

# INTERPROFISSIONALIDADE E EXPERIÊNCIAS DE APRENDIZAGEM: INOVAÇÕES NO CENÁRIO BRASILEIRO

*Ricardo Burg Ceccim*

## *I n t r o d u ç ã o*

Trabalhar de comum acordo ou trabalhar com outros? A regulamentação de uma atividade profissional serve à reserva de mercado ou à proteção dos usuários das práticas regulamentadas? A definição de atribuições privativas das profissões serve ao projeto de formação e desenvolvimento profissional ou serve à delimitação de exclusividade sobre determinados campos de prática e, portanto, à perenidade das profissões? A profissionalização representa delimitação precisa de territórios de atuação ou capacidade de conexão com demandas pelos saberes profissionais? A atuação por categoria profissional responde à necessidade de uma configuração estreita para cada fazer tecnocientífico ou à ampliação do contato com e acolhimento de situações complexas? A ampliação da capacidade de resposta profissional resulta da elevação da possibilidade de responder sozinho às demandas em saúde ou da potência de interação entre profissionais e entre profissionais e usuários? A elevação da qualidade da atenção à saúde está na profissionalização focada nos interesses das respectivas corporações ou centrada nas necessidades dos usuários, num compromisso com a resolubilidade e a integralidade? Práticas fortemente colaborativas ou de ativa cooperação armam melhor as fronteiras interprofissionais ou interrogam essas fronteiras no interior de seus respectivos saberes-fazer? Essas são questões candentes à reflexão sobre a relação trabalho-profissões, disciplinas do conhecimento e profissões regulamentadas, servem a um debate sobre interprofissionalidade e experiências de aprendizagem.

O processo de trabalho em saúde, com todas essas perguntas, foi interrogado no Brasil, no bojo da construção dos desígnios de nossa reforma sanitária, de nossa invenção da saúde coletiva e de nosso projeto de revisão e crítica da formação profissional em saúde. Autor inaugural no campo, Gastão Wagner de Souza Campos nos fez pensar um anti-Taylor no trabalho em saúde, mas Luís Carlos de Oliveira Cecílio ainda propôs um anti-Fayol, Emerson Elias Merhy o trabalho vivo em ato na saúde e eu propus a entredisciplinaridade (CAMPOS, 1998; 1999; CECÍLIO, 2007; MERHY, 1997; 2005; CECCIM, 2004). São caminhos entre outros, mas que têm afrontado com propostas os dilemas perpetrados por tais perguntas.

Desenvolvemos, no Brasil, conceitos e práticas inovadores ao trabalho e à formação em saúde, temos experiências concretas de ação e formulação de políticas que se ocuparam de articular o trabalho em equipe com a presença multiprofissional e um pensamento interdisciplinar. Campos introduziu as noções de “campo e núcleo de conhecimentos e práticas”, de “equipe de referência e apoio matricial especializado” e de “clínica ampliada”, o autor também reivindica a “intercessão” da saúde coletiva, psicanálise e educação na composição da atenção integral à saúde. Merhy fala de uma “clínica em defesa da vida”, da “micropolítica do trabalho vivo em ato na saúde” e da “produção do cuidado como a alma do agir em saúde”. O autor desafia-nos por uma pedagogia da implicação: educação integrada ao trabalho como singularização do fazer cotidiano. As Diretrizes Curriculares Nacionais trouxeram a nomenclatura das competências e habilidades gerais como área da saúde e as competências e habilidades específicas como a especificidade por categoria profissional. A noção de entredisciplinaridade desafia ao exercício profissional em “zonas de intercessão”, não zonas de intersecção interdisciplinar, antes a perda das linhas de fronteira quando se está em equipe, zona de tensão em favor da disruptura das formas prévias e zona de exigência de criação, assim como a ideia de uma clínica da integralidade (não ampliada, mas a da Grande Saúde, como em Nietzsche). Nenhuma das noções se equivale, são contribuições ao pensamento, não prescrevem práticas, se propõem a colocar em análise o trabalho e a formação em saúde.

Quanto à saúde coletiva ou à educação na saúde, a introdução das teorias da complexidade, tem desafiado ao uso do prefixo “inter” quando se trata da ciência, da pesquisa e do ensino. São comuns termos como interdisciplina, interação, interface, intercâmbio, intercomunicação, intersectorialidade, além de propostas de gestão afetas à ação intergovernamental, intergestores e de interligação de políticas ou, ainda, ações interinstitucionais de integração, construção da integralidade e orientação pela inteireza. Mais recentemente, começamos a falar em “interprofissionalidade”, uma condição principalmente de práticas colaborativas, o que inclui tudo aquilo que pertence ao campo – e que os núcleos cooperam em sua composição –, como tudo aquilo que podemos desenvolver como “núcleo comum” ou tudo aquilo que podemos realizar mediante apoio ou que não temos autonomia, exceto como membros de uma equipe. Conforme Nicole Rege Colet (2002), ao propor uma pedagogia universitária pela interdisciplinaridade, a interprofissionalidade articula-se no campo epistemológico, devido à integração de conhecimentos, e no campo pragmático, segundo a colaboração que tem lugar no exercício do trabalho. Uma noção que não supera a de trabalho multiprofissional e interdisciplinar quando se trata de afirmar que o trabalho em equipe requer e reconhece a convergência de várias profissões em favor da maior abrangência em acolhimento de necessidades e segundo a composição em ato das possibilidades à resolubilidade assistencial.

O “núcleo comum” entre as várias categorias profissionais as reúne em pequenos e grandes grupos de compartilhamento, ainda assim submetido a práticas colaborativas somente emergentes em cada agrupamento real, cada lugar em concreto,

cada situação particular e cada singular processo de construção de trocas, apoios, compromissos e estratégias de compartilhamento solidário pelo maior acolhimento e maior resolubilidade. O núcleo comum, portanto, é móvel e é vivo, fazendo-se em ato, mesmo que consumado em um plano de interfaces objetivas quando há indistinção real das separações. As profissões não preexistem às práticas, elas decorrem das práticas. Se as práticas já existiam antes de uma profissão, elas eram executadas por quem as aprendia/apreendia, valendo o domínio de competências e habilidades, não a posse de um título. Se o tratamento de doenças é objeto nuclear da medicina, não faz sentido supor que qualquer profissão de saúde esteja em serviços sanitários sem intenção de intervenção terapêutica; se o cuidado é objeto nuclear da enfermagem não é razoável admitir que se diagnostica, prescreve e submete alguém a tratamento sem cuidar dessa pessoa, seus familiares e seu grupo social; se a escuta é objeto nuclear da psicologia, também é óbvio que não se pode cuidar e tratar sem escutar. É justamente porque mais profissionais sabem (vêm a saber) que uma categoria pode saber mais e é desafiada a saberes mais profundos. Na popularização da ciência e na transversalidade de saberes e práticas na sociedade, os conhecimentos um dia profissionais serão conhecimentos populares. Um exemplo clássico é a terapia de reidratação oral, um dia saber de médicos pediatras, hoje saber das comadres. É com esse preâmbulo que pretendo colocar em cena um debate introdutório ao tema da interprofissionalidade, segundo as experiências de aprendizagem em cenários de inovação nas práticas e na formação em saúde no Brasil.

## **Da fragmentação à ativação de interfaces: “geografias-menores”**

A fragmentação de saberes ou a superespecialização operam em territórios de oposição à complexidade, assim, quando necessária, esta exige/impõe a organização de equipes “multidisciplinares”. É aí que a figura “trabalho multiprofissional e interdisciplinar” retorna vertiginosamente e reinscreve o trabalho em equipe como uma imposição do “cuidado”. Evidências estão nas áreas de oncologia pediátrica, transplante de medula e neurocirurgia, mas exemplifico com o câncer de mama, tão frequente em nosso meio: fora de cogitação supor a integralidade da atenção em situação de mastectomia sem a presença da fisioterapia, da psicologia, da enfermagem pré e pós-cirúrgica ou de educação em saúde, entre outras. Todos sabem que o trabalho isolado somente é viável se a mulher encontrar seus grupos de ajuda, grupos de Internet e grupos de mulheres, uma vez que sem a integração em equipe, cabe a ela “inventar” a integralidade, a inteireza, a ressingularização de sua feminilidade e a reconfiguração de sua sexualidade.

Ser membro de uma equipe sob práticas colaborativas, em “trabalho protegido”, em ação multiprofissional e interdisciplinar, reconhecendo a atuação em campo e núcleo de conhecimentos e práticas retira limites e habita potências de criação (CEC-CIM, 2004). Aceitar que é assim e aprender a viver assim vai requerer a experiência

da educação interprofissional. Não se derruba imaginários tradicionais sem práticas educativas correspondentes. Já a interseção dos conhecimentos e habilidades das várias categorias profissionais responde ao objetivo de atender às necessidades em saúde, proteger estados saudáveis e promover a qualidade de vida. Não se denuncia alguma forma de atuar que implique o abandono do núcleo de conhecimentos de cada categoria profissional da saúde, senão que atuem em compatibilidade e compartilhamento da integralidade da atenção e do acolhimento. A lógica interprofissional cria condições mais favoráveis para o trabalho em equipe e permite tirar o melhor proveito possível dessa condição. Por si só a expressão "práticas colaborativas" já diz muito!

Se o campo comum tende a ser aceito na noção de campo da saúde, o núcleo em comum entre as profissões ainda soa estranho, por isso, a linguagem da interprofissionalidade oferta exequibilidade e operacionalidade quanto ao agir profissional. Campo e núcleo apresentam faces em comum na elaboração de diagnósticos, indicação de condutas e realização de procedimentos de cuidado e tratamento; de educação, promoção e proteção da saúde ou de planejamento, gestão e avaliação em saúde. Ocorre um entrecruzamento das noções de disciplina, profissão, trabalho, uma vez que estes não são conceitos fixos. Pode-se "caminhar" com a noção de disciplina nas ciências (referida ao campo epistemológico, ou seja, ao conhecimento), sabidamente um recorte dos saberes em racionalidades, retórica e métodos; e com a noção de profissão no trabalho (referida ao campo pragmático, ou seja, ao fazer), assim, assiste-se à separação dos conhecimentos em "áreas" e do fazer em "categorias ocupacionais técnico-científicas". O tanto de sobreposição, intersecção e mesmo de identidade entre os conhecimentos e os fazeres das várias categorias profissionais desenha interprofissionalidades "globais" (o comum das profissões) e "locais" (o comum emergente do agir protegido entre pares da ação de trabalho), somente "reais" no mundo do trabalho. A interprofissionalidade deve nos permitir pensar possibilidades atuais e aquelas em vias de atualização, deve provocar transformação e variação, ou seja, deve permitir e deve provocar "geografias-menores" da interdisciplinaridade e da multiprofissionalidade.

Não é razoável temer aquilo que provoca variação e cria devir, a própria interprofissionalidade resulta da ação multiprofissional em circunstância interdisciplinar. Ao habitarmos uma "geografia-menor", aprendemos possíveis, sua configuração passa a agir no pensar e potências se criam. Acontece que as profissões são vivas e se modificam, se atualizam, realizando inclusive resultado de pesquisa, experimentação e renovação. A interprofissionalidade é mote e potência de mais pesquisa, experimentação e renovação, não aniquilando as profissões, antes aperfeiçoamento e elevando suas competências e habilidades a patamares distintos, mais capazes de resolutividade e interação com os saberes e fazeres no campo de ação em que se inscrevem ou inserem. Pode ocorrer que profissões se desfaçam, o que provavelmente resultará de sua incapacidade de pesquisa, experimentação e renovação. De todo modo, não faz sentido, no mundo do cuidado e da cura, que mais importante que as necessidades

dos usuários das ações de saúde, estejam as necessidades de manutenção do modo corporativo de atuar ou a primazia de preservação de fronteiras profissionais que resultem em desenhos de profissão, não de atenção integral à saúde.

## Trabalhar juntos e desmanchar fragmentações

Ao trabalharmos juntos, nossas práticas intervêm nas práticas uns dos outros, criando os modos pelos quais as compartilhamos. A qualidade de nossos compartilhamentos interferirá nas configurações contemporâneas do trabalho e, assim, em nossas compreensões, relacionamentos e disposição de nossos saberes-fazer. É frequente ouvirmos das experiências de formação interprofissional na realidade brasileira, como as Vivências-Estágio no Sistema Único de Saúde (VER-SUS) e as Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde (RIMS), que as mesmas reorientaram pensamentos e práticas nos modos de compreensão do mundo ou naquilo que pensamos ser o mundo do trabalho em saúde. Também que alteraram a percepção das várias profissões e dos modos de cada um aprender e que se ampliaram a compreensão sobre necessidades em saúde, acolhimento de usuários, responsabilidade política das práticas profissionais e potências do trabalho conjunto.

Juarez Pereira Furtado discutiu o arranjo institucional das equipes de referência no sistema de saúde brasileiro como forma de potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões, alertando que “não devemos nos esquecer de que colaboração interprofissional é, essencialmente, co-laboração, ou seja, é trabalho com e entre muitos, portanto ação em equipe – o que não é algo simples” (FURTADO, 2007). O autor destaca que, “para o funcionamento efetivo em equipe, baseado em profunda colaboração interprofissional, a deliberada vontade e orientação de seus integrantes é necessária, mas não suficiente”, esclarecendo que “a instauração de ambiente democrático e de estruturas e mecanismos institucionais que garantam o surgimento, desenvolvimento e manutenção de espaços intraequipes” seria essencial. Esses espaços viriam a permitir “o florescimento de práticas fundadas na cooperação entre saberes e ações”. Scott Reeves mostra com base na literatura dos últimos 30 anos (1976-2016) que precisamos de uma formação em saúde com característica interprofissional para assegurar um cuidado e tratamento que sejam efetivos e seguros (Reeves, 2016). Segundo o autor, “a educação interprofissional (EIP) é uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos de modo interativo para melhorar a colaboração e qualidade da atenção à saúde”.

Sempre que colocamos o prefixo “inter” antes de qualquer palavra estamos tentando trabalhar com a supressão ou desmanchamento das fragmentações, sabendo, assim, como aquilo que há por conhecer foi fragmentado. Se trabalharmos com o desmanchamento das fragmentações, passamos a saber mais e ainda mais profundamente aquilo que escolhemos saber, uma vez que não mais de modo fragmentado, mas

destacado num território de inscrições, sem descarte, em trânsito, em permeabilidade, em porosidade. A postura de conhecimento e trabalho não fragmentados, exige o permanente compartilhamento, em amizade, em afinidade, em simpatia. É nessa hora que o "inter" vai tomando um grande rigor, tomando um desdobramento do fazer em saúde, tendo certeza de "como é" nosso fazer em cada profissão somente quando estivermos em um território de práticas e com um certo grupo de usuários. Relevante dizer que talvez não precisássemos fazer certas coisas que a gente aprendeu como importantes e que talvez devamos fazer muitas coisas que a gente nunca aprendeu. É desse jeito que o trabalho se coloca diante de nós, porque a configuração das condições singulares ou sociais de saúde não se orienta por profissões ou fragmentos disciplinares, ela simplesmente se desenha em uma vida.

Insistentemente falamos da fragmentação, mas não "queremos" (desejo ativo, operativo e deliberado) superá-la, quem mais quer superá-la são os usuários, que buscam diferentes saberes, profissionais e místicos. Diante disso, falamos de "inter" (disciplinaridade e profissionalidade): não há saberes que estão prontos e de maneira suficiente para todas e quaisquer pessoas que cheguem aos nossos serviços, mas aquilo que mais fazemos são encaminhamentos. Nesse modo, restamos assentados na zona de conforto dos saberes e práticas "multi" (disciplinares e profissionais). Pode-se ensejar que colaborar seja assumir que os labores estão definidos e ajudamos o outro, enquanto cooperar é operar em conjunto, assim aquilo que "eu" sei tem de estar disponível para a equipe. Uma anotação necessária é que o trabalho isolado em consultórios de especialistas é o mais fragmentado e aquele que mais exige do usuário que desenhe ele próprio seu "cuidado". Em equipe, os profissionais podem construir um projeto terapêutico compartilhado e práticas colaborativas de cuidado e tratamento.

Em equipe, nosso trabalho precisa necessariamente ser um trabalho protegido, assim, por exemplo, quando apresentamos dúvidas, insegurança, lacunas de conhecimento não é para sermos malvistas, e sim para recebermos colaboração ou cooperação. É bom que possamos fazer perguntas e sintamos que são bem-vindas na equipe, sendo bom que as respostas sejam igualmente responsáveis diante da solução coletiva de problemas. Sendo um trabalho protegido, onde possamos fazer todas as coisas e possamos ter todas as colaborações, vai desaparecendo a pergunta de quais são os saberes privativos de nossa profissão, sendo estes cada vez mais restritos e cada vez mais delimitados às habilidades em procedimentos e intervenções ou à atualidade em estudos e formação. Evidência está na transição demográfica, por exemplo, onde agora temos pessoas idosas muito diferentes daquelas dos anos 1960 e 1970. Devido à essa transição não temos porque fazer o mesmo cuidado em saúde de antigamente. Pessoas com 60 anos hoje estão refazendo a vida, retomando projetos abandonados, fazendo planos para os próximos 20-30 anos: planos de lazer, de turismo, de frequência ou experimentação no mundo das artes, do empreendedorismo, etc. Isso exige renovação das profissões, integração entre elas e práticas impensáveis há 40 anos.

## Educação e experiência de aprendizagem na interprofissionalidade

A Educação Permanente em Saúde é uma importante passagem para a composição do trabalho integrado em equipe, atualização em saberes e práticas, interrogação do processo de trabalho e expansão das potências da ação interprofissional, mas todos os nossos saberes precisam ser interdisciplinares, independentemente de profissão, porque não é possível que somente com saberes de saúde venhamos a dar conta das necessidades sociais daqueles que procuram os serviços de saúde. A problematização proporcionada pela Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005; CECCIM; FERLA, 2009) ganha um patamar de tomada de consciência e de desafio sobre como produzimos realidades e como as realidades nos produzem. O que aprendemos nessa condição não são apenas registro intelectual de informação nova, mas experimentação corporal de mutação de saberes ou valores, essa condição aperfeiçoa nossa experiência diante dos vários usuários que irão passar por nós. Isso é a problematização. Chega um ponto em que questionamos: quais são os acompanhamentos que compõem a integridade do cuidado? São proporcionados apenas pelos trabalhadores de saúde? Por trabalhador e outras pessoas?

Ana Ecilda Lima Ellery pesquisou o campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil, trabalhando com profissionais de serviços com programa de residência em medicina de família e multiprofissional em saúde da família, assim como com os residentes nesses serviços, em 2011, em Fortaleza/CE (ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013). A pesquisadora identificou um trabalho e formação para o qual concorriam o compartilhamento de acúmulos teórico-práticos da saúde coletiva, da clínica em atenção primária, da reabilitação psicossocial e os aportes de campos diversos, como geografia, pedagogia e educação popular. Ficou demonstrada uma interface complexa e cada vez mais ampla do trabalho dos profissionais: diversas ações comuns às várias profissões, algumas complementares e outras muito imbricadas. Como foram escutados trabalhadores e residentes quanto à realidade vivida não se tratou de detectar resistências, mas aquilo que ocorre com a prudência do acolhimento e resolubilidade das equipes. Estava estabelecido um campo comum de atuação interprofissional e o mesmo requeria o debate democrático da equipe. A pesquisadora argumenta que o processo é gradativo, demandando pactuação local, não soluções por disputa legal ou definição de ordem normativo-vertical. Ficou apontada a interprofissionalidade como “um campo em permanente construção, à medida que novas categorias profissionais vão sendo incorporadas, trazendo novos saberes e novas práticas”.

São correntes no referencial sobre a interprofissionalidade as esferas da formação e do agir interprofissional. A “Educação Interprofissional” ocorre quando o tema é a formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe, com foco nos usuários. Implicando aprendizagem colaborativa entre estudantes

de diferentes carreiras, havendo tradição na educação continuada, ocorrendo experiências no ensino de graduação e constituindo condição para a definição da Educação Permanente em Saúde. A "Prática Interprofissional" ocorre quando há articulação e integração das ações de saúde, tendo em vista aumentar a resolubilidade dos serviços e a qualidade da atenção à saúde. Para ser "interprofissional" há necessidade do intercurso das aprendizagens e das práticas colaborativas, ambas orientadas para o trabalho, envolvendo no mínimo duas profissões. No caso das residências integradas em saúde, no Brasil, o número mínimo de categorias profissionais para o reconhecimento dos programas como multiprofissionais é o envolvimento de pelo menos três profissões.

A entrada deste tema na agenda internacional se deu com o ponto de referência dos 100 anos do Relatório Flexner (1910 – 2010), que introduziu a noção de uma "pedagogia médica" ou de uma "ciência da educação dos profissionais de saúde". Uma Comissão Global junto ao The Lancet marcou o século com a convocação mundial "profissionais de saúde para um novo século: transformar a educação para fortalecer os sistemas de saúde em um mundo interdependente" (FRENK et al., 2010). O Departamento de Recursos Humanos da Organização Mundial da Saúde lançou uma Matriz à Ação em "educação interprofissional" e "práticas colaborativas" (WHO, 2010). A noção é de um mundo global interdependente e uma ação profissional intercomplementar decorrente de uma face comum entre as profissões onde todas podem atuar, assegurando-se cooperação, interlaçamento de funções e lugares e substituição alternada de agentes em colaboração.

Nos 100 anos, 1910-2010, pelo menos três grandes fases podem ser individualizadas na história de esforços por uma reforma da educação médica/dos profissionais de saúde de matriz flexneriana (CANINI, 2016):

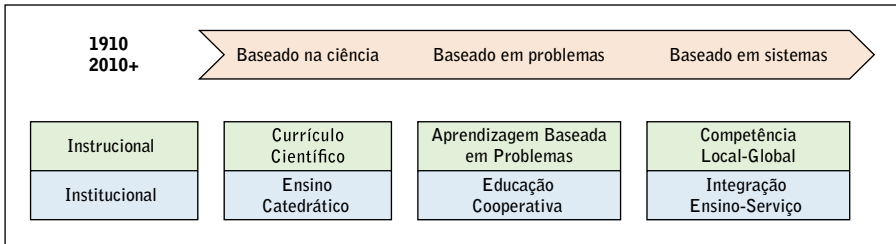
- Science based learning: tal reforma é subsequente à publicação do Relatório Flexner, na qual se põem pela primeira vez as bases para um aprendizado moderno, embasado nas mais recentes descobertas científicas.

- Problem based learning: nos anos 1960, a Universidade de Mc Master no Canadá propõe uma nova modalidade de ensino embasada na discussão de problemas, centrada no estudante e com metodologias de aprendizado ativas em pequenos grupos.

- System based learning: tal modelo, proposto para a formação dos profissionais do novo milênio, se embasa em uma forte interdependência entre o contexto local e global, e entre sistema formativo e sistema de saúde, graças à geração de conhecimentos especificamente gerados pelo contexto local.



## As três gerações de reforma da formação dos profissionais de saúde



**Fonte:** FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, London, v. 376, no. 9756, p. 1923-1958, 2010 (CANINI, 2016).

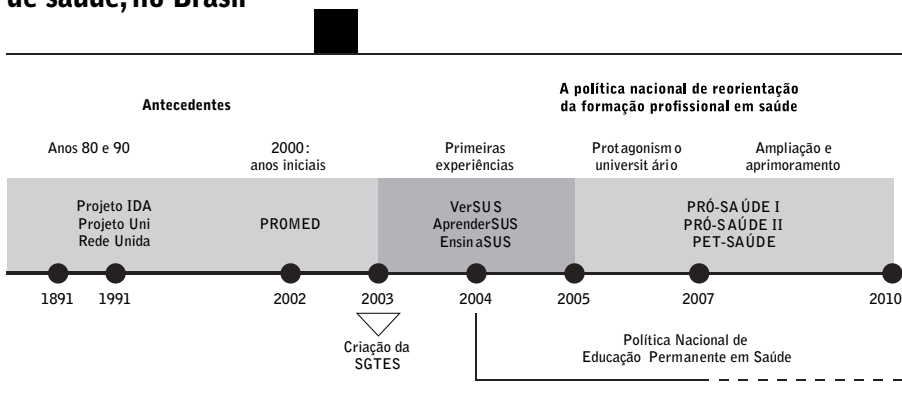
No Brasil, a Educação Superior em Saúde, registra uma particular história dos movimentos de mudança na graduação, com iniciativas provenientes de programas internacionais de incentivo, mobilização de entidades de ensino e pesquisa na saúde, ações governamentais dos Ministérios da Saúde, da Educação ou ambos em estratégias interministeriais, além de movimentos gerados entre os estudantes e suas entidades organizativas e no âmbito da educação popular em saúde. No Brasil, a história dos movimentos de mudança na graduação se fez aliada à reforma sanitária brasileira e aos movimentos de mudança das práticas de atenção em direção à integralidade e humanização.

Podem ser enunciados os Projetos de Integração Docente-Assistencial (IDA) e Uma Nova Iniciativa na Educação de Profissionais de Saúde: a integração com a Comunidade (UNI), reunidos em redes e transformados em Rede UNI/IDA, hoje Associação Científica Rede UNIDA, ocupada da educação e desenvolvimento de profissionais de saúde. O Ministério da Saúde desenvolveu uma linha de financiamento de iniciativas à mudança, com um marcador dirigido especificamente à graduação em medicina, o Programa de Incentivo à Mudança na Graduação em Medicina – Promed. Numa troca de gestão governamental, essa estratégia foi modificada para projetos mais amplos em diálogo com os estudantes (Vivências e Estágios na Realidade do SUS – VER-SUS) e com os docentes e dirigentes de educação universitária do conjunto de cursos da área da saúde, com os hospitais universitários e entidades de ensino multiprofissional (O SUS e os Cursos de Graduação em Saúde – AprenderSUS), além da prospecção sobre o ensino da integralidade por iniciativa dos próprios cursos de graduação em saúde (EnsinaSUS). Essas últimas iniciativas, em nova troca de governo, foram substituídas pela retomada de incentivo à mudança na graduação, como o Promed, em ampliação para outros cursos, primeiro, pela expansão da medicina à enfermagem e à odontologia (Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde), depois agregando todas as categorias da área e, então, se tornando multiprofissional, não para cada curso (Programa de Reorientação da Formação Profis-

sional em Saúde – Pró-Saúde II). Por fim, ainda no século 1910-2010, um Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) de característica objetivamente interprofissional e conectado às necessidades relativas ao sistema de saúde.

Antecedentes brasileiros foram intensos em projetos de ação, pesquisas, elaboração de teorias, formação docente, implementação de oficinas e congressos nacionais, registrando uma história material em favor da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade: Rede IDA, Projetos UNI, Rede UNIDA – desde 1985. O 1º Congresso da Rede UNIDA ocorreu em 1989. Um dos desafios da diade multiprofissionalidade e interdisciplinaridade ao longo desse tempo tem sido constituir consistência à interprofissionalidade: entendimento de que o trabalho em saúde requer uma equipe com a presença de várias profissões no campo, em atuação interdisciplinar e em construção contínua das práticas compartilhadas (FEUERWERKER; SENA, 1999). Nos anos 2000, esse legado, assim como o legado da Escola de Saúde Pública do Estado Rio Grande do Sul (ESP/RS) – gestão 1999-2002, responsável pela política estadual de educação em saúde coletiva, foram reunidos pelo Ministério da Saúde, dando origem à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em 2003. Na ESP/RS foram implementados como política pública o VER-SUS, as residências integradas em saúde, a integração formação-gestão-atenção-participação, a tríade educação superior, educação técnica e educação popular na saúde e a linha de financiamento educação solidária em saúde para projetos regionais integrados entre universidades, municípios, movimento estudantil e movimentos sociais (CECCIM, 2002).

## Cronologia dos movimentos de mudança na formação dos profissionais de saúde, no Brasil



**Fonte:** DIAS, H.S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013 (CANINI, 2016).

Na base nacional, com a criação da SGTES, dois marcadores registram a maior história da díade multiprofissionalidade e interdisciplinaridade em constituição de consistência à interprofissionalidade: a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e os programas nacionais de reorientação da formação profissional em saúde (Pró-Saúde e PET-Saúde), esses últimos reunidos, posteriormente, no programa de incentivo à mudança na graduação, segundo a orientação ao trabalho em equipe, integralidade da atenção e ao Sistema Único de Saúde – GraduaSUS.

## Para concluir: experiência brasileira em cena

O Brasil tem muitas experiências de trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar promovidos no bojo da reforma sanitária brasileira e no bojo das pesquisas sobre trabalho em saúde no interior dos estudos em saúde coletiva e mesmo a emergência do campo de ação estratégica da Educação na Saúde ou Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2008). Quanto às práticas interprofissionais, são demarcações importantes as propostas de<sup>1</sup>:

- Acolhimento (dar guarida a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganização do processo de trabalho, deslocando o eixo central da atenção, do atendimento médico para a equipe multiprofissional, que deve se encarregar da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde; qualificação da relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania, assim como de interação na construção de projetos de vida).

- Equipes de referência e apoio especializado matricial (reorganização do trabalho em saúde, construindo o vínculo cuidador, a elevada responsabilidade com a terapêutica, práticas de suporte e retaguarda técnica e pedagógica e a continuidade do cuidado).

- Campo e Núcleo de Conhecimentos e Práticas (uma noção em combate ao positivismo, estruturalismo e posição de transcendência que marcam a disciplinarização e a sociologia das profissões, pois o “núcleo” demarca área de conhecimentos e de práticas profissionais, enquanto o “campo”, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscam em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Ambos mutantes, se interinfluenciam, não sendo possível detectar limites precisos entre um e outro. No núcleo, uma aglutinação de conhecimentos e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar. No campo, o contexto).

---

<sup>1</sup> Fontes de consulta: BRASIL (2007; 2008), CAMPOS (1999; 2000), CAVALCANTI FILHO et al. (2009), CECCIM; FERLA (2006), FRANCO; BUENO; MERHY (1999), SEVERO; L'ABBATE; ONOCKO CAMPOS (2014), TESSER (2017), VILAÇA MENDES (2001; 2011).

- Apoio Institucional (suporte para a instauração de processos de mudança no processo de trabalho, ajudando na análise da instituição, buscando novos modos de operar e produzir organizações, estimulando espaços coletivos e a interação entre os agentes sociais do trabalho. Também suporte para a viabilização dos projetos pactuados pelos atores institucionais e sociais, a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos, e a atuação dos profissionais de saúde com base em novos referenciais, contribuindo para melhorar a resposta do setor da saúde às necessidades da população).

- Supervisão Clínico-Institucional (discussão de casos associando clínica, contexto de redes e intersectorialidade, questionando noções de gestão adotadas e mobilizando inovações nas práticas, de modo a superar a fragmentação e a hegemonia do paradigma biomédico).

- Projeto Terapêutico Singular (conjunto de condutas terapêuticas e cuidadoras articuladas em discussão coletiva interdisciplinar. Deve-se tentar captar o “sujeito singular”: uma história de adoecimento, desejos e interesses; elaborar metas assistenciais negociadas com o sujeito doente e estabelecer a continuidade do cuidado/tratamento por membro da equipe para cada usuário, conforme aquele com quem tenha um vínculo melhor).

- Gestão da Clínica (conjunto de tecnologias de coordenação e gerência para estruturar, acompanhar, avaliar e desenvolver a atenção à saúde, ocupando-se de critérios como segurança do paciente e disponibilidade efetiva de recursos em tempo justo e estratégias equitativas, de forma a reduzir as desigualdades e a assegurar a humanização, colocando em cena, pelos diversos pontos da atenção, gestão e formação em serviço, equipes interdisciplinares e multiprofissionais).

### **Quanto à educação interprofissional, o Brasil tem uma longa trajetória e inúmeros exemplos concretos<sup>2</sup>:**

- Vivências-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde – VER-SUS (um processo de imersão teórico-prática e vivencial em espaços de atenção, gestão e controle social proporcionado por gestores do SUS para coletivos organizados de estudantes de graduação dos vários cursos da área da saúde – dura entre 7 e 15 dias, em regime de imersão – hospedagem, observação participante, rodas de conversa, grupos de estudo, interação com usuários e trabalhadores).

- Educação Permanente em Saúde (articulações locorregionais e interinstitucionais de discussão e estudo sobre necessidades de desenvolvimento do trabalho e qualificação da resposta do sistema de saúde às necessidades de equipe, usuários, território e redes, devendo ter abrangência multiprofissional e orientação interdisciplinar, organizada sob diferentes metodologias pedagógico-participativas).

---

<sup>2</sup> Fontes de consulta: ALVARENGA et al. (2013), ARAÚJO et al. (2017), CECCIM (2005), CECCIM; CYRINO (2017), CECCIM; FERLA (2003; 2009), FERLA et al. (2013), FERLA; PINTO (2017), MELO NETO (2014), SOUZA et al. (2017), TOSTA et al. (2006).

- Estágio Regional Interprofissional – ERIP-SUS (prática acadêmica integrada ao currículo regular dos cursos de graduação da área da saúde, destinada à vivência multiprofissional e interdisciplinar dos estudantes em municípios de característica rural ou fora das capitais, desdobrada da experiência de Estágios Rurais Integrados – ERI nascidos no final dos anos 1970 em Universidades Federais como a de Minas Gerais e a da Paraíba, assim denominados no bojo da avaliação das primeiras experiências VER-SUS. Trata-se de componente curricular obrigatório e que se integra ao trabalho no SUS e às parcerias universidade-sistemas locais de saúde).

- Vivências de Educação Popular em Saúde – VEPop-SUS (prática acadêmica integrada à extensão universitária e destinada à vivência em movimentos sociais atravessados pelas práticas de educação popular em saúde, originário das experiências de Estágio em Comunidade, nascidas nos meados dos anos 1980 em Universidades Federais como da Paraíba, de Pernambuco e do Rio Grande do Sul, destinada a vivência multiprofissional e interdisciplinar dos estudantes em zonas de periferia urbana, assim denominados no bojo da avaliação das experiências VER-SUS).

- Residências Integradas Multiprofissionais em Saúde (modalidade de formação na pós-graduação, realizada em serviço e sob supervisão docente-assistencial, destinada à equipe multiprofissional de saúde, devendo articular experiências práticas e teórico-práticas, conteúdos teóricos e treinamento especializado em áreas de atenção à saúde prioritárias ao país. Integrando ensino e trabalho, área de saúde e humanidades, gestão da clínica e gestão política do setor, diferentes profissionais e diferentes vertentes do conhecimento para a integralidade e acolhimento em equipe).

- Programa de Educação Tutorial – PET Conexão de Saberes (programa coordenado pelo Ministério da Educação destinado às ações inovadoras de extensão universitária que ampliem a troca de saberes entre as comunidades populares e a universidade, valorizando o protagonismo dos estudantes, deve focar estudantes beneficiários das ações afirmativas no âmbito das universidades públicas, assim como públicos em situação de vulnerabilidade social. Os projetos, uni ou multiprofissionais, devem ser interdisciplinares, atendendo comunidades populares urbanas, participação e controle social em saúde, espaços sociopedagógicos, gestão e saúde ambiental, diversidades em gênero, raça e classe social, entre outros).

- Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde (programa do Ministério da Saúde cujo objetivo é a integração ensino-serviço-território, visando à reorientação da formação profissional, do modelo biomédico e hospitalar para modelagens multiprofissionais e de abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica. Contempla 3 eixos de reorientação: a orientação teórica, que deve priorizar os determinantes sociais da saúde, a pesquisa clínico-epidemiológica, as práticas gerenciais e a educação permanente; os cenários de prática, que devem priorizar a utilização de processos de aprendizado ativo, a ativi-

dade nos serviços de saúde e a ação em comunidades; e a orientação pedagógica, que deve priorizar a diversificação de conhecimentos, o aprendizado ativo e a importância do trabalho conjunto das equipes multiprofissionais).

- Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde (programa que contempla ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento de áreas estratégicas para o SUS, tendo como pressuposto a educação pelo trabalho e como fio condutor a integração ensino-serviço-território, formando-se grupos de intervenção com tutor acadêmico, estudantes e preceptores. O programa se orienta pela noção de “grupos tutoriais”, todos multiprofissionais e interdisciplinares, atendendo questões de ensino-aprendizagem, extensão-intervenção, avaliação e estudo-pesquisa, tendo em vista práticas inventivas e de compromisso social em ensino, pesquisa e extensão).

A interdisciplinaridade representa a elaboração de um conhecimento de síntese, já a interprofissionalidade apresenta a construção de uma prática colaborativa horizontal. Entretanto, “a entredisciplinaridade é sugerida como ousadia e usufruto da autonomia intelectual para explorar as fronteiras usuais do conhecimento e das profissões” (CECCIM; CYRINO, 2017). Ceccim e Cyrino alertam que “um postulado de coerência é acatar o futuro que nos convoca e não reagir ao futuro com a recuperação do conservadorismo”. Parte do que se deverá aprender ainda não foi inventado ou descoberto ou não nos chegou ainda. Parte do que se ensina se torna obsoleto em igual de tempo de formado após a formatura.

Para lidar com objetos de conhecimento complexos, que pertencem a diferentes níveis de realidade e que apresentam contradições, paradoxos e conflitos, melhor será aceitar fronteiras flexíveis e permeáveis como a melhor orientação (CECCIM; CYRINO, 2017). Futuras atividades de desenvolvimento de capacidades interprofissionais, interdisciplinares, de integralidade da atenção, sob a integração ensino e sistema de saúde e sob a interação universidade-sociedade representarão parceria embasada em realizações passadas e atuais.

Assumindo o valor da variação e criação do devir, nas disciplinas e em profissões, reconhecemos que “nossas energias são mais potentes na fronteira” (CECCIM, 2004). Nessa concepção, “quando o fazer depende de criar, porque não temos as garantias do já sabido”, experimentamos a potência do novo ou do atual, diferente do que acontece “quando estamos aboletados no centro de nosso conhecimento prévio e antecedente, onde somos talvez a majestade em nosso reino, quando milhões de reinos corroem todo dia cada fronteira até que este centro não possua mais qualquer sentido” (CECCIM, 2004).

Para concluir essa explanação, convocamos, não a razão, mas a sensação física que lhe dá sustentação: não temos todas as certezas, buscamos, como as crianças, descobrir, aprender, experimentar e contar com amizade, ajuda, proteção e orientação. Devemos reconhecer que a expressão individualizada e plenipotente dos portadores de diploma, instalados nos domínios precisos, estritos ou holísticos de sua profissão, nada

mais é do que a forma positivista, verticalista e disciplinarizada que nos rouba a potência, substituindo-a pela impressão e imposição de poder. Já a potência é nossa capacidade de variação, criação de devir, experimentação da complexidade, consciência ética de um mundo por descobrir e apropriar em cotidianos vivos, pulsáteis e em composição por amizade e forte simpatia. A interdisciplinaridade pode ser operacional, científica, honesta, mas acima de tudo, é ética, solidária, horizontal.

Uma canção de Erasmo Carlos, retomada por Arnaldo Antunes no show "Ao vivo lá em casa", onde cantam juntos, é eloquente: "Sou uma criança, não entendo nada". Diz assim:

Antigamente quando eu me excedia  
Ou fazia alguma coisa errada  
Naturalmente minha mãe dizia:  
"ele é uma criança, não entende nada"...

Por dentro eu ria  
Satisfeito e mudo  
Eu era um homem  
E entendia tudo...

Hoje só com meus problemas  
Rezo muito, mas eu não me iludo  
Sempre me dizem quando fico sério:  
"ele é um homem e entende tudo"...

Por dentro com  
A alma atarantada  
Sou uma criança  
Não entendo nada...

## Referências

ALVARENGA, J. P. O. et al. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 10, p. 5944-5951, 2013.

ARAÚJO, T. A. M. et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface (Botucatu. Impreso)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 601-613, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da PNH. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para cogovernar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CANINI, A. **A construção da presença ativa dos estudantes no sistema de saúde: o projeto UNiverSSI entre Itália e Brasil**. 2016. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRGS, 2016.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p.149-182.

CAVALCANTE FILHO, J. B. et al. Acolhimento coletivo: um desafio instituinte de novas formas de produzir o cuidado. **Interface (Botucatu. Impresso)**, Botucatu, v. 13, n. 31, p. 315-328, 2009.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004. p. 259-278.

CECCIM, R. B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.

CECCIM, R. B.; CYRINO, E. G. O sistema de saúde e as práticas educativas na formação dos estudantes da área. In: CECCIM, R. B.; CYRINO, E. G. (Org.). **Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes: percursos na formação pelo trabalho**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p.4-26.



CECCIM, R. B.; CYRINO, E. G. (Org.). **Formação profissional em saúde e protagonismo dos estudantes:** percursos na formação pelo trabalho. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Ed.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.162-168.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes:** práticas de avaliação, formação e participação em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006. p. 165-184.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003. p. 212-226.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Gestão da educação em saúde coletiva e gestão do sistema único de saúde. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). **Tempo de inovações:** a experiência da gestão na saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: ESP/RS; Dacasa, 2002. p. 143-162.

CECÍLIO, L. C. O. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface (Botucatu. Impresso)**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 345-351, 2007.

COLET, N. R. **Enseignement universitaire et interdisciplinarité:** un cadre pour analyser, agir et évalue. Bruxelles: Boeck & Larcier, 2002.

DIAS, H. S.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1613-1624, 2013.

ELLERY, A. E. L.; PONTES, R. J. S.; LOIOLA, F. A. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 415-437, 2013.

FERLA, A. A. et al. Vivências e estágios na realidade do SUS: educação permanente em saúde e aprendizagem de uma saúde que requer integralidade e trabalho em redes colaborativas. **Rev. Eletr. Comun. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, dez. 2013. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/17228/2/4.pdf>>. Acesso em: 4 dez. 2017.

FERLA, A.A.; PINTO, H. A. (Org.). **Integração entre universidade e sistemas locais de saúde: experimentações e memórias da educação pelo trabalho**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA-CHOMPRÉ, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe: sinônimos?: como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? **Olho Mágico (Londrina)**, Londrina, v. 5, n. 18, p. 5-6, 1999.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, London, v. 376, no. 9756, p. 1923-1958, 2010.

FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface (Botucatu. Impresso)**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-255, 2007.

MELO NETO, J. F. **Extensão popular**. 2. ed. João Pessoa: Editora da Universidade/UFPB, 2014.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. T. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface (Botucatu. Impresso)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, 2005.  
REEVES, S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-96, 2016.

SEVERO, A. K. S.; L'ABBATE, S.; ONOCKO CAMPOS, R. T. A supervisão clínico-institucional como dispositivo de mudanças na gestão do trabalho em saúde mental. **Interface (Botucatu. Impresso)**, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 545-556, 2014.

SOUSA, B. M. et al. As contribuições do programa de educação tutorial na formação do acadêmico: uma revisão integrativa. **Revista Movimenta**, Goiânia, v. 10, n. 2, p. 302-306, 2017.

TESSER, C. D. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface (Botucatu. Impresso)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 565-78, 2017.

TOSTA, R. M. et al. Programa de educação tutorial (PET): uma alternativa para a melhoria da graduação. **Psicol. Am. Lat.**, Puebla, n. 8, nov. 2006. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2006000400004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000400004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso: 4 dez. 2017.

VILAÇA MENDES, E. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

VILAÇA MENDES, E. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Department of Human Resources for Health. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. Geneva: WHO, 2010.