de cada região de saúde, as estratégias de prática colaborativa devem ser consideradas de acordo com as necessidades e desafios locais. Em algumas regiões, isso pode significar que abordagens assistenciais colaborativas baseadas em equipes são direcionadas por esforços em promover a segurança do paciente (34, 35), maximizar os recursos limitados de saúde, deslocar o cuidado à saúde do campo das emergências para centros de atenção primária ou incentivar o trabalho mais integrado (36, 37). Já em outras, o foco pode ser os benefícios para recursos humanos, como o aumento da satisfação no trabalho dos profissionais de saúde ou maior clareza do papel de cada profissional de saúde ao trabalhar em equipes (22).*

Independentemente do contexto que os formuladores de políticas escolham para implementar a prática colaborativa, as evidências de pesquisa e a experiência demonstraram que uma abordagem baseada

no trabalho em equipe para a prestação da atenção à saúde maximiza os pontos fortes e as habilidades de cada profissional de saúde contribuinte. Isso aumenta a eficiência das equipes ao reduzir a duplicidade de serviços, promover padrões de referenciamento mais frequentes e adequados, maior continuidade e coordenação da atenção à saúde e tomada de decisão colaborativa com pacientes (22). Isso também pode auxiliar no recrutamento e retenção de profissionais de saúde (29) e possivelmente reduzir a migração da força de trabalho de saúde.



© WHO/photo by ALMASY P.

* Foi alterada a descrição dos profissionais que compõem a equipe de saúde da família no Brasil: onde se lia um médico, duas enfermeiras e agentes comunitários de saúde, leia-se um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares/técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. * Termo mencionado no documento original

Equipes de saúde da família no Brasil

No Brasil, a reforma da Constituição nacional no final dos anos 80 estabeleceu o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)*. Essa iniciativa levou à criação de Equipes de Saúde da Família, compostas por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. As equipes são responsáveis por monitorar um determinado número de famílias que residem em áreas geográficas definidas para uma série de necessidades de saúde (57). Vinte anos após o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e 15 anos após a implementação do programa de Saúde da Família, mais de 88 milhões de brasileiros são acompanhados por 28.000 Equipes de Saúde da Família e 16.000 Equipes de Saúde Bucal da Família (57). Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica reafirmou o compromisso do governo brasileiro em expandir e consolidar a Rede de Atenção à Saúde no SUS cujo pilar é uma ampla base de Equipes de Saúde da Família ligadas à população (58).

Marco para Ação
em Educação
Interprofissional
e Prática
Colaborativa

Mudança de cultura na prestação de assistência à saúde

Um dos benefícios da implementação da educação interprofissional e da prática colaborativa é que essas estratégias modificam a forma como os profissionais de saúde interagem uns com os outros para prestar assistência. Ambas as estratégias relacionam-se com as pessoas: os líderes de saúde e os formuladores de políticas que se esforçam para que não haja barreiras na implementação da prática colaborativa nas instituições; os profissionais de saúde que prestam serviços; os educadores que dão o treinamento necessário aos profissionais de saúde; e principalmente, os indivíduos e comunidades que dependem do serviço. Ao modificar a forma como os profissionais de saúde pensam e interagem

Isso me tornou mais consciente do quanto o processo de mudança é importante. As equipes podem beneficiar os pacientes se estiverem trabalhando bem. Se a equipe não estiver trabalhando bem, o paciente será afetado, o que também me tornou mais consciente sobre como gostarei de trabalhar no futuro.

– Estudante de Farmácia

uns com os outros, a cultura do ambiente de trabalho e as atitudes da força de trabalho se transformarão, melhorando a experiência de trabalho dos profissionais e beneficiando a comunidade como um todo.

No âmbito internacional, a educação interprofissional e a prática colaborativa são atualmente consideradas estratégias confiáveis que podem ajudar a reduzir a crise global da força de trabalho da saúde. As crescentes evidências e a fundamentação em pesquisa continuam a identificar a colaboração interprofissional como um

benefício aos profissionais de saúde, sistemas e comunidades. Para promover o avanço na educação interprofissional e prática colaborativa, este *Marco* descreve os mecanismos que os formuladores de políticas e os líderes da sociedade civil podem utilizar para começar a promover a transição para a colaboração interprofissional em todo o sistema.

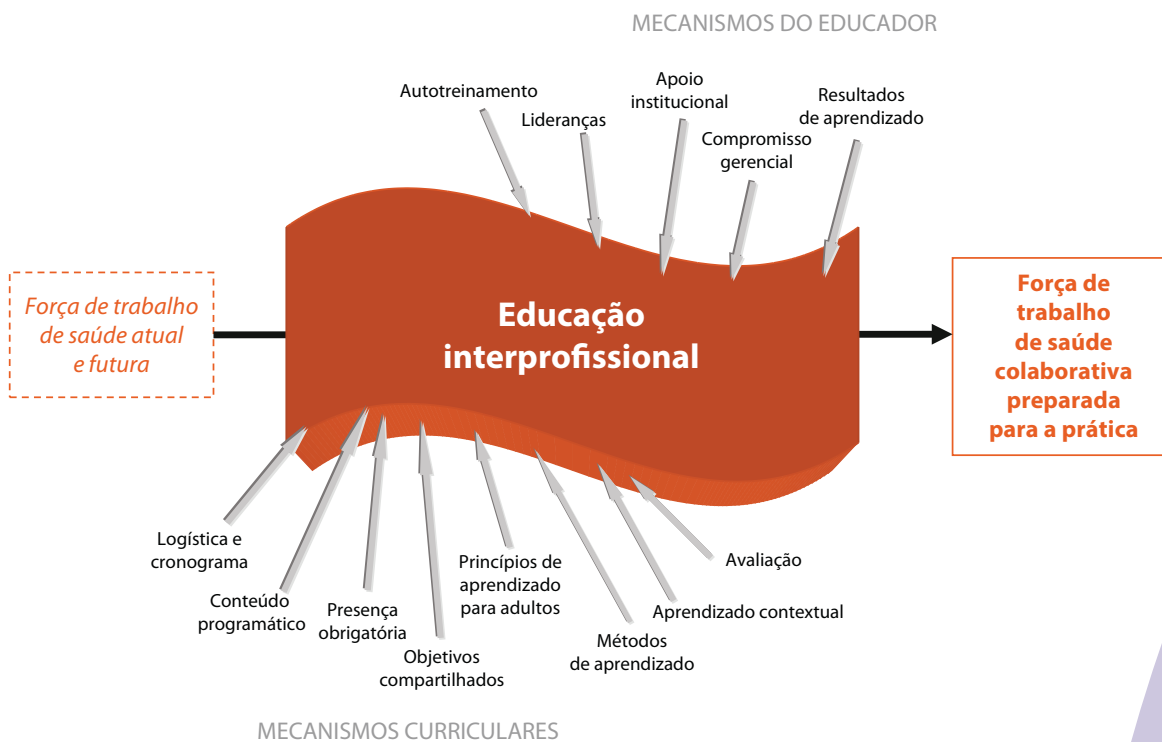


Avanços

A conquista da educação interprofissional e da prática colaborativa necessita de uma análise e avaliação dos mecanismos que as delineiam. Para este *Marco*, uma série de mecanismos-chave foi identificada a partir da revisão da literatura, de resultados de um mapeamento internacional de práticas de educação interprofissional, de estudos de caso de países e da análise cuidadosa e do conhecimento de informantes-chave. Esses mecanismos foram separados em temas abrangentes e agrupados em três seções: 1) educação interprofissional; 2) prática colaborativa; e 3) sistemas de educação e saúde. Para cada seção, foram

identificados itens passíveis de ação para que os formuladores de políticas possam implementar em contextos locais. No entanto, apesar de os mecanismos e ações terem sido alocados em categorias abrangentes de educação interprofissional e prática colaborativa, há um alto grau de sobreposição e muitos mecanismos impactam ambas as seções (Figura 7). À medida que essas estratégias forem implementadas e difundidas, a educação interprofissional e a prática colaborativa serão mais incorporadas, fortalecendo os sistemas de saúde e melhorando os resultados na saúde.

Figura 7. Exemplos de mecanismos que delineiam a educação interprofissional no nível prático



Formação de profissionais dos serviços de saúde para a educação interprofissional

Um curso de capacitação interprofissional de preceptores para o Programa de Treinamento em Saúde Rural da Universidade da Carolina do Leste nos Estados Unidos consistiu de quatro sessões de três horas durante quatro meses. Os educadores aprenderam como aumentar a boa aceitação pelos alunos do currículo interprofissional e vice-versa. O conteúdo programático incluiu reuniões de rotina para discussão de casos em comum e exposição de opiniões (59).

Educação interprofissional: a conquista de uma força de trabalho de saúde colaborativa preparada para a prática

A educação interprofissional é delineada por mecanismos que podem ser classificados de forma abrangente em:

- * Profissionais dos serviços de saúde responsáveis pelo desenvolvimento, aplicação, subsídios e gerenciamento da educação interprofissional
- * Currículo interprofissional.

Mecanismos do educador*. Desenvolver um currículo de educação interprofissional é um processo complexo, que pode envolver profissionais de diferentes faculdades, ambientes de trabalho e lugares. A manutenção da educação interprofissional pode ser igualmente complexa e necessita de:

- * Políticas institucionais de apoio e compromisso gerencial (38)
- * Boa comunicação entre os participantes
- * Entusiasmo para realização do trabalho
- * Visão compartilhada e compreensão dos benefícios da introdução de um novo currículo
- * Um líder responsável por coordenar as atividades educacionais e identificar as barreiras para o progresso (39).

A preparação meticulosa dos instrutores para suas funções no desenvolvimento, aplicação e avaliação da educação interprofissional

também é importante (10, 14, 40, 41). Para a maioria dos educadores ensinar os alunos como aprender sobre os outros, com os outros e entre si é uma experiência nova e desafiadora. Para que a educação interprofissional seja incorporada com sucesso no currículo e pacotes de treinamento, as primeiras experiências dos profissionais devem ser positivas. Isso garantirá o envolvimento contínuo e a vontade de desenvolver ainda mais o currículo baseado nas opiniões dos alunos.

Mecanismos curriculares. A atenção à saúde e a educação em todo o mundo são prestadas por diferentes tipos de educadores e profissionais de saúde, que oferecem uma variedade de serviços em diferentes locais e horários. Essa condição agrega uma carga considerável de coordenação para os educadores interprofissionais e para os responsáveis pelo desenvolvimento de currículos. As evidências já demonstraram que tornar a presença obrigatória e desenvolver cronogramas flexíveis pode evitar que desafios logísticos se tornem uma barreira para a efetiva colaboração interprofissional.

As pesquisas indicam que a educação interprofissional é mais efetiva quando:

- * são empregados os princípios de aprendizado para adultos (exemplo: aprendizado baseado em problemas e protocolos de aprendizado por ação)
- * os métodos de aprendizado refletem experiências da prática da vida real vivenciadas pelos alunos (39)
- * ocorre interação entre os alunos.

A educação interprofissional efetiva depende de currículos que façam a ligação entre as atividades de aprendizado, resultados esperados e uma avaliação do que foi aprendido (42).

* O termo “educador” inclui todos os instrutores, treinadores, corpo docente, preceptores, professores e facilitadores que trabalham em qualquer instituição educacional ou de assistência à saúde, bem como os indivíduos que os apoiam.

É importante lembrar que os resultados esperados serão influenciados pelo ambiente físico e social do aluno, bem como pelo seu nível de educação. Resultados de aprendizado bem fundamentados assumem que os alunos precisam saber: o que fazer (isto é, conhecimento); como aplicar o conhecimento (isto é, habilidades); e quando usar as habilidades em um planejamento ético adequado utilizando seu conhecimento (isto é, atitudes e comportamento).



© WHO/PI-Virot

Educação interprofissional oferece experiências do mundo real aos alunos

Em 1996, a Universidade de Linköping na Suécia implementou um extenso compromisso com a educação interprofissional para todos os estudantes das ciências da saúde. Até 12 semanas do currículo de todos os alunos são dedicadas à educação interprofissional (60). Uma parte deste compromisso foi a inauguração da primeira ala interprofissional de treinamento para estudantes na Faculdade de Ciências da Saúde na Universidade de Linköping (61).

Um programa parecido de treinamento vem sendo oferecido desde 1998 no Instituto Karolinska, próximo à Universidade de Linköping, onde é ministrado um curso interprofissional obrigatório de duas semanas para estudantes de medicina, enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional em uma ala de treinamento. Entre cinco a sete alunos trabalham em equipes para planejar e organizar a atenção à saúde dos pacientes sob a orientação de seus supervisores. Ao final de cada turno, as equipes de alunos discutem a experiência de aprendizado com os supervisores. (62)

Desenvolvimento e aplicação de currículo interprofissional

No Campus de Enfermagem Maharajgunj da Universidade Tribhuvan em Nepal, os currículos da assistência neonatal foram atualizados em um *workshop* que incluiu os corpos docentes de enfermagem e medicina. Os participantes trabalharam juntos na identificação de componentes essenciais para um novo currículo. Eles descobriram que o corpo docente de enfermagem tinha mais conhecimentos e habilidades em áreas como a assistência neonatal básica, enquanto que o corpo docente médico tinha mais conhecimentos e habilidades em assistência avançada (63).

Na Faculdade Médica Cristã em Vellore, Índia, estudantes de enfermagem aprendem sobre trabalho em equipe interprofissional e sobre o papel das relações interpessoais na comunicação com pacientes e colegas. Eles aprendem maneiras diferentes de melhorar a colaboração, incluindo o fortalecimento dos serviços de referência. (64).

O Projeto Nova Geração da Universidade de Southampton está despontando para tornar realidade o aprendizado comum pelos locais de assistência de saúde. O projeto envolve uma equipe de especialistas em educação e pesquisadores que criaram e estão desenvolvendo um novo plano de aprendizado, que aproxima as diferentes profissões da assistência de saúde através da compreensão comum, respeito mútuo e comunicação (65).

Educação interprofissional obrigatória

Na Suécia, o Projeto Centros para Educação Médica realizou avaliações de um curso interprofissional de duas semanas para estudantes de medicina, enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional. Os avaliadores observaram que ao tornar obrigatório o curso clínico interprofissional, houve maior contato entre o corpo docente, funcionários e alunos – que demonstraram interesse na continuidade dessas interações (66).

**Marco para Ação
em Educação
Interprofissional
e Prática
Colaborativa**

Esses resultados podem ser vistos nos seguintes exemplos agrupados sob os domínios do aprendizado interprofissional.

1. Trabalho em equipe:
 - Capacidade de atuar como líder e membro da equipe
 - Conhecimento dos obstáculos para o trabalho em equipe
2. Funções e responsabilidades:
 - Compreensão das próprias funções, responsabilidades e aptidões, bem como os de outros tipos de profissionais de saúde
3. Comunicação:
 - Expressão apropriada de opiniões aos colegas
 - Saber ouvir os membros da equipe
4. Aprendizado e reflexão crítica:
 - Reflexão crítica sobre a própria relação em uma equipe
 - Transferência do aprendizado interprofissional para o ambiente de trabalho
5. Relação com o paciente e identificação de suas necessidades:
 - Trabalho colaborativo com foco na melhor assistência ao paciente
 - Envolvimento com pacientes, famílias, cuidadores e comunidades como parceiros no gerenciamento do cuidado
6. Prática ética:
 - Compreensão das visões estereotipadas próprias e de terceiros sobre outros profissionais de saúde
 - Reconhecimento de que os pontos de vista de cada profissional de saúde são igualmente válidos e importantes

Recebemos de braços abertos irmãos e irmãs brancos que estão trabalhando juntos para a melhoria da saúde de nosso povo. Sairemos com você – o guiaremos e apoiaremos – apresentaremos você à comunidade. Você irá descobrir que cada uma das nossas comunidades tem senso de humor – nos agarramos a ele – somos flexíveis e damos as boas-vindas ao trabalho conjunto nesta jornada em direção à colaboração interprofissional.

– Líder Comunitário Aborígine

A educação interprofissional proporciona aos aprendizes o treinamento necessário para torná-los parte da força de trabalho de saúde colaborativa preparada para a prática. Assim que os profissionais de saúde estiverem prontos para atuar de forma colaborativa, mecanismos e ações adicionais poderão ajudar a dar forma à experiência (Tabela 1). Ao desenvolver a prática colaborativa, os responsáveis pelo planejamento de sistemas de saúde e os educadores da saúde deverão se envolver em discussões sobre maneiras de ajudar os aprendizes na transição entre a educação e o local de trabalho.

Tabela 1. Ações para o avanço da educação interprofissional para a melhoria de resultados na saúde

AÇÃO	PARTICIPANTES	EXEMPLOS DE NÍVEIS DE ENGAJAMENTO	RESULTADOS POTENCIAIS
1. Pactuar uma visão comum e a finalidade da educação interprofissional com os principais interessados nas faculdades e organizações	<ul style="list-style-type: none"> • Tomadores de decisão • Formuladores de políticas • Diretores e gestores dos serviços de saúde • Líderes educacionais • Educadores • Profissionais de saúde 	<p>CONTEXTUALIZAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visão: “Tanto para estudantes em sala de aula quanto para aqueles que participam da educação na prática, a educação interprofissional será incentivada e os princípios da prática colaborativa serão apoiados” 	<ul style="list-style-type: none"> • Toda a educação do profissional de saúde estará direcionada por uma visão e finalidade interprofissional
2. Desenvolver currículos de educação interprofissional de acordo com os princípios das Boas Práticas de Educação	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboradores de currículos • Educadores • Líderes educacionais • Pesquisadores 	<p>CONTEXTUALIZAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interagir com pesquisadores locais para entender como as melhores práticas em educação interprofissional podem ser aplicadas ao contexto local • Desenvolver currículos com base em recursos existentes e necessidades locais 	<ul style="list-style-type: none"> • Uma estrutura de educação interprofissional que seja específica à região e leve em consideração a cultura, geografia, história, problemas, etc. • Envolvimento de várias camadas da sociedade, como profissionais de saúde, pesquisadores e instalações
3. Fornecer apoio organizacional e alocações de verba e espaço para: <ul style="list-style-type: none"> • o desenvolvimento e prestação da educação interprofissional • o treinamento de funcionários em educação interprofissional 	<ul style="list-style-type: none"> • Diretores e gestores dos serviços de saúde • Líderes educacionais 	<p>COMPROMISSO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dedicar um tempo regular para o encontro de líderes interprofissionais, funcionários e outros • Dar incentivos para os funcionários participarem na educação interprofissional 	<ul style="list-style-type: none"> • Uma força de trabalho de saúde colaborativa preparada para a prática • Melhoria da saúde do ambiente de trabalho e da satisfação dos profissionais de saúde
4. Incluir a educação interprofissional em programas de treinamento para profissionais de saúde: <ul style="list-style-type: none"> • todos os programas de pré-qualificação • programas adequados de pós-graduação e de desenvolvimento profissional continuado • aprendizado para melhoria de serviços de qualidade 	<ul style="list-style-type: none"> • Líderes de governo • Formuladores de políticas • Líderes educacionais • Educadores • Elaboradores de currículos • Diretores e gestores dos serviços de saúde 	<p>COMPROMISSO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introduzir novos currículos por todo o sistema • Gerenciar a resistência de profissionais de saúde seniores à “reeducação” 	<ul style="list-style-type: none"> • Uma força de trabalho de saúde colaborativa preparada para a prática • Educação interprofissional e prática colaborativa incorporada na prestação de sistemas de saúde
5. Assegurar que os funcionários responsáveis pelo desenvolvimento, aplicação e avaliação da educação interprofissional sejam competentes nessa tarefa, tenham conhecimento consistente com o perfil da educação interprofissional planejada e o apoio de um líder em educação interprofissional	<ul style="list-style-type: none"> • Educadores • Líderes educacionais 	<p>COMPROMISSO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover aos educadores e profissionais envolvidos oportunidades para discutir desafios e sucessos compartilhados • Fornecer recursos aos educadores e equipe • Foco na melhoria contínua utilizando ferramentas de avaliação adequadas 	<ul style="list-style-type: none"> • Educação fortalecida com foco na educação interprofissional e prática colaborativa
6. Garantir o compromisso com a educação interprofissional dos líderes em instituições educacionais e todos os ambientes de trabalho e prática associados	<ul style="list-style-type: none"> • Líderes educacionais • Diretores e gestores dos serviços de saúde 	<p>LIDERANÇA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permitir que educadores, supervisores médicos e funcionários compartilhem experiências interprofissionais positivas com supervisores e líderes 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhores atitudes frente a outras profissões de saúde • Melhor comunicação entre os profissionais de saúde

Prática colaborativa para atingir serviços de saúde de excelência

A prática colaborativa funciona melhor quando é organizada em torno das necessidades da população atendida e leva em conta a forma como a atenção à saúde local é prestada. A abordagem baseada na população ou em necessidades é necessária na determinação da melhor forma de introduzir novos conceitos interprofissionais. Enquanto que uma força de trabalho de saúde colaborativa preparada para a prática é um mecanismo essencial para moldar a eficácia da prática colaborativa, ela sozinha não garantirá a provisão de serviços de saúde de excelência (Figura 8). Outros mecanismos no nível da prática, como apoios institucionais, cultura de trabalho e o ambiente,

podem proporcionar a efetividade da prática colaborativa (Tabela 2).

Apoios institucionais. Mecanismos institucionais podem moldar a maneira como uma equipe trabalha de forma colaborativa, criando sinergia em vez de fragmentação (43). Os profissionais que participam na prática colaborativa necessitam de modelos de governança claros, protocolos estruturados e procedimentos operacionais compartilhados. Eles precisam saber que a gerência apoia o trabalho em equipe e acredita em compartilhar a responsabilidade pela prestação de serviços de atenção à saúde com os membros das equipes. É preciso haver tempo e espaço adequados para a colaboração interprofissional e a prestação assistencial. Por outro lado, as políticas de

Aplicação de educação interprofissional utilizando tecnologias de comunicação e informação

No ambiente virtual de aprendizado, estudantes de diferentes grupos de profissões de saúde adquirem o entendimento sobre os papéis e responsabilidades de cada membro da equipe envolvida na atenção à saúde. Experiências do consórcio mundial de universidades Universitas 21 revelam que a tecnologia de comunicação e informação pode ser usada para quebrar estereótipos estabelecidos e promover parcerias na atenção aos pacientes que tratem os parceiros como iguais (67).

Estratégias de comunicação efetivas

Em um hospital psiquiátrico em Tamilnadu, Índia, uma equipe de saúde mental trabalha de forma interprofissional na prestação de assistência aos pacientes. Nesse local, as visitas clínicas são feitas em conjunto, permitindo que todas as profissões sejam envolvidas no processo de tomada de decisões. Indivíduos dessa equipe reforçaram que seu sucesso se deve principalmente à clareza no entendimento das responsabilidades, confiança entre as profissões, comunicação aberta e honesta e inclusão da família na assistência aos pacientes (68).

A visão dos estudantes sobre a educação interprofissional

Na Universidade de Queensland, na Austrália, estudantes relataram que adquiriram maior compreensão sobre a necessidade da "comunicação e do saber ouvir" após um *workshop* interprofissional sobre crianças com transtornos do desenvolvimento de coordenação (69).

Estruturas para a tomada de decisão compartilhada

Em uma clínica da saúde comunitária urbana na Índia, a assistência é gerenciada por uma equipe de profissionais de saúde. Cada membro é responsável por mais de 3.000 pacientes e os médicos dão suporte semanal durante os horários de atendimento médico (64).

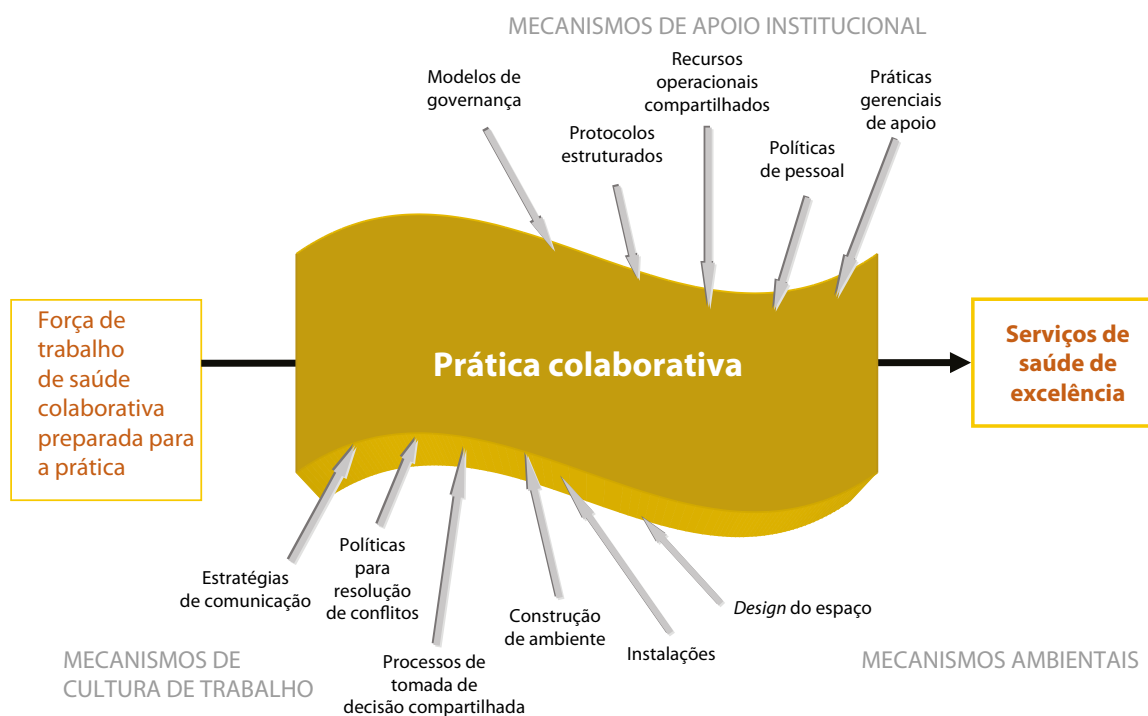


Figura 8. Exemplos de mecanismos que delineiam a educação interprofissional no nível prático

peçoal precisam reconhecer e apoiar a prática colaborativa e oferecer remuneração justa e equitativa.

Cultura de trabalho. A prática colaborativa é efetiva quando há oportunidades para a tomada de decisão compartilhada e para reuniões de equipe de rotina. Dessa forma, os profissionais de saúde podem decidir sobre metas comuns e planos de gerenciamento de pacientes, balancear tarefas individuais e compartilhadas e negociar recursos compartilhados. Sistemas e processos de informação estruturados, estratégias de comunicação efetivas, políticas para resolução de conflitos e diálogo frequente entre a equipe e os membros

da comunidade desempenham um papel importante no estabelecimento de uma boa cultura de trabalho.

Ambiente. O projeto do espaço, as instalações e a construção podem melhorar ou prejudicar bastante a prática colaborativa em uma clínica interprofissional. Em particular, o espaço físico não deve refletir uma hierarquia de cargos. Considerações adicionais incluiriam

O curso foi muito útil para compreender os papéis e perspectivas de outras profissões de saúde, trabalhar em equipe e desenvolver relações efetivas no ambiente de trabalho.

– Estudante de Fisioterapia

o desenvolvimento de um espaço compartilhado para facilitar a boa comunicação ou a organização de espaços e salas de forma a eliminar barreiras para a colaboração eficaz (44).

Tabela 2. Ações para o avanço da prática colaborativa para a melhoria de resultados na saúde

AÇÃO	PARTICIPANTES	EXEMPLOS DE NÍVEIS DE ENGAJAMENTO	RESULTADOS POTENCIAIS
1. Processos estruturais que promovam a tomada de decisão compartilhada, comunicação frequente e envolvimento da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> Diretores e gestores dos serviços de saúde Profissionais de saúde 	CONTEXTUALIZAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> Discutir e compartilhar ideias para melhoria de processos de comunicação Desenvolver um senso de comunidade através da interação e apoio aos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> Um modelo de prática colaborativa que reconhece os princípios de tomada de decisão compartilhada e a melhor prática de comunicação entre fronteiras profissionais
2. Projetar um ambiente que nutra, fomente e expanda a prática interprofissional colaborativa em agências de serviços e entre elas	<ul style="list-style-type: none"> Formuladores de políticas Diretores e gestores dos serviços de saúde Profissionais de saúde Planejadores de recursos Arquitetos/projetistas de espaço 	CONTEXTUALIZAÇÃO <ul style="list-style-type: none"> Realocar e reorganizar os equipamentos para facilitar o fluxo de comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> Melhoria de canais de comunicação Aumento da satisfação entre os profissionais de saúde
3. Desenvolver políticas de pessoal que reconheçam e apoiem a prática colaborativa e ofereçam modelos de remuneração justos e equitativos	<ul style="list-style-type: none"> Governo Diretores e gestores dos serviços de saúde Formuladores de políticas Órgãos regulatórios 	COMPROMISSO <ul style="list-style-type: none"> Revisar as políticas de pessoal e considerar planos inovadores de remuneração e incentivos 	<ul style="list-style-type: none"> Melhoria da saúde no ambiente de trabalho e bem-estar dos profissionais Melhoria do ambiente de trabalho
4. Desenvolver um modelo de prestação de serviços que permita haver tempo e espaço adequados para os profissionais focarem na colaboração interprofissional e prestação da assistência	<ul style="list-style-type: none"> Diretores e gestores dos serviços de saúde Formuladores de políticas Profissionais de saúde 	COMPROMISSO <ul style="list-style-type: none"> Destinar um tempo para que os profissionais se reúnam para a discussão de casos, desafios e sucessos Oferecer a oportunidade aos profissionais de estarem envolvidos no desenvolvimento de novos processos e planejamento estratégico 	<ul style="list-style-type: none"> Melhoria da interação entre a gerência e os profissionais Maior coesão e comunicação entre os profissionais de saúde
5. Desenvolver modelos de governança que estabeleçam o trabalho em equipe e a responsabilidade compartilhada pela prestação de serviços de saúde entre os membros da equipe e a prática normativa	<ul style="list-style-type: none"> Diretores e gestores dos serviços de saúde Formuladores de políticas Líderes de governo 	LIDERANÇA <ul style="list-style-type: none"> Revisar e atualizar o modelo de governança existente Desenvolver um plano estratégico para um modelo de atenção à saúde pautado na educação interprofissional e prática colaborativa 	<ul style="list-style-type: none"> Compromisso continuado em incorporar a colaboração interprofissional no ambiente de trabalho Modelo de governança atualizado, descrição de cargos, visão, missão e objetivo

Visão e metas do programa

No Nepal foi implementada uma estratégia nacional denominada Salvando Vidas de Recém-Nascidos [*Saving Newborn Lives*] para tratar das altas taxas de mortalidade de recém-nascidos. Ao agregar docentes de enfermagem e medicina, esse objetivo comum tornou-se o catalisador para o desenvolvimento de um currículo integrado e de relações fortalecidas entre as duas profissões (56).

A prática colaborativa e a construção

O espaço físico para a prática colaborativa exerce um papel importante na qualidade da assistência prestada por equipes interprofissionais. Para os profissionais de saúde que prestam serviços a pacientes e famílias que enfrentam problemas de saúde delicados, como doenças mentais ou crônicas, uma área privada e silenciosa é essencial para a atenção à saúde de qualidade, compassiva e com foco no paciente (47).

Legislações para apoio à prática colaborativa

Em 2008, o Governo de British Columbia no Canadá aprovou uma lei que incluiu um provimento para a colaboração interprofissional. Os conselhos de registro dos profissionais de saúde de cada província agora são solicitados, "(k) durante a realização de seus deveres e a execução de poderes sob esta lei ou outros decretos-leis, a promover e melhorar o que se segue: (ii) a prática colaborativa interprofissional entre os membros registrados e as pessoas atuando em outras profissões de saúde" (45).

Mecanismos governamentais delineiam a educação interprofissional na Noruega

Em 1972, o governo norueguês determinou que para preparar estudantes para o trabalho entre fronteiras e para difundir a colaboração interprofissional, os estudantes da área de saúde deveriam ser ensinados juntos. Em 1995, foi recomendado que todos os programas de graduação da área da saúde, enfermagem e assistência social incluíssem currículos básicos comuns que envolviam: teoria científica; ética; comunicação e colaboração; e métodos científicos e conhecimento sobre o estado de bem-estar. Todas as faculdades das universidades adotaram o currículo básico. O governo incentivou estudos compartilhados, mas ofereceu um alto grau de flexibilidade para as faculdades que apresentavam pouquíssimas carreiras ou ficavam localizadas distante de instituições com potencial para parceria (70).

Sistemas de educação e saúde: atingindo a melhoria de resultados na saúde

Os sistemas de educação e de saúde devem coordenar seus esforços visando garantir que a futura força de trabalho de saúde seja composta de profissionais com a devida qualificação, alocados no local e momento certos. As instituições e os indivíduos que trabalham nos sistemas de educação e de saúde podem auxiliar a promover um clima de apoio à colaboração interprofissional. Ao desenvolver a prática colaborativa, os profissionais e os educadores de saúde devem debater como fazer a transição da educação para o ambiente de trabalho. Os princípios fundamentais que podem direcionar o movimento rumo à educação interprofissional e à prática colaborativa incluem a relevância do contexto, integração de políticas, mudança de sistema em diversos níveis e liderança colaborativa. É também importante ressaltar que os usuários do serviço, pacientes,



© WHO/TDR/TLMI

cuidadores e famílias estão todos envolvidos no processo de prática colaborativa.

A legislação é um mecanismo essencial através do qual os sistemas de educação e de saúde são organizados, monitorados e gerenciados. Considerando que mudanças legislativas podem influenciar a forma como os profissionais de saúde são ensinados, acreditados, regulamentados e remunerados, a legislação exerce um impacto expressivo no desenvolvimento, implementação e



Figura 9. Exemplos de influências que exercem impacto sobre a educação interprofissional e a prática colaborativa no nível de sistemas

sustentabilidade da educação interprofissional e da prática colaborativa (Figura 9). Ela também pode desempenhar um papel importante na promoção da colaboração interprofissional quando o governo concorda em desenvolver legislações que eliminem as barreiras para a prática colaborativa. A regulamentação muitas vezes é uma parcela importante da pauta legislativa. Com a diversificação da força de trabalho de saúde, os formuladores de políticas devem abordar o papel que a regulamentação poderia ou deveria desempenhar no

reconhecimento e apoio a profissões novas e emergentes, principalmente aquelas que incluem uma mistura exclusiva de habilidades.

Prestação de serviços de saúde. A forma como os serviços de saúde e educação são financiados, subsidiados e comissionados* pode influenciar no sucesso da educação interprofissional e na prática colaborativa. Como exemplo disso, a maneira como os profissionais de saúde são remunerados pode afetar o tempo gasto por eles na colaboração entre eles e demonstrando o “trabalho em equipe na prática” para alunos. Para avançar na educação interprofissional e na prática colaborativa, é essencial rever como diferentes modelos de remuneração da força de trabalho, fluxos de subsídios e o gerenciamento de riscos causam impactos na assistência ao paciente e no aprendizado dos alunos.

* Financiamento define-se como a forma como o capital é levantado, subsídios definem-se como a forma como o dinheiro é gasto e comissionamento é o processo de seleção dos prestadores de serviços.



Ao mesmo tempo, as políticas de coordenação para serviços de saúde que dão suporte ao desenvolvimento e prestação de serviços integrados realizados por equipes iriam:

- * Envolver outras áreas de política pública como assistência social, educação, moradia e justiça
- * Sistematizar a colaboração interprofissional na educação e na saúde como uma direção estratégica nacional
- * Facilitar o comissionamento dos serviços de saúde e educação que dão suporte aos princípios da prática colaborativa.

Segurança do paciente.

Os mecanismos de governança que estabelecem padrões em todo o sistema e dão apoio à segurança do paciente podem ser usados para incorporar a educação interprofissional

Foi animador sentir que havia apoio, camaradagem e cooperação dos outros estudantes e preceptores na comunidade, e isso nos deu a oportunidade de vivenciar as funções do aprendizado com os outros e a ensinar uns aos outros. Isso me ajudou a perceber os conceitos equivocados existentes entre profissões e as limitações de nossa própria profissão.

– Estudante de Medicina

e a prática colaborativa no sistema de atenção à saúde. Muitos dos mecanismos de governança que são aprovados no mundo existem para proteger os pacientes e a comunidade. Se a regulamentação for muito rígida, os processos podem se tornar fragmentados e resultar em um aumento de custos e em uma pressão adicional sobre o sistema de saúde. Por outro lado, se a regulamentação for razoavelmente flexível, aumentam as oportunidades para incorporar a educação interprofissional na prática.

Existem estruturas legais e regulatórias em quase todos os países que podem atuar tanto como barreiras como promotores da educação interprofissional e da prática colaborativa. Os requerimentos para acreditação de centros de saúde e critérios para registro de estudantes também podem transformar a educação e a prática (42). Um governo, por exemplo, incluiu uma cláusula em sua legislação de saúde

Compromisso político sustentado

No Japão, o Governo Municipal de Kobe comprometeu-se com um modelo de prática colaborativa para a saúde da mãe e da criança, com o intuito de reduzir as taxas de mortalidade infantil. Esse programa, denominado “Sala de Apoio”, oferece serviços abrangentes (pré-natal, pós-parto e durante os primeiros anos de vida) prestados por diferentes profissões em um ambiente colaborativo (71).

Políticas de saúde e educação integradas como mecanismos de apoio

Na Inglaterra, uma mudança explícita nas políticas de saúde exigiu que todas as universidades que formassem profissionais de saúde desenvolvessem e integrassem a educação interprofissional nas salas de aula e na prática (6). No Canadá, um dos resultados da Comissão de Romanow (72), que revisou e opinou sobre um modelo futuro para o sistema de atenção à saúde canadense, foi a recomendação de que a educação interprofissional seja levada adiante com a intenção explícita de promover o trabalho em equipe (73-74).

Na Tailândia, a Universidade Khon Kaen está reagindo à carência mundial de profissionais de saúde através da organização de reuniões entre os hospitais de comunidade, organizações administrativas e corpos docentes para desenvolver programas de apoio aos profissionais da assistência local e educadores (75).

Educação interprofissional e segurança do paciente

Nos Estados Unidos da América, o Instituto de Medicina emitiu um relatório referencial em 2003, sob o título *"Educação de Profissionais de Saúde: Uma Ponte para a Qualidade"* (76), que reforçou a necessidade da educação interprofissional e da prática colaborativa. Essa publicação foi uma continuação de dois relatórios anteriores sobre segurança do paciente, *"Errar é Humano"* (77) e *"Cruzando o Abismo da Qualidade"* (78), publicados em 1999 e 2001, respectivamente.



© WHO/IDR/Grump

Antes desse projeto [educação interprofissional], as pessoas não viam umas as outras como tal. Elas se viam como um "médico" ou um "enfermeiro" e se esqueciam do lado humano de cada um. Agora elas extrapolam o cargo e se comunicam entre si com mais respeito. Graças a esse projeto, elas agora se veem como pessoas, o que é uma grande mudança.

– Líder educacional

que exige que órgãos reguladores incluam a educação interprofissional como parte do regimento interno (45). Outro inclui uma exigência de que membros da comunidade façam parte da banca de seleção para admissão de alunos em programas de educação de profissões de saúde e, em conjunto com os órgãos profissionais que supervisionam a educação de profissões de saúde, recomenda fortemente que os estudantes vivenciem a educação interprofissional como parte do início de sua educação (46-48). Ao incorporar a educação interprofissional e a prática colaborativa na legislação, nos requerimentos para acreditação e/ou critérios para registro, os formuladores de políticas e líderes de governo podem ser promotores da colaboração interprofissional. Em 2003, em resposta às questões levantadas sobre segurança do paciente no relatório *"Errar é humano"*, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos publicou um relatório referencial sob o título *"Educação de profissões de saúde: uma ponte para a qualidade"*, que enfatizou a necessidade da educação interprofissional e da prática colaborativa (Tabela 3).

Tabela 3. Ações para o apoio à educação interprofissional e à prática colaborativa no nível de sistema

AÇÃO	PARCERIAS	EXEMPLOS DE NÍVEIS DE ENGAJAMENTO	RESULTADOS POTENCIAIS
1. Construir a capacidade de força de trabalho em nível nacional e local	<ul style="list-style-type: none"> • Líderes de governo • Diretores e gestores dos serviços de saúde • Líderes educacionais • Formuladores de políticas 	<p>CONTEXTUALIZAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento em discussões focadas com parceiros e líderes da atenção à saúde • Desenvolvimento de estratégias de planejamento de curto e longo prazo para recrutamento, retenção e educação 	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento de curto, médio e longo prazo para uma força de trabalho interprofissional • Direção definida e transparente para os recursos humanos para a saúde
2. Criar padrões de acreditação para programas de educação de profissionais de saúde que incluam evidências claras de educação interprofissional	<ul style="list-style-type: none"> • Líderes educacionais • Órgãos regulatórios • Legisladores • Líderes de governo • Pesquisadores 	<p>CONTEXTUALIZAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Revisão dos padrões atuais de acreditação e garantia de que os padrões futuros incluam componentes de educação interprofissional e de prática colaborativa • Garantia de que os padrões de acreditação de todas as profissões incluam linguagem semelhante sobre educação interprofissional e prática colaborativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Padrões de acreditação atualizados para todas as profissões com um tema compartilhado de educação interprofissional e prática colaborativa
3. Criar políticas e planejamentos regulatórios que apoiem os educadores e profissionais de saúde a promover e praticar de forma colaborativa, incluindo novas e emergentes funções e modelos assistenciais	<ul style="list-style-type: none"> • Líderes de governo • Associações profissionais • Autoridades regulatórias • Líderes educacionais • Legisladores 	<p>COMPROMISSO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Motivação dos legisladores a desenvolver modelos legislativos adequados para apoiar a prática colaborativa • Envolvimento de parceiros e profissionais de saúde em discussões sobre as funções e responsabilidades de novas e emergentes profissões 	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamentos legislativos e regulatórios que apoiem a educação interprofissional e a prática colaborativa
4. Criar referências e alocar subsídios para obtenção de resultados interprofissionais claros como parte do aprendizado permanente da força de trabalho de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Associações profissionais • Órgãos regulatórios • Líderes de governo • Agências governamentais • Líderes educacionais • Legisladores 	<p>COMPROMISSO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de programas e cursos que sejam adequados à educação na graduação e pós-graduação 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizado duradouro para profissionais de saúde visando torná-los e mantê-los preparados para a prática colaborativa ao longo de suas carreiras
5. Criar um ambiente onde seja possível compartilhar melhores práticas resultantes do planejamento, financiamento, subsídios e remuneração da força de trabalho, que deem suporte à educação interprofissional e à prática colaborativa	<ul style="list-style-type: none"> • Líderes de governo • Pesquisadores • Líderes educacionais • Diretores e gestores dos serviços de saúde 	<p>LIDERANÇA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organização de encontros para reunir líderes regionais e compartilhar sucessos e desafios 	<ul style="list-style-type: none"> • Um modelo de subsídios coerente para a colaboração interprofissional • Melhoria da comunicação entre todos os níveis do sistema de saúde • Desenvolvimento de uma base de dados de melhores práticas/evidências

Conclusão

A Organização Mundial da Saúde reconhece a colaboração interprofissional em educação e prática como uma estratégia inovadora que desempenhará um papel importante na redução da crise de saúde mundial. O objetivo do *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa* é proporcionar aos formuladores de políticas uma ampla compreensão sobre como a educação interprofissional e a prática colaborativa funcionam em um contexto global. Este *Marco* utiliza evidências de pesquisas e uma ampla variedade de exemplos de projetos existentes no mundo todo para apresentar novas ideias aos leitores sobre como implementar e integrar essas estratégias em suas regiões.

A educação interprofissional e a prática colaborativa podem ser conceitos difíceis de explicar, entender e implementar. Muitos profissionais de saúde acreditam estar praticando de forma colaborativa, simplesmente porque trabalham junto com outros profissionais de saúde. Na realidade, eles podem estar simplesmente trabalhando em um grupo no qual cada indivíduo concordou em usar suas próprias habilidades para alcançar um objetivo comum. Colaboração, no entanto, não se refere somente a acordo e comunicação, mas sim à criação de sinergia. A colaboração ocorre quando dois ou mais indivíduos com diferentes experiências profissionais e habilidades complementares interagem para criar uma compreensão compartilhada a qual

nenhum deles teria chegado sozinho. Quando os profissionais de saúde colaboram entre si, existe algo a mais que não existia antes. A única maneira dos profissionais de saúde compreenderem como a colaboração se aplica à assistência de saúde é participar na educação interprofissional, que os capacitará para estarem preparados para a prática colaborativa.

Este *Marco* foca a importância de implementar a educação interprofissional e a prática colaborativa como estratégias que podem transformar o sistema de saúde. Aos profissionais de saúde não basta mais ser profissionais. No atual contexto global, os profissionais de saúde também precisam ser interprofissionais. Ao trabalhar de forma colaborativa, os profissionais de saúde podem tratar positivamente dos desafios atuais de saúde, fortalecendo o sistema de saúde e

promovendo melhorias de resultados na saúde.

Em última análise, a educação interprofissional e a prática colaborativa têm como essência as pessoas: os profissionais de saúde que prestam serviços e trabalham juntos para garantir que os pacientes e a comunidade recebam o melhor tratamento da maneira mais eficiente possível; os educadores que compreendem a importância de juntar estudantes de várias disciplinas para aprender sobre os outros, com os outros e entre si; os líderes de saúde e formuladores de políticas que se esforçam para garantir que não haja barreiras

Sabemos que a colaboração interprofissional é fundamental para oferecer o melhor em assistência ao paciente. Isto significa que precisamos garantir que os estudantes da área da saúde e de humanas adquiram os conhecimentos e habilidades de que necessitam através da educação interprofissional, que se inicia nos primeiros estágios da formação.

– Ministro Assistente da Saúde e Educação

Um papel para as organizações mundiais de saúde

A política de saúde é cada vez mais influenciada pelas organizações internacionais de saúde. Instituições mundiais de saúde, organizações não governamentais e agências de doação podem desempenhar um papel importante no apoio e valorização da educação interprofissional e da prática colaborativa.

Exemplos de como as organizações mundiais de saúde podem assumir um papel fundamental na colaboração interprofissional:

- * Apoiar os formuladores de políticas de saúde nos esforços para implementar, viabilizar e manter a educação interprofissional e a prática colaborativa.
- * Garantir o desenvolvimento de projetos e programas que incluam a educação interprofissional e a prática colaborativa, além de interligar iniciativas da educação e da prática.
- * Prover fluxos de subsídios que facilitem esforços da prática colaborativa em nível regional, nacional e local.
- * Apoiar a coordenação entre os sistemas de saúde e educação.
- * Defender a educação interprofissional e a prática colaborativa e garantir que permaneçam como uma prioridade na pauta de saúde mundial.
- * Trabalhar com as organizações para identificar possibilidades e aproveitar oportunidades nas quais a educação interprofissional e a prática colaborativa possam fortalecer programas novos e já existentes.
- * Assumir papel de destaque em nível mundial através do compromisso e valorização internacional da educação interprofissional e da prática colaborativa.

nas instituições para a implementação da prática colaborativa; e principalmente, os indivíduos que precisam dos serviços de saúde e os utilizam, confiando que os profissionais de saúde estão trabalhando juntos para oferecer a eles o melhor serviço possível (Tabela 4).

Em vez de oferecer um conjunto de instruções ou recomendações para a introdução e implementação da educação interprofissional e prática colaborativa, este *Marco* busca o acordo pelos elaboradores de política no mundo todo em agir agora. Os formuladores de políticas caminharão rumo a serviços de saúde de excelência e melhores resultados na saúde através: da avaliação dos contextos locais para determinar suas necessidades e capacidades; do compromisso em construir a colaboração interprofissional nos programas novos ou nos já existentes; e da promoção de iniciativas de sucesso e equipes.



Tabela 4. Resumo dos mecanismos identificados que aperfeiçoam a educação interprofissional e a prática colaborativa

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL	PRÁTICA COLABORATIVA	SISTEMAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO
<p>Mecanismos do educador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liderança • Apoio institucional • Compromisso gerencial • Objetivos compartilhados • Treinamento de profissionais <p>Mecanismos curriculares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Princípios de aprendizado para adultos • Avaliação • Presença obrigatória • Aprendizado contextual • Resultados de aprendizado • Logística e cronograma • Conteúdo programático 	<p>Apoios institucionais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelos de governança • Políticas de pessoal • Procedimentos operacionais compartilhados • Protocolos estruturados • Práticas gerenciais de apoio <p>Cultura de trabalho</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estratégias de comunicação • Políticas para resolução de conflitos • Processos para tomada de decisões compartilhada <p>Ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Construção • Instalações • <i>Design</i> do espaço 	<p>Prestação de serviços de saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planejamento de recursos • Comissionamento • Financiamento • Fluxos de subsídios • Modelos de remuneração <p>Segurança do paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acreditação • Registro profissional • Regulamentação • Gerenciamento de riscos

Contextualização

Não existem dois sistemas de saúde no mundo que sejam exatamente iguais. Estrutura, processos, principais problemas de saúde, tipos de profissionais de saúde e contexto cultural são só alguns dos fatores que influenciam a forma como a atenção à saúde é prestada. Os países buscando avançar em direção a tipos de prática mais colaborativas estão todos em pontos de partida diferentes, com diferentes desafios a serem ultrapassados.

Por esse motivo, o *Marco* sugere que aqueles que desejam desenvolver ou engajar uma força de trabalho de saúde colaborativa preparada para a prática comecem a partir da avaliação do que está atualmente disponível, e construam com o que há disponível. O avanço na implementação da educação interprofissional e da prática colaborativa só dará certo se houver uma possibilidade realista de alcançar o sucesso e uma autenticidade sobre como e o que precisa ser alcançado. O desenvolvimento,

a manutenção e o cultivo de parcerias fortes na comunidade são fundamentais para a transformação do sistema de saúde.

Exemplos de ações que os formuladores de políticas podem tomar para contextualizar a educação interprofissional e a prática colaborativa em sua localidade podem incluir:

- * a concordância sobre por que a educação interprofissional e a prática colaborativa podem beneficiar a comunidade local e como as principais partes interessadas dos serviços de saúde e organizações regionais locais podem trabalhar juntas para alcançar esse objetivo
- * levar em conta como os processos podem ser estruturados de forma a promover a tomada de decisões compartilhada, a comunicação frequente e o envolvimento da comunidade
- * a introdução do planejamento de competências e da força de trabalho integrada nos sistemas de saúde e educação em nível regional, nacional e local.

Compromisso

Assim que os formuladores de políticas sentirem que contextualizaram o próprio sistema de saúde e que identificaram áreas onde podem avançar, será feito o compromisso de adotar a colaboração interprofissional como uma estratégia inovadora para a transformação do sistema de saúde (Figura 10).

Esse tipo de compromisso poderá se manifestar sob diversas formas. Em algumas regiões, há necessidade de evidências (especialmente de pesquisa e avaliação) que sustentem a educação interprofissional e a prática colaborativa. Apesar de sabermos muito sobre o impacto positivo da educação interprofissional e da prática colaborativa efetiva, principalmente por meio daqueles que se beneficiaram pessoalmente desse tipo de prática, ainda há muito que desconhecemos. Os profissionais de saúde e os formuladores de políticas se beneficiariam com um forte compromisso global de apoio a essa pesquisa.

O compromisso pelos líderes de saúde e de educação em trabalhar conjuntamente para implementar formas inovadoras de prestação

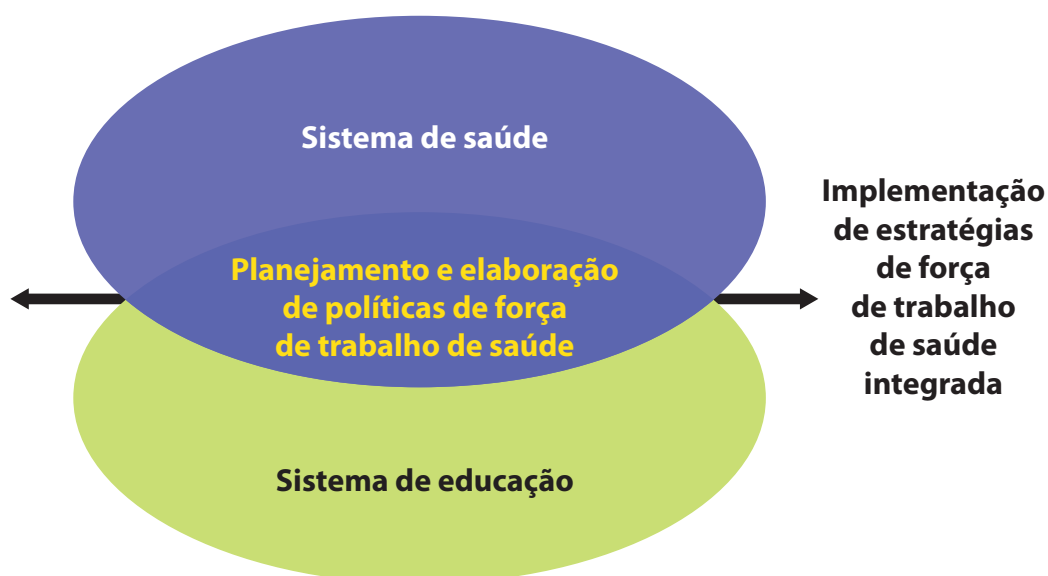


© WHO/P. Viroc

de educação interprofissional e prática colaborativa é frequentemente um dos passos mais importantes rumo a um sistema de saúde fortalecido. Juntos, a liderança poderia garantir uma revisão das barreiras tradicionais à prática colaborativa, como a legislação e regulamentação. Sem a coordenação entre os dois sistemas, que são interligados em sua essência, seria complicado para os profissionais de saúde estabelecer as etapas necessárias para a conquista da prontidão para a prática colaborativa.

Exemplos de ações que os formuladores de políticas podem tomar para demonstrar o

Figura 10. Implementação de estratégias de força de trabalho de saúde integrada



Líderes estudantis como parceiros para mudanças

Milhares de estudantes de profissões de saúde do Canadá se reuniram em 2005 para formar a Associação Nacional dos Estudantes de Ciências da Saúde como um movimento de base para a promoção da educação interprofissional. Atuando em uma rede de 22 seções de universidades/faculdades e mais de 20 profissões de saúde, os líderes estudantis elaboram e implementam programas locais acadêmicos, sociais e de serviços comunitários que promovem a prática colaborativa. O reitor da Associação da Universidade de Toronto, por exemplo, abrigou uma série de eventos sociais alinhados com o currículo interprofissional da universidade chamado "Semana da Dor". O reitor da Universidade Dalhousie recrutou centenas de estudantes de profissões de saúde para participar de uma corrida beneficente pelo câncer de mama enquanto aprendiam sobre os outros, com os outros e entre si. O reitor local da Universidade da Colúmbia Britânica fez uma parceria com o Ministério da Saúde da província para coordenação de programas de saúde inovadores para estudantes do ensino fundamental e do ensino médio (79).

compromisso com a educação interprofissional e a prática colaborativa em suas localidades poderiam incluir:

- * a introdução da educação interprofissional em todos os programas de educação e treinamento relacionados à saúde
- * a atualização de políticas de pessoal para reconhecer e apoiar a prática colaborativa e oferecer modelos de remuneração justos e equitativos
- * a harmonização na forma como os programas de saúde são subsidiados, financiados e comissionados para garantir que não haja barreiras à prática colaborativa.

Liderança

Assim como a maioria de ideias inovadoras, a educação interprofissional e a prática colaborativa precisam de defensores que reconheçam que o formato atual do sistema de saúde não é ideal e nem sustentável, e que o movimento para construção de uma força de trabalho de saúde colaborativa é um dos caminhos para fortalecer e transformar o sistema. O objetivo é que com o tempo a prática colaborativa se torne parte da educação e prática de todos os profissionais de saúde, para que esteja incorporada no treinamento de todos eles e na prestação de todos os serviços de saúde aplicáveis. A prática colaborativa deve ser a norma, mas para atingir esse objetivo são necessárias mudanças em atitudes, sistemas e operações.

A prática política e as políticas públicas desempenham um papel significativo na defesa por mudanças. A identificação e o apoio aos promotores da educação interprofissional e prática colaborativa, a garantia de que políticas adequadas alinhadas à prática colaborativa estejam vigentes e o compartilhamento dos resultados de programas colaborativos de sucesso são pequenos passos, porém significativos, em direção à ampliação do uso da colaboração interprofissional no mundo.



Exemplos de ações que os formuladores de políticas podem tomar para promover a educação interprofissional e a prática colaborativa em suas localidades:

- * incentivar líderes em instituições de educação, governos e ambientes de prática a compartilhar o compromisso com a educação interprofissional e buscar ativamente a sua incorporação em programas relacionados e discussões;
- * compartilhar as conclusões de modelos de planejamento, financiamento, subsídios, comissionamento e remuneração da força de trabalho de saúde que apoiem a educação interprofissional e a prática colaborativa;
- * incentivar a gerência a apoiar o trabalho em equipe e o compartilhamento de responsabilidades pela prestação dos serviços de atenção à saúde entre os membros da equipe.

A educação interprofissional e a prática colaborativa podem desempenhar um papel significativo na redução de muitos desafios

enfrentados pelos sistemas de saúde no mundo todo. Agora é o momento de agir, para implementar essas estratégias que têm potencial para transformar a atenção à saúde, fortalecer os sistemas de saúde e, em última instância, melhorar os resultados de saúde. Considerando que cada localidade, região e país apresentam desafios e necessidades singulares, o objetivo deste *Marco* é oferecer sugestões e ideias que

serão concretizadas no trabalho já em andamento e abrir o diálogo e a discussão sobre as principais iniciativas em educação interprofissional e prática colaborativa que poderiam ser implementadas futuramente. O Grupo de Estudos da OMS em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa espera que este *Marco* seja o ímpeto para formuladores de políticas em todo o mundo abraçarem a educação interprofissional e a prática

colaborativa. Através da implementação de estratégias que promovam a colaboração interprofissional, o sistema começará a migrar de um estado fragmentado para outro onde os sistemas de saúde são fortalecidos e haja melhoria dos resultados na saúde.

Ao observar a empolgação destes futuros líderes da assistência de saúde ao aprender uns com os outros e sobre os outros, é emocionante pensar o que os próximos anos trarão em termos de mudanças e renovação de nosso sistema de atenção à saúde, o que no final das contas é a essência de tudo!

– Chefe de Enfermagem

Destaque à colaboração interprofissional

Na Região Muscat em Omã, várias clínicas identificaram forte apoio para a prática colaborativa entre formuladores de políticas de alto escalão, que a consideram como um fator que possibilita o alcance do trabalho de equipe efetivo pelos seus profissionais de saúde. A disponibilidade e vontade de gestores de saúde e planejadores do sistema de saúde de se reunirem com os profissionais da linha de frente do serviço também foi reconhecido como um fator importante (80).

Referências

1. World Health Organization. *World health report 2006 - working together for health*. Geneva, 2006.
2. Global Health Workforce Alliance. *GHWA welcomes G8 commitment for action on chronic health worker shortages*. Geneva, World Health Organization, 2008 (<http://www.who.int/workforcealliance/news/g82008/en/index.html>, accessed 12 August 2008).
3. Resolution WHA59.23. Rapid scaling up of health workforce production. In: *Fifty-ninth World Health Assembly, Geneva, 22-27 May 2006. Resolutions and decisions, annexes*. Geneva, World Health Organization, 2006 (WHA59/2006/REC/1).
4. Matthews Z, Channon A, Van Lerberghe W. *Will there be enough people to care? Notes on workforce implications of demographic change 2005-2050*. Geneva, World Health Organization, 2006 (<http://www.who.int/hrh/resources/workforceimplications.pdf>, accessed on 11 August 2008).
5. *Strategic principles for workforce development in New Zealand*. Wellington, Health Workforce Advisory Committee, 2005.
6. *Working together, learning together: a framework for lifelong learning for the NHS*. London, Department of Health, 2001 (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4009558, accessed 27 July 2008).
7. *The primary health care package for South Africa - a set of norms and standards*. Pretoria, South Africa, Department of Health, 2000 (<http://www.doh.gov.za/docs/policy/norms/full-norms.html>, accessed on 31 July 2008).
8. Reeves S et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008, Issue 1.
9. Barr H et al. *Evaluations of interprofessional education: a United Kingdom review for health and social care*. London, BERA/CAIPE, 2000.
10. Reeves S. Community-based interprofessional education for medical, nursing and dental students. *Health and Social Care in the Community*, 2001, 8:269-276.
11. Reeves S. A systematic review of the effects of interprofessional education on staff involved in the care of adults with mental health problems. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 2001, 8:533-542.
12. Cooper H et al. Developing an evidence base for interprofessionally learning: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 35:228-237.
13. Barr H et al. *Effective interprofessional education: assumption, argument and evidence*. Oxford, Blackwell Publishing, 2005.
14. Hammick M et al. A best evidence systematic review of interprofessional education. *Medical Teacher*, 2007, 29:735-751.
15. Reeves S et al. *Knowledge transfer and exchange in interprofessional education: synthesizing the evidence to foster evidence-based decision-making*. Vancouver, Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2008.
16. Zwarenstein M, Bryant W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, Issue 1.
17. Simmonds S et al. Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 2001, 178:497-502.
18. Naylor CJ, Griffiths RD, Fernandez RS. Does a multidisciplinary total parenteral nutrition team improve outcomes? A systematic review. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 2004, 28:251-258.
19. McAlister FA et al. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission. *Journal of the American College of Cardiology*, 2004, 44:810-819.
20. Holland R et al. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. *Heart*, 2005, 91:899-906.
21. Malone D et al. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007, Issue 2. (Art. No.: CD000270. DOI: 10.1002/14651858.CD000270.pub2)
22. Mickan SM. Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 2005, 29(2):211-217.
23. Lemieux-Charles L et al. What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 2006, 63:263-300.
24. Hughes SL et al. A randomized trial of the cost-effectiveness of VA hospital-based home care for the terminally ill. *Health Services Research*, 1992, 26:801-817.
25. Jansson A, Isacson A, Lindholm LH. Organisation of health care teams and the population's contacts with primary care. *Scandinavian Journal of Health Care*, 1992, 10:257-265.
26. *Teamwork in healthcare: Promoting effective teamwork in healthcare in Canada*. Ottawa, Canadian Health Services Research Foundation, 2006 (http://www.chsrf.ca/researchthemes/pdf/teamwork-synthesis-report_e.pdf, accessed 30 July 2009).

27. Morey JC et al. Error reduction and performance improvements in the emergency department through formal teamwork training: Evaluation results of the MedTeams project. *Health Services Research*, 2002, 37:1553-1581.
28. West MA et al. Reducing patient mortality in hospitals: the role of human resource management. *Journal of Organisational Behaviour*, 2006, 27:983-1002.
29. Yeatts D, Seward R. Reducing turnover and improving health care in nursing homes: The potential effects of self-managed work teams. *The Gerontologist*, 2000, 40:358-363.
30. Jackson G et al. A new community mental health team based in primary care: a description of the service and its effect on service use in the first year. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 162:375-384.
31. Sommers LS et al. Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160:1825-1833.
32. Loxley A. *Collaboration in health and welfare*. London, Jessica Kingsley Publishers, 1997.
33. *Everybody's business - strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva, World Health Organization, 2007 (<http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodysbusiness.pdf>, accessed 12 August 2008).
34. *Learning from Bristol: the report of the public inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995 [Command Paper: CM 5207]*. London, Department of Health, 2001 (<http://www.bristol-inquiry.org.uk/>, accessed 27 July 2008).
35. Borrill C, West M. *Team working and effectiveness in health care: findings from the Healthcare Team Effectiveness Project*. Birmingham, Aston Centre for Health Service Organisation Research, 2002.
36. Ham C. *Clinically integrated systems: The next step in English health reform?* London, The Nuffield Trust, 2005 (http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecomm/files/Clinically_Integrated_Systems.pdf, accessed 31 July 2008).
37. Fabbrocotti I, Helderman J. Integrated care for elderly. *Health Policy Monitor*, October 2003 (<http://www.hpm.org/survey/nl/b1/3>, accessed 30 July 2008).
38. Stone M. Coming in from the interprofessional cold in Australia. *Australian Health Review*, 2007, 31:332-340.
39. Freeth D et al. *Effective interprofessional education: development, delivery and evaluation*. Oxford, Blackwell Publishing, 2005.
40. Daviddson M et al. Interprofessional pre-qualification clinical education: a systematic review. *Australian Health Review*, 2008, 32:111-120.
41. Steinert Y. Learning together to teach together: interprofessional education and faculty development. *Journal of Interprofessional Care*, 2005, 19(Suppl. 1): 60-75.
42. Gilbert JHV. Interprofessional learning and higher education structural barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 2005, 19(Suppl. 1):87- 106.
43. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, 2005, 19(Suppl. 1):8-20.
44. Newton C, Bainbridge L. *Space design can enhance interprofessional health education and collaborative practice*. (In preparation.)
45. *Health Professions Act*, R.S.B.C. 2008, c. 183, s. 16(2) (k). Victoria, Government of British Columbia, 2008.
46. Wenman H. *Working towards full participation*. London, General Social Care Council, 2005/ *Tomorrow's doctors*. London, General Medical Council, 2003/ *Statement of common purpose for subject benchmark statements for the health and social care professions*. Gloucester UK, Quality Assurance Agency for Higher Education, 2006.

Meu aluno e eu tivemos uma boa discussão sobre os papéis das pessoas no local de trabalho e como gerenciar melhor a comunicação entre elas. Ficamos um bom tempo conversando sobre aquilo e o fato de que quando as coisas dão errado, muitas vezes a causa é a falta de entendimento do trabalho do outro. Se você tivesse alguma noção do que eles estavam enfrentando para tentar e agilizar as coisas juntos, a forma como as peças se encaixam, haveria um local de trabalho mais coeso.

– Enfermeiro(a) Preceptor(a)

47. *World health report 2000 – health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
48. *World health report 2007 – a safer future: global public health security in the 21st century*. Geneva, World Health Organization, 2007.
49. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June - 22 July 1946. Signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States and entered into force on 7 April 1948. *Official Records of the World Health Organization*, 1946, No. 2, p. 100.
50. *International standard classification of education*. Paris, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, 1997 (http://www.unesco.org/education/information/nfsunesco/doc/iscled_1997.htm, accessed 13 August 2008).
51. Global Health Workforce Alliance. *Scaling up, saving lives: Task Force for Scaling Up Education and Training for Health Workers*. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/workforcealliance/documents/Global_Health%20FINAL%20REPORT.pdf, accessed 9 August 2008).
52. Redwood-Campbell L. [unpublished data: personal communication], 8 August 2008.
53. Ledderer L et al. *Collaborative practice in general practice in Denmark*. Odense, University of Southern Denmark, 2008.
54. Borril C et al. Team working and effectiveness in health care. *British Journal of Health Care Management*, 2000, 6:34–37.
55. Haward R et al. Breast cancer teams: the impact of constitution, new cancer workload, and methods of operation on their effectiveness. *British Journal of Cancer*, 2003, 89:15–22.
56. Taylor J, Blue I, Misan G. Approach to sustainable primary health care service delivery for rural and remote South Australia. *Australian Journal of Rural Health*, 2001, 9:304–310.
57. Lobato L, Burlandy L. The context and process of health care reform in Brazil. In: Fleury S, Belmartino S, Baris E, eds. *Reshaping health care in Latin America: a comparative analysis of health care reform in Argentina, Brazil, and Mexico*. Ottawa, International Development Research Centre, 2000 (http://www.idrc.ca/fr/ev-35305-201-1-DO_TOPIC.html, accessed 11 August 2008).
58. Lehmann U, Saunders D. *Community health workers: what do we know about them? The state of evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers*. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf, accessed 11 August 2008).
59. Clay MC et al. Applying adult education principles to the design of a preceptor development program. *Journal of Interprofessional Care*, 1999, 13:405–415.
60. Areskog NH. Multiprofessional education at the undergraduate level – the Linköping model. *Journal of Interprofessional Care*, 1994, 8:279–282.
61. Wahlström O, Sandén I, Hammar M. Multiprofessional education in the medical curriculum. *Medical Education* 1997, 31:425–429.
62. Ponzer, S et al. Interprofessional training in the context of clinical practice: goals and student's perception on clinical education wards. *Medical Education*, 2004, 38:727–736.
63. Shrestha S. *A case study of collaborative practice from Nepal*. Kathmandu, Tribhuvan University, 2008.
64. Jacob B, Vijayakumar C, Jayakaran R. *A collaborative practice case study describing the College of Nursing Community Health Programme in India*. Vellore, Christian Medical College, 2008.
65. O'Halloran C, Hean S, Humphris D, Macleod-Clark J. Developing common learning: the New Generation Project undergraduate curriculum model. *Journal of Interprofessional Care*, 2006, 20:12–28.
66. Mogensen E et al. Centre for Clinical Education: developing the health care education of tomorrow. *Education for Health*, 2002, 15:19–26.
67. Ho K et al. Opportunities for global academic contribution to interprofessional education in e-health: case study of Universitas 21. *Journal of Interprofessional Care*. (In press.)
68. Chandy S, Jacob B. *A collaborative practice case study from a mental health centre in India*. Vellore, Christian Medical College, 2008.
69. Rodger S et al. Enhancing teamwork among allied health students: evaluation of an interprofessional workshop. *Journal of Allied Health*, 2005, 34:230–235.
70. Almás S, Barr H. Differential implementation and differential outcomes in undergraduate health and social care education. *Journal of Interprofessional Care*. (In press.)

71. Ishikawa Y. [unpublished data: personal communication], 9 July 2008.
72. Commission on the Future of Health Care in Canada: *The Romanow Commission*. Ottawa, Health Canada, 2002 (<http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/romanow-eng.php>, accessed 27 July 2008).
73. Ontario Interprofessional Care Steering Committee. *Interprofessional care: a blueprint for action in Ontario*. Toronto, HealthForceOntario, 2007 (<http://www.healthforceontario.ca/upload/en/whatishfo/ipc%20blueprint%20final.pdf>, accessed 11 August 2008).
74. Mable AL, Marriott J. *Steady state – finding a sustainable balance point: international review of health workforce planning*. Ottawa, Health Canada, 2001 (http://www.hc-sc.gc.ca/hcsss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2002-steadystate-etastable/2002-steadystateetastable-eng.pdf, accessed 11 August 2008).
75. Khanitta N. *A collaborative practice case study from Thailand*. Khon Kaen, Khon Kaen University, 2008.
76. Institute of Medicine. *Health professions education: a bridge to quality*. Washington DC, National Academy Press, 2003.
77. Institute of Medicine. *To err is human: building a safer health system*. Washington DC, National Academy Press, 1999.
78. Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington DC, National Academy Press, 2001.
79. Hoffman SJ et al. Student leadership in interprofessional education: benefits, challenges and implications for educators, researchers and policymakers. *Medical Education*, 2008, 42:654–661.
80. Tawilah J. [unpublished data: personal communication], 13 September 2008.

Anexos



ANEXO 1. Lista de membros do Grupo de Estudos da OMS em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa

Equipe Central - Liderança

- * John HV Gilbert, Universidade de Colúmbia Britânica, Canadá (Copresidente)
- * Jean Yan, Recursos Humanos para Saúde, Organização Mundial da Saúde (Copresidente)
- * Steven J Hoffman, Recursos Humanos para Saúde, Organização Mundial da Saúde (Gerente de Projeto)

Grupo de Trabalho em Educação Interprofissional

- * Peter G Baker, Universidade de Queensland, Austrália (Líder de Tema)
- * Marilyn Hammick, Centro para o Avanço da Educação Interprofissional, Reino Unido
- * Wendy Horne, Universidade de Tecnologia de Auckland, Nova Zelândia
- * Lesley Hughes, Universidade de Hull, Reino Unido
- * Monica Moran, Universidade de Queensland, Austrália
- * Sylvia Rodger, Universidade de Queensland, Austrália
- * Madeline Schmitt, Universidade de Rochester, Estados Unidos
- * Jill Thistlethwaite, Universidade de Sidney, Austrália

Grupo de Trabalho em Prática Colaborativa

- * Yuichi Ishikawa, Universidade de Kobe, Japão (Líder de Tema)
- * Susanne Lindqvist, Universidade de East Anglia, Reino Unido
- * Sharon Mickan, Universidade Oxford Brookes, Reino Unido
- * Ester Mogensen, Instituto Karolinska, Suécia
- * Ratie Mpofo, Universidade de Western Cape, África do Sul
- * Louise Nasmith, Universidade de Colúmbia Britânica, Canadá

Grupo de Trabalho em Estruturas de Apoio em nível de sistema

- * Debra Humphris, Universidade de Southampton, Reino Unido (Colíder de Tema)
- * Jill Macleod Clark, Universidade de Southampton, Reino Unido (Colíder de Tema)
- * Hugh Barr, Journal of Interprofessional Care, Reino Unido
- * Vernon Curran, Universidade Memorial de Newfoundland, Canadá
- * Denise Holmes, Associação dos Centros Acadêmicos de Saúde, Estados Unidos
- * Lisa Hughes, Departamento de Saúde (Inglaterra), Reino Unido
- * Sandra MacDonald-Rencz, Health Canada, Canadá
- * Bev Ann Murray, Health Canada, Canadá

ANEXO 2. Organizações associadas

Rede Australiana de Prática e Educação Interprofissional – Australian Interprofessional Practice and Education Network (AIPPEN)

A AIPPEN é uma rede de indivíduos, grupos, instituições e organizações comprometidas com a pesquisa, prestação, promoção e apoio ao aprendizado, educação e prática interprofissionais. O objetivo principal da rede é promover melhores resultados na assistência de saúde e aumentar a prática interprofissional através do aprendizado interprofissional na Austrália e Nova Zelândia com o desenvolvimento de uma rede para promover a comunicação e colaboração entre os membros. A AIPPEN visa:

- * promover o desenvolvimento de uma rede que possa interligar a educação de profissionais de saúde e setores assistenciais, universidades, educação vocacional e setor de treinamento, governo, praticantes e usuários dos serviços (pacientes);
- * organizar uma série de seminários e conferências para compartilhar informações e experiências;
- * influenciar a mudança da prática e das políticas da força de trabalho na Austrália e Nova Zelândia;
- * incentivar a pesquisa, avaliação e colaboração entre diferentes equipes que possam demonstrar as vantagens econômicas para a assistência de saúde do aprendizado interprofissional;
- * divulgar informações sobre o aprendizado interprofissional.

Colaborativo Canadense em Saúde Interprofissional – Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC)

O CIHC é um colaborativo pan-canadense de parceiros avançando a base de evidências relacionadas à Educação Interprofissional para Prática Colaborativa Focada no Paciente (Interprofessional Education for Collaborative Patient-Centred Practice - IECPCP) rumo à melhoria da educação de saúde, dos serviços de saúde e da saúde para os canadenses.

O foco do CIHC é construir um Colaborativo representativo, identificar e compartilhar melhores práticas em educação interprofissional e prática colaborativa e traduzir esses conhecimentos para as pessoas que podem utilizá-los para transformar a assistência de saúde.

O CIHC visa:

- * facilitar a produção, intercâmbio e aplicação de conhecimentos na educação interprofissional e prática colaborativa;
- * fomentar parcerias estratégicas e inovadoras que tornem possível a colaboração interprofissional em educação, pesquisa e prática;
- * promover uma abordagem coordenada ao desenvolvimento e reforma do currículo;
- * articular, avançar e defender um cronograma de pesquisas e avaliações para educação interprofissional e prática colaborativa;
- * desenvolver apoio para liderança em educação interprofissional e prática colaborativa;
- * construir o Colaborativo em Saúde Interprofissional Canadense e adaptar abordagens colaborativas interprofissionais dentro de organizações e setores e entre eles.

Rede de Educação Interprofissional Europeia – European Interprofessional Education Network (EIPEN)

A EIPEN visa estabelecer uma rede inclusiva sustentável de pessoas e organizações em países parceiros para compartilhar e desenvolver o ensino e o aprendizado interprofissional efetivo para melhoria da prática colaborativa e do trabalho multiagência na assistência de saúde. A EIPEN tem dois objetivos interligados para:

- * desenvolver uma rede transnacional de universidades e empregadores dos países participantes;
- * promover as boas práticas de ensino e aprendizado interprofissional em assistência à saúde.

A educação avançada e os parceiros de empregadores são oriundos da Bélgica, Finlândia, Grécia, Hungria, Irlanda, Polônia, Eslovênia, Suécia e Reino Unido.

Journal of Interprofessional Care

O *Journal of Interprofessional Care* é o veículo para disseminação mundial de experiências, políticas, evidências de pesquisa e perspectivas teóricas e de valor. Essa revista acadêmica traz informações sobre colaboração em educação, prática e pesquisa entre profissionais de medicina, enfermagem, veterinária, saúde aliada, saúde pública, assistência social e profissões relacionadas para melhorar a situação da saúde e a qualidade da assistência para indivíduos, famílias e comunidades.

O objeto da revista continua a ampliar-se em resposta à demanda pela colaboração mais próxima por um número crescente de governos nacionais em cada vez mais áreas da prática, como, por exemplo, a assistência à criança e aos idosos, justiça criminal, educação para pessoas com necessidades especiais, HIV/Aids, justiça juvenil, saúde mental, cuidados paliativos, deficiências físicas e de aprendizado, entre outros. Isso se reflete na variedade de contribuintes e leitores de diferentes áreas, profissões e países.

Associação Nacional de Estudantes de Ciências da Saúde do Canadá – National Health Sciences Students' Association in Canada (NaHSSA)

Formada em janeiro de 2005, a Associação Nacional de Estudantes de Ciências da Saúde (NaHSSA) é a primeira associação nacional interprofissional de estudantes do mundo. Como uma rede diversificada de reitores universitários e de faculdades, a NaHSSA busca suprir a necessidade não atendida de envolver estudantes canadenses de serviços humanos e de saúde na educação interprofissional, ao mesmo tempo em que promove as atitudes, habilidades e comportamentos necessários para prestar assistência colaborativa focada no paciente. A NaHSSA tem grande potencial para influenciar positivamente o desenvolvimento educacional e profissional da próxima geração de prestadores de assistência de saúde do Canadá e se tornará a principal federação estudantil pan-canadense capaz de obter grande sucesso nessa área. A NaHSSA visa:

- * promover a educação interprofissional para prática colaborativa focada no paciente;
- * facilitar e potencializar oportunidades para interação interprofissional;
- * promover estudantes para liderarem os esforços interprofissionais atuais e futuros.

A NaHSSA é uma “associação de associações” que é atualmente composta por estudantes de ciências da saúde de 18 reitores de universidades e faculdades (Universidade Dalhousie; Universidade Memorial de Newfoundland e Labrador; Universidade McGill; Universidade McMaster; Universidade de Queen; Universidade de Montreal; Universidade de Sherbrooke; Universidade Laval; Universidade de Alberta; Universidade de Colúmbia Britânica; Universidade de Manitoba; Universidade de New Brunswick na Corporação de Ciências da Saúde das Faculdades do Atlântico da Comunidade de Saint John-New Brunswick; Universidade de Ottawa; Universidade de Saskatchewan; Universidade de Toronto; Universidade de Waterloo; Universidade de Ontário do Oeste/Western Ontario; e Universidade York) e 4 escolas adicionais (Faculdade George Brown; Universidade de Calgary; Universidade da Colúmbia Britânica do Norte; e Universidade de Victoria) do Canadá, incluindo mais de 20 profissões diferentes de serviços humanos e de saúde.

A Rede: Rumo à União para Saúde – The Network: Towards Unity for Health

A Rede: TUFH [*Network:TUFH*] é uma associação global de instituições para profissionais de educação e saúde comprometidos em contribuir através da educação, pesquisa e serviços com a melhoria e sustentabilidade da saúde nas comunidades onde atuam.

As instituições integrantes da Rede: TUFH buscam a colaboração dos seus sistemas de saúde para adaptar uns para os outros a educação de profissionais de saúde e a operação dos serviços de saúde, visando melhorar a saúde da comunidade. Os membros da Rede: TUFH também exploram abordagens educacionais inovadoras (exemplo: educação para a comunidade, aprendizado baseado em estudos de problemas) para cumprir esta missão. A Rede: TUFH foca na pesquisa educacional, pesquisa sobre as necessidades prioritárias de saúde e na eficácia dos serviços de saúde. Nestes esforços, a Rede: TUFH convoca a colaboração de organizações com a mesma filosofia.

Rede Interprofissional Nórdica – Nordic Interprofessional Network (NIPNet)

A NIPNet é uma rede de aprendizado para promover a colaboração interprofissional em educação, prática e pesquisa e é voltada principalmente para educadores, praticantes e pesquisadores nórdicos dos campos da saúde. Os membros da rede representam iniciativas em educação interprofissional na Dinamarca, Finlândia, Noruega e Suécia. A NIPNet visa:

- * explorar as bases teóricas e de evidências da colaboração interprofissional;
- * desenvolver abordagens, métodos e avaliações para o aprendizado e prática interprofissionais;
- * estimular a colaboração entre os países nórdicos e a colaboração internacional para pesquisa e para o desenvolvimento da educação interprofissional.

Centro para o Avanço da Educação Interprofissional – Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE)

O CAIPE é uma instituição de caridade independente, fundada em 1987. É formado por um corpo de cerca de 300 membros que compõem uma rede de apoio e interesse mútuo. Eles incluem organizações e indivíduos de setores estatutários, voluntários e independentes do Reino Unido, além de cada vez mais membros internacionais. O centro ampliou a área de atuação da atenção primária para incluir membros individuais e organizacionais do governo local, educação avançada, associações profissionais, Royal Colleges, órgãos profissionais regulatórios e setores voluntários e privados. O CAIPE é um recurso nacional e internacional para a educação interprofissional nas universidades e nos locais de trabalho de assistência de saúde.

O CAIPE promove e desenvolve a educação interprofissional como uma forma de melhorar a colaboração entre os atuantes na área e organizações, envolvidos tanto nos serviços públicos estatutários como nos não estatutários. Ele apoia a integração da assistência de saúde em comunidades locais. O foco do CAIPE está nas maneiras de possibilitar para profissões e ocupações na comunidade, instituições de educação e locais de trabalho o aprendizado e trabalho conjunto, além de disseminar o respeito mútuo, ultrapassar barreiras à colaboração e promover ações conjuntas. O CAIPE promove o aprendizado interprofissional que envolve ativamente os usuários dos serviços e as comunidades locais como parceiros essenciais. Estando fortemente associado com o trabalho que estabeleceu a base de evidências para a educação interprofissional através de revisões sistemáticas, o CAIPE se ocupa em garantir a qualidade da educação interprofissional e divulgar as conclusões de pesquisas relevantes e da melhor prática.

ANEXO 3. Metodologia

O Programa de Educação Interprofissional e Prática Colaborativa da Organização Mundial da Saúde foi lançado em maio de 2007 para ajudar os Estados-Membros no fortalecimento dos sistemas de saúde e no tratamento do desafio mundial da força de trabalho de saúde. Em colaboração com a Associação Internacional de Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (InterEd), a Equipe das Redes de Profissões de Saúde da OMS formou um Grupo de Estudos da OMS em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, composto por 25 especialistas em liderança em educação, prática e políticas do mundo todo que foram divididos em três grupos de trabalho: 1) educação interprofissional; 2) prática colaborativa; e 3) estruturas de suporte em nível de sistema. Atuando sobre o progresso considerável alcançado desde que a OMS publicou os relatórios anteriores* relacionados à educação interprofissional e à prática colaborativa, o Grupo de Estudos da OMS foi incumbido do seguinte:

- * analisar o relatório de 1988 do Grupo de Estudos da OMS em Educação Multidisciplinar de Funcionários da Saúde e avaliar os resultados positivos desse relatório e as áreas nas quais houve pouco ou nenhum progresso;

- * avaliar a situação atual das evidências de pesquisa em educação interprofissional e prática colaborativa, sintetizá-la no contexto internacional e identificar as deficiências que ainda precisam ser tratadas;
- * conduzir um mapeamento ambiental internacional para determinar a atual compreensão sobre a educação interprofissional e prática colaborativa, identificar exemplos de sucessos, barreiras, fatores capacitadores e as melhores práticas conhecidas atualmente nessa área;
- * desenvolver um Marco conceitual que identificasse os principais problemas que precisam ser considerados e tratados pela OMS e seus parceiros para a elaboração de um plano operacional global para a educação interprofissional e prática colaborativa;
- * identificar, avaliar e sintetizar evidências sobre potenciais facilitadores, incentivos e alavancas para ação, que possam ser recomendados como parte de uma estratégia global para educação interprofissional e prática colaborativa;
- * avaliar os esforços e contribuições do Grupo de Estudos da OMS.

* 1) Organização Mundial da Saúde. Continuing education for physicians. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 1973 (Série de Relatórios Técnicos da OMS, No. 534); 2) Organização Mundial da Saúde. Working interrelationships in the provision of community health-care (medicine, nursing and medicosocial work): Report of a Working Group. Florence, 23-26 October 1978. Copenhagen, Escritório Regional para Europa da Organização Mundial da Saúde, 1978 (ICP/SPM 006); 3) Organização Mundial da Saúde. Studies on communication and collaboration between health professionals (physicians and nurses: teamwork). Copenhagen, Escritório Regional para Europa da Organização Mundial da Saúde, 1978 (ICP/HMD 054); 4) Organização Mundial da Saúde. Innovative tracks at established institutions for the education of health personnel: An experimental approach to change relevant health. Genebra, Organização Mundial da Saúde, 1987 (Publicação em offset. da OMS No. 101); 5) Organização Mundial da Saúde. Multiprofessional education of health personnel in the European region: Proceedings of a WHO meeting on study for analysing multiprofessional training programmes and defining strategies for team training. Copenhagen, 5-7 March 1986. Copenhagen, Escritório Regional para Europa da Organização Mundial da Saúde, 1988; 6) Organização Mundial da Saúde. Learning together to work together for health: Report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education for Health Personnel: The team approach. Genebra, Organização Mundial da Saúde (Série de Relatórios Técnicos da OMS, No. 769), 1988.

Para esse fim, o Grupo de Estudos da OMS preparou o *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*, que se baseia em evidências de pesquisa originais e disponíveis e nos princípios da atenção primária de saúde. As reuniões ocorreram em Genebra, Suíça, em 11 de setembro de 2007 (para a Equipe Central de Liderança e os Líderes de Tema), e em Estocolmo, Suécia, no dia 1 de junho de 2008 (para todo o Grupo de Estudos da OMS), e foram complementados por várias teleconferências para os três grupos de trabalho. Visando aumentar a relevância internacional do trabalho e envolver o maior número de pessoas possível das comunidades de saúde interprofissionais e globais, foram estabelecidas parcerias com as seguintes organizações:

1. Rede Australasiana de Prática e Educação Interprofissional
2. Colaborativo em Saúde Interprofissional Canadense
3. Rede de Educação Interprofissional Europeia
4. *Journal of Interprofessional Care*
5. Associação Nacional de Estudantes de Ciências da Saúde do Canadá
6. A Rede: Rumo à União para Saúde
7. Rede Interprofissional Nórdica
8. Centro para o Avanço da Educação Interprofissional

Além de uma vasta revisão da literatura de pesquisa e do processo de consultoria, o Grupo de Estudos da OMS se envolveu em diversas atividades que agregaram mais informações a este *Marco* e ofereceu exemplos representativos de iniciativas inovadoras sendo tomadas no mundo todo.

- * Um mapeamento ambiental internacional de práticas de educação interprofissional foi realizado entre fevereiro e maio de 2008. Um questionário descritivo customizado foi desenvolvido e direcionado para indivíduos que trabalhavam no projeto, na prestação ou avaliação de educação interprofissional em instituições de ensino avançado. Os participantes foram recrutados via e-mail utilizando listas de distribuição bastante

abrangentes, incluindo Escritórios Nacionais da OMS, Centros Colaborativos da OMS e os membros de 15 associações profissionais internacionais*.

- * Os participantes representaram 42 países e cada uma das seis regiões da OMS.
- * Foi feita uma convocação pública direcionada às seis regiões da OMS para obtenção de estudos de caso internacionais de prática colaborativa e desenvolvimento de faculdade para a educação interprofissional.
- * Documentos de políticas internacionais relevantes, publicações governamentais e relatórios de saúde global foram coletados e minuciosamente revisados.
- * A comunidade aberta de prática interprofissional foi engajada por meio de várias chamadas, teleconferências e reuniões, incluindo um *workshop* e uma apresentação plenária na IV Conferência Todos Juntos Saúde Melhor, realizada em Estocolmo, Suécia, em junho de 2008.
- * Foram desenvolvidas definições através de um processo interativo envolvendo literatura de pesquisa, opiniões de membros do Grupo de Estudos da OMS e outros informantes importantes. Por exemplo, a definição de “prática colaborativa” foi baseada na revisão de publicações-chave, adaptações de uma definição já existente do Comitê Diretor de Assistência Interprofissional de Ontário† e na inclusão de novos elementos através de ampla discussão, que garantiu

* As seguintes organizações internacionais, membros associados e as listas de distribuição de e-mail facilitaram o contato com os participantes aguardados: Associação para o Ensino e Pesquisa Preventivos, Estados Unidos; Rede Australasiana de Prática e Educação Interprofissional; Colaborativo em Saúde Interprofissional Canadense; Centro para o Avanço da Educação Interprofissional, Reino Unido; Conselho de Diretores de Saúde, Reino Unido; Rede de Educação Interprofissional Europeia; Academia de Educação Avançada, Reino Unido; Associação para a Educação Interprofissional e Prática Colaborativa; Federação Internacional de Farmácia; *Journal of Interprofessional Care*, Informa Healthcare; Universidade de Linköping, Suécia; Rede Interprofissional Nórdica; Secretariado da IV Conferência Todos Juntos Saúde Melhor (2-5 de junho de 2008, Instituto Karolinska & Universidade de Linköping, Suécia); Secretariado da Conferência Norte-Americana em Educação Interprofissional (24-26 de outubro de 2007, Universidade de Minnesota, Estados Unidos); A Rede: Rumo à União para Saúde.

† Comitê Diretor em Assistência Interprofissional de Ontário. *Interprofessional care: a blueprint for action in Ontario*. Toronto, HealthForceOntario, 2007 (<http://www.healthforceontario.ca/upload/en/whatishfo/ipc%20blueprint%20final.pdf>, acessado em 11 de agosto de 2008).

a representação de perspectivas globais. Como resultado, o termo “profissional de saúde” foi utilizado para refletir a terminologia internacionalmente aceita, a importância das famílias, dos cuidadores e das comunidades na prestação de assistência à saúde foi reconhecida e a realidade de que a assistência é prestada em vários cenários foi incorporada. Essa definição provisória foi apresentada para a comunidade interprofissional aberta durante uma apresentação plenária na IV Conferência Todos Juntos Saúde Melhor, em Estocolmo, Suécia, em junho de 2008, e foi ainda mais refinada pelo Grupo de Trabalho em Prática Colaborativa. Da mesma forma, a definição de “educação interprofissional” foi adaptada da definição do Centro para o Avanço da Educação Interprofissional no Reino Unido* e dos trabalhos de Lesley Bainbridge† para

melhor refletir o contexto de saúde global.

- * Foram realizadas diversas análises das publicações específicas sobre os problemas essenciais, como o desenvolvimento de funcionários para a educação interprofissional e resultados de aprendizado. Apesar de este *Marco* levantar muitos dos principais problemas relevantes para políticas relacionados à educação interprofissional e prática colaborativa, ele não é final nem completamente abrangente. O Grupo de Estudos da Organização Mundial da Saúde em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa espera que o trabalho definido neste *Marco* seja o início de mudanças duradouras e seja o catalisador para os sistemas de saúde do mundo todo começarem a implementar a educação interprofissional e a prática colaborativa nos contextos locais.

* Centro para o Avanço da Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, Reino Unido, 2002.

† Bainbridge L. The power of prepositions: learning with, from, and about in the context of interprofessional health education [dissertação de doutorado]. Vancouver, Canadá, Universidade de Colúmbia Britânica, 2008.

ANEXO 4. Comunicado público sobre a criação do Grupo de Estudos da OMS em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*

Grupo de Estudos da OMS em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa

JEAN YAN, RN, PHD¹, JOHN H. V. GILBERT, PHD², & STEVEN J. HOFFMAN, BHSC³

¹Copresidente, Grupo de Estudos da OMS em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa e Cientista Chefe da Enfermagem & Obstetrícia, Departamento de Recursos Humanos para a Saúde, Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça, ²Copresidente, Grupo de Estudos da OMS em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa; Professor Emérito e Diretor, Faculdade de Disciplinas de Saúde, Universidade de Colúmbia Britânica, Vancouver, Canadá; Líder de Projeto, Colaborativo em Saúde Interprofissional Canadense, ³Gerente de Projeto, Grupo de Estudos da OMS em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, Departamento de Recursos Humanos para a Saúde, Organização Mundial da Saúde, Genebra, Suíça

A urgência de ação para melhorar internacionalmente os recursos humanos para saúde foi enfatizada pelo *Relatório de Saúde Mundial de 2006: Trabalhando Juntos pela Saúde*, que demonstrou uma carência mundial estimada de quase 4,3 milhões de médicos, obstetras, enfermeiros e profissionais de apoio. A 59ª Assembleia Mundial de Saúde reconheceu a crise e adotou uma resolução em 2006, convocando um rápido escalonamento da produção da força de trabalho de saúde através de várias estratégias, incluindo o uso de “abordagens inovadoras de ensino em países industrializados”.²

Temos o prazer de anunciar a criação do Grupo de Estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS) em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, como uma das estratégias inovadoras para ajudar a enfrentar o desafio da força de trabalho de saúde global. Trabalhando em colaboração com a Associação Internacional de Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (InterEd), essa iniciativa é construída com base no progresso considerável atingido nessa área desde que a OMS identificou pela primeira vez, em 1978³, a educação interprofissional como um componente importante da assistência básica de saúde e publicou o relatório técnico sobre esse tema em 1988.⁴ O Grupo de Estudos da OMS conduziu um mapeamento extremamente necessário do ambiente internacional e uma avaliação da situação atual das pesquisas nessa área, mas além disso irá também identificar, avaliar e sintetizar as evidências sobre potenciais facilitadores, incentivos e alavancas para ação que possam ser adotados como parte da estratégia global para educação interprofissional e prática colaborativa (Quadro 1). Esse trabalho formará a base para esforços de acompanhamento e para garantir que as atividades futuras sejam embasadas nas melhores evidências possíveis.

O Grupo de Estudos da OMS consiste de dois especialistas em educação avançada, prática e políticas de cada região do mundo; os membros formaram três equipes separadas em educação interprofissional, prática colaborativa e estruturas de suporte em nível de sistema, liderados pelo Professor Peter G. Baker (Universidade de Queensland, Austrália), Professor Yuichi Ishikawa (Universidade de Kobe, Japão) e Professor Dame Jill Macleod Clark (Universidade de Southampton, Reino Unido), respectivamente. O Grupo de Estudos da OMS também estabeleceu parcerias com diversas comunidades de especialistas e entusiastas (Quadro 2) para engajar a comunidade como um todo nesta iniciativa histórica ao mesmo tempo em que há a maximização do conhecimento

* Yan J, Gilbert JHV, Hoffman SJ. Grupo de Estudos da Organização Mundial da Saúde em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. *Journal of Interprofessional Care*, 2007, 21:588-589.

Quadro 1. Tarefas do Grupo de Estudos da OMS em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa.

-
- Revisar o relatório de 1988 do Grupo de Estudos da OMS em Educação Multidisciplinar de Funcionários da Saúde (OMS, 1988) e avaliar os resultados positivos desse relatório, assim como nos quais houve pouco ou nenhum progresso.
 - Avaliar a situação atual das evidências de pesquisa em educação interprofissional e prática colaborativa, sintetizá-la no contexto internacional e identificar as deficiências que ainda precisam ser tratadas.
 - Conduzir um mapeamento ambiental internacional para determinar a atual *uptake* da educação interprofissional e prática colaborativa, identificar exemplos de sucessos, barreiras, fatores capacitadores e as melhores práticas conhecidas atualmente nessa área.
 - Desenvolver um marco conceitual que identificasse os principais problemas que precisam ser considerados e tratados pela OMS e seus parceiros para a elaboração de um plano operacional global para a educação interprofissional e prática colaborativa.
 - Identificar, avaliar e sintetizar evidências sobre potenciais facilitadores, incentivos e alavancas para ação, que possam ser recomendados como parte de uma estratégia global para educação interprofissional e prática colaborativa.
 - Avaliar os esforços e contribuições do Grupo de Estudos da OMS.
-

Quadro 2. Organizações associadas

-
1. Rede Australasiana de Prática e Educação Interprofissional (AIPPEN);
 2. Colaborativo em Saúde Interprofissional Canadense (CIHC);
 3. Rede de Educação Interprofissional Europeia (EIPEN);
 4. Journal of Interprofessional Care (JIC);
 5. Associação Nacional de Estudantes de Ciências da Saúde do Canadá (NaHSSA);
 6. A Rede: Rumo à União para Saúde;
 7. Rede Interprofissional Nórdica (NIPNET); e
 8. Centro para o Avanço da Educação Interprofissional do Reino Unido (CAIPE)
-

especializado e das experiências locais de indivíduos do mundo todo.

Está evidente que agora é um momento empolgante de progresso em educação interprofissional e prática colaborativa. Trabalhar juntos pela melhoria da saúde fundamental e estamos ansiosos para atualizá-lo assim que o Grupo de Estudos da OMS e seus parceiros avançarem rumo ao maior entendimento sobre essa importante questão.

Referências

- [1] Organização Mundial da Saúde. *World Health Report 2006: Working Together for Health*. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2006.
- [2] Organização Mundial da Saúde. WHA59.23: Escalonamento Rápido da Produção da Força de Trabalho. *Fifty-Ninth World Health Assembly*. A59/23, 37 – 38. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2006.
- [3] Organização Mundial da Saúde (1978). Alma-Ata 1978: Assistência Básica de Saúde. *Report of the International Conference on Primary Health Care*. 6 – 12 de setembro de 1978. Alma-Ata, USSR. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- [4] Organização Mundial da Saúde (1988). Aprendendo Juntos a Trabalhar Juntos pela Saúde. Relatório de um Grupo de Estudos da OMS em Educação Multidisciplinar de Funcionários da Saúde: a Abordagem de Equipe. *Technical Report Series 769:1 – 72*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

ANEXO 5. Principais recomendações do Grupo de Estudos da OMS de 1988 sobre Educação Multiprofissional para o relatório técnico de Profissionais da Saúde

Abaixo se encontram os esboços das recomendações propostas no relatório técnico preparado pelo Grupo de Estudos em Educação Multiprofissional de Profissionais da Saúde em 1988.*

8. Promovendo o conceito de educação multiprofissional

Esses esboços de recomendações se referem a ações em diferentes níveis e por parte de vários órgãos: institucional (universidades e outras escolas para profissionais de saúde, outras instituições educacionais, organizações de profissionais de saúde, etc.), interinstitucional (ação conjunta por diferentes instituições educacionais) e nacional (ministérios da saúde e educação).

8.1 Nível institucional

- * Ligações formais e informais deverão ser estabelecidas entre instituições vizinhas responsáveis pela educação de diferentes membros da equipe de saúde, além de entre estes e setores diferentes do da saúde que possam ter um impacto substancial na saúde e já estejam envolvidos em atividades de desenvolvimento da comunidade.
- * As funções e responsabilidade de cada membro da equipe de saúde deverão ser redefinidas (serviço, treinamento, administração, relações comunitárias, etc.)
- * A comunicação entre profissionais de saúde de todos os níveis deverá ser incentivada e melhorada.
- * O treinamento conjunto e contínuo na

prática deverá ser oferecido a todos os membros da equipe de saúde visando fortalecer a abordagem da equipe na área.

- * Deverão ser investigadas formas de redução de excesso de funcionários, visando permitir o melhor funcionamento da equipe.
- * Deverão ser formados grupos em instituições educacionais para revisar:
 - sistemas seletivos de alunos e funcionários;
 - currículos e recursos de aprendizado, laboratórios, etc.;
 - sistemas de avaliação de desempenho de alunos e professores;
 - reorganizações de espaço, materiais de escritório, instalações de campo, transporte, etc.;
 - integração de programas;
 - papéis e responsabilidades individuais dos funcionários.
- * *Workshops* sobre a abordagem de equipe deverão ser organizados para todos os funcionários do corpo docente e administrativos em instituições educacionais.
- * É importante reconhecer as dificuldades organizacionais e logísticas específicas que surgem ao estabelecer e manter atividades educacionais cooperativas entre diferentes faculdades ou departamentos e para possibilitar a eles acordos de financiamentos.
- * A integração dos setores de desenvolvimento comunitários com o setor de educação deverá ser fortalecida.
- * Deverá ser introduzido um sistema de incentivos para estimular a abordagem de equipe.
- * O envolvimento da comunidade deverá ser promovido.

* Organização Mundial da Saúde. Learning together to work together for health: report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education for Health Personnel: the team approach. Genebra, Organização Mundial da Saúde (Série de Relatórios Técnicos da OMS, No. 769), 1988.

- * Pesquisas sobre a abordagem de equipe de saúde por instituições educacionais e serviços de saúde deverão ser iniciadas ou fortalecidas.
- * Comitês multidisciplinares deverão ser estruturados para acompanhar a utilização da abordagem de equipe.
- * Uma listagem internacional de programas educacionais multidisciplinares seria útil para promover a disseminação das informações sobre educação multidisciplinar.
- * As necessidades de mão de obra de saúde deverão ser identificadas e o papel das instituições educacionais para as ciências da saúde no suprimento dessas necessidades deverá ser definido.
- * O sistema para avaliação e supervisão de todas as categorias de profissionais de saúde deverá ser revisto no que tange sua adequação para uma abordagem de equipe.
- * As descrições de cargos de todos os membros da equipe deverão ser distribuídas a todos os centros de saúde, e esforços deverão ser despendidos para desenvolver um plano para modificação de descrições de cargos conforme necessário.

8.2 Nível nacional

- * É importante ter um compromisso forte e duradouro com o conceito de equipe por parte dos ministérios e instituições educacionais envolvidas. Os recursos dos ministérios envolvidos deverão ser desenvolvidos e fortalecidos para permitir-lhes por em prática o conceito de equipe de saúde.
- * A estrutura organizacional do sistema de saúde deverá ser revisada visando ampliar a abordagem da atenção primária de saúde e aplicar o conceito de equipe de saúde.
- * Seria útil publicar as descrições das funções de cada uma das ocupações representadas na equipe de saúde. As descrições deverão indicar como as habilidades e conhecimentos de cada ocupação podem melhorar o funcionamento da equipe. Elas deverão estar amplamente disponíveis pelo setor de saúde e instituições educacionais.

ANEXO 6. Quadro sumário de evidências de pesquisa de revisões sistemáticas em Educação Interprofissional (EIP)

REVISÃO SISTEMÁTICA	OBJETIVO(S) DO ESTUDO	ESTUDOS	RESULTADOS	CONCLUSÕES DO AUTOR
Reeves S et al. <i>Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , 2008, Issue 1.	Avaliar a eficácia de intervenções de IPE comparada a intervenções educacionais nas quais os mesmos profissionais de assistência de saúde aprendem separados uns dos outros; e avaliar a eficácia de intervenções de IPE comparadas a situações sem intervenção educacional.	Seis incluídos (quatro estudos controlados randomizados [randomized controlled trials - RCT] e dois de análise custo-benefício [cost-benefit analysis - CBA])	Quatro estudos indicaram que a IPE gerou resultados positivos em áreas como a cultura departamental e a satisfação do paciente em emergências; comportamento da equipe colaborativa; e o gerenciamento da assistência prestada a vítimas de violência doméstica. Dois estudos relataram resultados variados e dois dos seis estudos relataram que a IPE não teve impacto na prática profissional ou na assistência ao paciente.	Apesar dos estudos terem relatado alguns resultados positivos, não foi possível traçar inferências gerais sobre a EIP e sua eficácia (devido ao pequeno número de estudos, heterogeneidade das intervenções e limitações metodológicas).
Hammick M et al. A best evidence systematic review of interprofessional education. <i>Medical Teacher</i> , 2007, 29:735–751.	Identificar e revisar as avaliações mais fortes sobre EIP; classificar os resultados da EIP e observar a influência do contexto em resultados específicos; desenvolver uma narrativa sobre os mecanismos que apoiam e informam os resultados positivos e negativos da EIP.	21 incluídos	O desenvolvimento dos funcionários é um fator de influência fundamental na eficácia da EIP para os alunos, que de forma generalizada possuem valores únicos sobre si próprios e sobre os outros. A autenticidade e a customização da EIP são mecanismos importantes para obter resultados positivos de EIP. A educação interprofissional é geralmente bem recebida, o que permite o aprendizado dos conhecimentos e habilidades necessários para o trabalho colaborativo; ela é menos capaz de influenciar positivamente as atitudes e percepções frente aos outros na equipe de prestação de serviços. No contexto de iniciativas de melhoria da qualidade, a educação interprofissional é frequentemente utilizada como um mecanismo para melhorar o desenvolvimento da prática e melhoria de serviços.	A mensuração dos resultados de EIP, e consequentemente a permissão de que julgamentos informados sejam feitos sobre o impacto das muitas diferentes iniciativas de EIP implementadas internacionalmente, continua a evoluir rumo a uma ciência robusta. Essa revisão demonstra que tal trabalho leva a evidenciar a educação, prática e elaboração de políticas interprofissionais informadas, e consequentemente à satisfação do aluno e em última análise à melhoria da assistência ao paciente/cliente e da prestação de serviços assistenciais.
Barr H et al. <i>Effective interprofessional education: assumption, argument and evidence</i> . Oxford, Blackwell Publishing, 2005.	Revisar a sabedoria convencional sobre EIP com base em evidências de avaliações mais rigorosas e bem apresentadas.	884 identificados, 353 revisados, 107 de alta qualidade	A EIP pré-registro bem planejada pode alcançar objetivos intermediários (isto é, estabelecer bases comuns de conhecimento e modificar atitudes recíprocas). A EIP pós-registro bem planejada e direcionada para o emprego pode alcançar objetivos finais (isto é, melhorar serviços e as experiências dos pacientes).	Melhorias no rigor das avaliações precisam ser sustentadas nos paradigmas qualitativos e quantitativos. A EIP precisa ser desenvolvida num <i>continuum</i> com objetivos progressivos.
Cooper H et al. Developing an evidence base for interprofessionally learning: A systematic review. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 2001, 35:228–237.	Explorar a possibilidade de introdução da educação interprofissional em programas de profissões de saúde na formação universitária. Este artigo relata sobre a primeira etapa do estudo no qual uma revisão sistemática foi realizada para resumir as evidências para educação interprofissional de estudantes universitários de profissões de saúde.	141 identificados, 30 incluídos	Foi verificado que os alunos de profissões de saúde se beneficiaram da educação interprofissional, com efeitos dos resultados relacionados principalmente a mudanças nos conhecimentos, habilidades atitudes e crenças.	Os efeitos sobre a prática profissional não foram discerníveis e as teorias educacionais e psicológicas foram raramente usadas para guiar o desenvolvimento das intervenções educacionais.
Reeves S. A systematic review of the effects of interprofessional education on staff involved in the care of adults with mental health problems. <i>Journal of Psychiatric Mental Health Nursing</i> , 2001, 8:533–542.	Avaliar a extensão e qualidade das evidências publicadas sobre funcionários que prestam assistência a adultos com problemas de saúde mental.	173 identificados, 67 revisados, 19 incluídos	Todos os 19 artigos relatam resultados positivos do uso da EIP com funcionários envolvidos na assistência para adultos com problemas de saúde mental. No entanto, após avaliar esses estudos foi verificado que eles geralmente continham várias deficiências, incluindo: falta de informações sobre os métodos utilizados e as limitações associadas; pouca consideração sobre como a EIP impactou a assistência aos usuários; incerteza sobre se os efeitos iniciais da EIP permaneceram ou diminuíram com o passar do tempo; descrições pobres dos programas de EIP avaliados; aplicabilidade limitada devido a influências culturais.	Apesar de este estudo oferecer um esforço inicial para coleta e avaliação das evidências de EIP publicadas, um trabalho mais aprofundado estenderia e fortaleceria beneficentemente esse estudo: pesquisa mais aprofundada de outras bases de dados de assistência de saúde; contato de especialistas na área para pesquisar os dados não oficiais e mapeamento das seções de referências desses artigos para identificar outros estudos potencialmente úteis.
Barr H et al. Evaluations of interprofessional education: a United Kingdom review for health and social care. London, BERA/CAIPE, 2000.	Identificar onde e como a EIP havia sido avaliada no Reino Unido. Auxiliar outros a replicar e desenvolver os métodos encontrados.	40 revisados, 19 incluídos	Revisões relataram que a EIP foi apreciada e valorizada pelos alunos, com mudança positiva de atitudes recíprocas. A EIP baseada no trabalho é capaz de modificar a prática e a assistência ao paciente. A maioria das avaliações foi conduzida pelos próprios professores.	Essa revisão qualitativa em pequena escala revelou as metodologias empregadas em avaliações da EIP e confirmou as classificações de tipos de EIP e métodos de aprendizado.

ANEXO 7. Quadro sumário de evidências de pesquisas de revisões sistemáticas específicas relacionadas à Prática Colaborativa (PC)

REVISÃO SISTEMÁTICA	OBJETIVO(S) DO ESTUDO	ESTUDOS	RESULTADOS	CONCLUSÕES DO AUTOR
Malone D et al. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , 2007, Issue 2 (Art. No.: CD000270, DOI: 10.1002/14651858.CD000270.pub2).	Avaliar os efeitos do tratamento da equipe comunitária de saúde mental (CMHT) em qualquer pessoa com doença mental grave, comparado com o manejo padrão não realizado por equipes.	80 identificados, três incluídos	O manejo pela CMHT não revelou qualquer diferença estatisticamente significativa nos óbitos por suicídio, apesar de um número menor de óbitos ter ocorrido no grupo da CMHT. Um número significativamente menor de pessoas no grupo da CMHT não ficou satisfeito com os serviços quando comparadas com aquelas recebendo a assistência padrão. Além disso, as taxas de internação foram significativamente mais baixas no grupo da CMHT quando comparadas com a assistência padrão. A admissão aos serviços de acidentes e emergências, o contato com a atenção primária e o contato com os serviços sociais não revelaram qualquer diferença estatística entre os grupos comparados.	O manejo pela equipe comunitária de saúde mental não é inferior em nenhum aspecto à assistência de saúde não realizada por equipes, além de ser superior em promover maior aceitação do tratamento. Ela também pode ser superior em reduzir as internações e evitar óbitos por suicídio. As evidências para assistência realizada pela CMHT não são substanciais considerando o enorme impacto que a direção rumo à assistência comunitária tem nos pacientes, cuidadores, médicos e na comunidade como um todo.
Holland R et al. Systematic review of multidisciplinary interventions in heart failure. <i>Heart</i> , 2005, 91:899–906.	Determinar o impacto de intervenções multidisciplinares na internação e mortalidade em insuficiência cardíaca.	74 identificados, 30 incluídos	As intervenções multidisciplinares reduziram as internações e a mortalidade de forma geral, além das internações por insuficiência cardíaca. Esses resultados variaram pouco com análises de sensibilidade.	As intervenções multidisciplinares para insuficiência cardíaca reduzem as internações hospitalares e a mortalidades. As intervenções mais eficazes foram realizadas, pelo menos em parte, em domicílios.
McAlister FA et al. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission. <i>Journal of the American College of Cardiology</i> , 2004, 44:810–819.	Determinar se estratégias multidisciplinares melhoram os resultados para pacientes com insuficiência cardíaca.	29 identificados, mas não selecionados devido a considerável heterogeneidade. <i>A priori</i> , as intervenções foram divididas em grupos homogêneos que eram adequados para a seleção.	As estratégias que incorporaram o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar especializada (tanto em clínicas ou não) reduziram a mortalidade, internações por insuficiência cardíaca e internações de forma geral. Em 15 dos 18 estudos que avaliaram custos, as estratégias multidisciplinares trouxeram redução de custos.	As estratégias multidisciplinares para o manejo de pacientes com insuficiência cardíaca reduzem as internações por insuficiência cardíaca. Tais programas que envolvem o acompanhamento por uma equipe multidisciplinar especializada também reduzem a mortalidade e as internações de forma geral.
Naylor CJ, Griffiths RD, Fernandez RS. Does a multidisciplinary total parenteral nutrition team improve outcomes? A systematic review. <i>Journal of Parenteral and Enteral Nutrition</i> , 2004, 28:251–258	Analisar criticamente a literatura e apresentar as melhores evidências disponíveis que investigaram a eficácia de equipes multidisciplinares de nutrição parenteral total (TPN) no fornecimento de TPN para pacientes adultos internados.	11 incluídos	Os resultados dos estudos indicam que a incidência de complicações totalmente mecânicas é reduzida em pacientes manejados pela equipe de TPN. No entanto, o benefício da equipe de TPN na redução de sepses relacionada ao catéter permanece inconclusivo. Apesar de somente dois estudos (n=356) terem investigado os custos totais associados com o manejo de pacientes pelas equipes de TPN, houve evidências de que a abordagem de equipe é uma estratégia econômica.	De maneira geral, a eficácia geral da equipe de TPN não foi conclusivamente demonstrada. Há evidências de que pacientes manejados por equipes de TPN apresentam menor incidência de complicações totalmente mecânicas. Além disso, as evidências disponíveis, apesar de limitadas, sugerem benefícios financeiros da introdução de equipes multidisciplinares de TPN em hospitais.
Simmonds S et al. Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. <i>The British Journal of Psychiatry</i> , 2001, 178:497–502.	Avaliar os benefícios do manejo por equipes comunitárias de saúde mental em casos de doenças mentais graves.	1200 identificados, 65 revisados, cinco incluídos	O manejo pela equipe comunitária de saúde mental está associado com um menor número de óbitos por suicídio e, em circunstâncias duvidosas, com menos insatisfação com a assistência e com menos desistências de tratamento. A duração do tratamento psiquiátrico em internação é mais curta com o manejo por uma equipe comunitária e os custos da assistência são menores, mas não há ganhos na sintomatologia clínica ou no funcionamento social.	O manejo pela equipe comunitária de saúde mental é superior à assistência padrão na promoção de maior receptividade ao tratamento, além de poder reduzir as internações hospitalares e evitar óbitos por suicídio. Este modelo de assistência é eficaz e merece incentivo.
Zwarenstein M, Bryant W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , 2000, Issue 1.	Avaliar os efeitos de intervenções feitas para melhorar a colaboração enfermeiro-médico.	Cinco identificados, dois incluídos	O primeiro estudo observou a redução da duração média da internação e a redução dos custos de internação, sem diferenças estatisticamente significativas nas taxas de mortalidade. O segundo estudo não observou diferenças significativas entre as enfermarias de intervenção e de controle em termos de duração média da internação para o paciente. Não houve diferença significativa nas taxas de mortalidade.	A crescente colaboração melhorou resultados importantes para pacientes e gestores da assistência de saúde. Estes ganhos foram moderados e afetaram os processos de assistência de saúde, em vez dos resultados. Pesquisas mais aprofundadas são necessárias para confirmar estes achados. Intervenções diferentes das rondas nas enfermarias realizadas por médicos ou enfermeiros e reuniões de equipe também deverão ser testadas.

ANEXO 8. Quadro sumário de estudos de caso internacionais específicos de prática colaborativa

PAÍS	LOCAL DE PRÁTICA	QUEM ESTÁ ENVOLVIDO?	QUAIS SÃO OS DESAFIOS E FACILITADORES?
Canadá	Uma clínica de ensino de prática familiar localizada em uma cidade	Pacientes complexos convivendo com doenças crônicas e metais Médicos de família, profissionais de saúde mental, enfermeiros, enfermeiros praticantes, nutricionistas, farmacêuticos, enfermeiros da rede de saúde pública, recepcionistas e assistentes sociais	Desafios: falta de registros eletrônicos de saúde; conflitos interpessoais; falta de protocolos estruturados Facilitadores: modelos de remuneração; modelo de governança que compartilhe a responsabilidade entre os profissionais; rondas interprofissionais; liderança comprometida
Dinamarca	Clínicas de assistência geral na Dinamarca, cada uma atendendo entre 1600 e 2500 pacientes, em áreas urbanas e rurais	Todos os tipos de pacientes Clínicos gerais, funcionários administrativos, enfermeiros e técnicos de laboratório	Desafios: espaço de consultório e administrativo para todas as tarefas; divisão obscura das responsabilidades e competências entre os diferentes grupos de funcionários Facilitadores: autorregistro de pacientes; discussão conjunta de pacientes por clínicos gerais e funcionários
Índia	Um hospital psiquiátrico localizado em área semiurbana	Pacientes convivendo com doenças mentais (crianças, adolescentes e adultos) Enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, professores de educação especial e funcionários de apoio	Desafios: falhas de comunicação Facilitadores: comunicação aberta; capacidade de abordagem e adaptação dos membros da equipe
Japão	Todos os tipos de serviços de saúde localizados em área urbana	Grávidas e crianças pequenas Psicólogos clínicos, higienizadores dentais, nutricionistas, pediatras, enfermeiros atuando na rede pública de saúde e assistentes sociais	Desafios: nenhum identificado Facilitadores: legislação de apoio; protocolos estruturados; conferências de equipe
Nepal	Um hospital e uma instituição educacional localizados em uma área urbana	Mães e recém-nascidos Enfermeiros e médicos	Desafios: restrições de equipe; modelos de prestação de assistência tradicionais Facilitadores: evidências; políticas governamentais
Omã	Quatro centros de saúde comunitários localizados em áreas urbanas	Todos os tipos de pacientes Médicos, enfermeiros, farmacêuticos assistentes, técnicos de laboratório, técnicos de radiologia, dietetas, educadores de saúde e assistentes de enfermagem	Desafios: gerenciar personalidades difíceis; rotatividade de funcionários Facilitadores: compromisso de formuladores de políticas de alto escalão; treinamento contínuo dos funcionários, incluindo treinamento de habilidades de comunicação; diretrizes claras; reuniões entre os profissionais de saúde e os planejadores de sistemas; espírito de equipe
Eslovênia	Um centro de saúde comunitário	Todos os tipos de pacientes Dentistas, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e assistentes sociais	Desafios: introdução de novos membros nas equipes Facilitadores: legislação de saúde de apoio; mesmo esquema de pagamento para todas as profissões; programas de desenvolvimento profissional com foco no trabalho em equipe
Suécia	Quatro hospitais principais localizados em uma área urbana	Todos os tipos de pacientes Estudantes de medicina, enfermagem, terapia ocupacional e fisioterapia	Desafios: preconceitos profissionais e atitudes Facilitadores: protocolos padrão
Tailândia	Uma clínica comunitária localizada em uma área rural	Todos os tipos de pacientes Enfermeiros e médicos	Desafios: falta de tempo e recursos Facilitadores: políticas de apoio das universidades, agências e governo; objetivos comuns; órgãos regulatórios; apoio financeiro; relações de confiança
Reino Unido	Uma clínica ambulatorial localizada em uma área urbana	Pacientes com incontinência Enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas	Desafios: discordância entre equipes; restrições de tempo; falta de apoio gerencial Facilitadores: reuniões presenciais regulares; respeito pelas outras profissões

Redes de Profissões de Saúde
Enfermagem & Obstetrícia
Recursos Humanos para a Saúde

Organização Mundial da Saúde

Departamento de Recursos Humanos para a Saúde
20, avenue Appia
1211 Geneva 27
Suíça

www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/