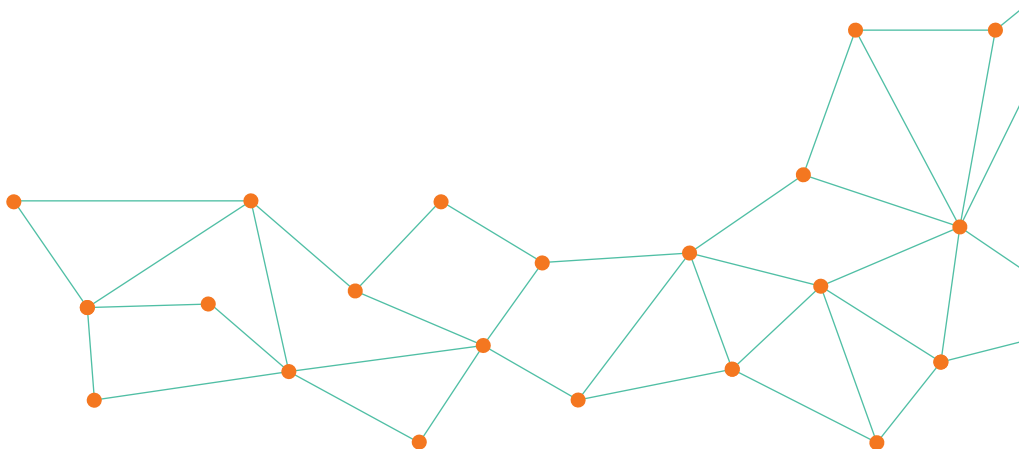


CAPÍTULO 8



A colaboração como fundamento para o trabalho interprofissional em saúde





1. INTRODUÇÃO

O contexto atual impõe importantes desafios ao trabalho e à formação em saúde. Transformações nos perfis demográficos e epidemiológicos, com incremento de novos riscos infecciosos, ambientais e comportamentais, evidenciam a necessidade de repensar o atual modelo de formação e de trabalho em saúde. Os problemas e as necessidades desse campo se apresentam cada vez mais complexos e exigem uma mudança de paradigma na produção dos serviços de saúde, colocando os usuários e suas necessidades na centralidade do processo (CRISP; CHEN, 2014; FRENK et al., 2010).

Apesar desse cenário, a lógica da produção dos serviços de saúde ainda está orientada por forte divisão do trabalho, fragmentando os atos e expondo, muitas vezes, os usuários à repetição, o que acaba aumentando os riscos de erros e os custos com os serviços de saúde (REEVES, 2016).

A tendência à superespecialização no trabalho em saúde – embora importante para a produção de novos conhecimentos e escopo de práticas – também produz como um dos resultados a forte competição entre os profissionais (FAULCONBRIDGE; MUZIO, 2012). A dimensão técnica do trabalho em saúde como manifestação do saber, status e poder das profissões vem servindo para a intensificação da competição em detrimento da colaboração – princípio fundamental para o efetivo trabalho em equipe (BAKER et al., 2011; PIPPITT et al., 2015).

A produção dos serviços de saúde apresenta como uma de suas características a pressão pelo tempo para dar as respostas necessárias às necessidades existentes. A complexidade do trabalho nessa área se materializa nos contextos marcados pela necessidade de articular aspectos da dimensão individual, da equipe e da instituição para a garantia

dos melhores resultados de saúde (HOOKER et al., 2008).

Estudos indicam que mortes evitáveis nos serviços de saúde assumem proporções preocupantes, em grande parte, por causa da dificuldade do trabalho em equipe. A melhora na precisão diagnóstica e nas terapêuticas depende do nível e da qualidade das relações interprofissionais. Outras pesquisas evidenciam também que a redução da mortalidade em unidade de terapia intensiva foi observada a partir de maior investimento na melhora das relações interprofissionais no trabalho em equipe. Por isso, a segurança do paciente fica fortemente comprometida em cenários de frágil comunicação entre os profissionais de saúde (FREYTAG et al., 2017; KÄMMER et al., 2017). Tomando por base essas e outras evidências, organismos internacionais vêm estimulando cada vez mais estratégias de formação em saúde capazes de desenvolver competências para o efetivo trabalho em equipe (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Problemas de comunicação entre os profissionais da equipe, limitada clareza dos papéis profissionais, competição entre as profissões e inexistência de identidade de equipe são problemas que trazem prejuízos para a dinâmica do trabalho em equipe, mas podem ser abordados nos processos formativos dos diferentes profissionais de saúde. A publicação “*Interprofessional education and collaboration: a call to action for emergency medicine*”, por exemplo, destaca a importância dessa colaboração, defendendo a implementação da educação interprofissional (EIP) na formação de profissionais para o enfrentamento desses aspectos (WILBUR, 2014).

Considerando essas problemáticas, a compreensão do conceito de equipe é um ponto de partida importante para se assumir a melhor perspectiva de trabalho e formação em saúde e oferecer serviços de qualidade e resolutivos.

Importante contribuição para essa compreensão pode ser encontrada em publicação recente de Peduzzi et al. (2020), em que revisita alguns conceitos relacionados ao trabalho em equipe, interprofissionalidade e práticas colaborativas. Nesse sentido, a autora descreve dois formatos de equipe: a equipe do tipo agrupamento e a equipe do tipo integração. Na primeira configuração, os profissionais dividem um mesmo espaço de trabalho, mas o foco são as competências específicas nas produções de atos, muitas vezes fragmentadas. Uma marca desse modelo é a frágil comunicação entre os diferentes profissionais de saúde. A equipe do tipo integração é a que mantém forte articulação entre as dife-

rentes práticas profissionais e que, para o contexto brasileiro, exerce peculiar importância por sua coerência com o princípio da integralidade da atenção (PEDUZZI et al., 2020).

Outros autores também apresentam uma tipologia de trabalho em equipe que contribui para esse debate. São definições que associam o formato de equipe a diversos aspectos, tais como integração, colaboração, identidade de equipe, papel do usuário na ordenação do trabalho, compartilhamento de objetivos, entre outros (REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018).

Esse debate inspira importantes inquietações: quais aspectos influenciam a integração e a interdependência entre os profissionais na produção dos serviços de saúde? Será que a formação dos profissionais de saúde está desenvolvendo competências para o efetivo trabalho em equipe? Há competências capazes de fortalecer a perspectiva do efetivo trabalho em equipe?

São questões complexas que exigem um pouco de adensamento, e este texto não tem a pretensão de esgotar essa discussão, mas de fornecer subsídios para ampliá-la e para compreender as implicações desse debate para as mudanças no modelo de atenção à saúde.

2. COLABORAÇÃO COMO PRINCÍPIO CENTRAL DO TRABALHO INTERPROFISSIONAL

D'Amour et al. (2005), em um texto clássico, traz uma assertiva de grande profundidade: embora se reconheça a importância do trabalho em equipe, não há clareza do caráter complexo da colaboração. Considerando a necessidade de clarificar o conceito de colaboração e suas implicações para o processo de trabalho em saúde, a autora apresenta seus quatro pilares fundamentais: compartilhamento, parceria, interdependência e poder (D'AMOUR et al., 2005).

A Figura 1 sintetiza os pilares apresentados por D'Amour et al. (2005). Não se trata de uma relação linear, mas de aspectos que se mantêm interdependentes para que a colaboração aconteça.

A Figura 1 apenas ilustra os pilares da colaboração e não tem a pretensão de simplificar um debate que é de grande complexidade. Colaborar, antes de tudo, representa o desejo de se integrar às demais práticas profissionais, reconhecendo a importância do papel do outro colega para a produção dos serviços de saúde. Embora a intencionalidade individual seja fundamental para que ocorra a cola-

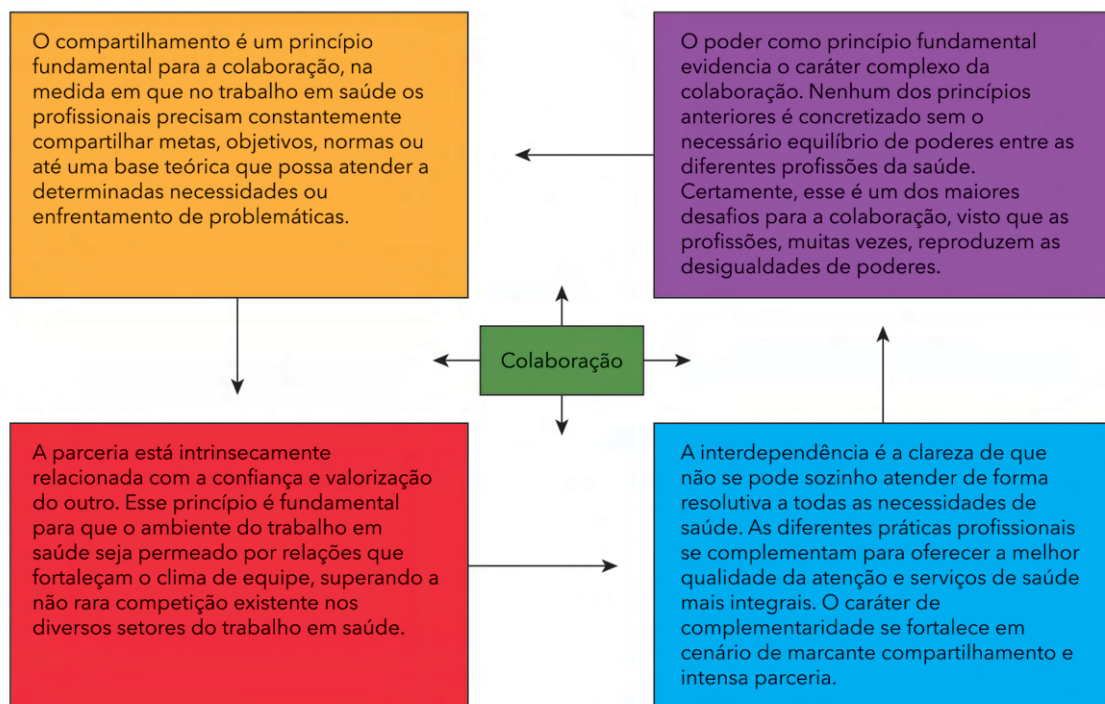


Figura 1 - Pilares da colaboração: compartilhamento, parceria, interdependência e poder. Fonte: adaptada a partir de D'Amour et al. (2005).

colaboração, não é razoável atribuir toda a responsabilidade aos profissionais de saúde.

Apesar do reconhecimento da colaboração como princípio do trabalho interprofissional, muitas vezes as dimensões política, institucional e cultural estimulam a competição entre as profissões, cuja regulação frequentemente acentua os conflitos e a desigualdade entre elas. Em contextos institucionais, normas e regimentos podem desencorajar a colaboração e fomentar a competição. A dimensão cultural se expressa na tendência de centrar atenção na expertise do profissional, colocando-o como centro do processo, e a busca por status e reconhecimento social se torna justificativa para conflitos com outros colegas no trabalho em saúde (OANDASAN; REEVES, 2005).

3. A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COLABORATIVAS

O processo de formação em saúde com ênfase na dimensão técnica foi se consolidando ao longo

da história como demasiadamente conteudista (COSTA et al., 2016). A necessidade de desenvolvimento de competências específicas para o exercício das profissões deu sustentação ao modelo disciplinar de formação, com pouco ou nenhum diálogo entre os diferentes campos do conhecimento. A estrutura departamental das universidades, muitas vezes, constituiu uma barreira para a articulação de saberes, até mesmo no interior de um único curso da área da saúde (COSTA, 2014).

Entretanto, a pouca articulação não ficou restrita apenas aos diferentes campos do conhecimento. A tendência de separação das áreas também gerou pouca ou nenhuma interação entre as práticas profissionais. A formação dos profissionais, orientada por marcos teórico-conceituais para sustentar as práticas, estabeleceu uma lógica que pouco favorece a formação de profissionais mais aptos à colaboração – fundamento central do efetivo trabalho em equipe (PEDUZZI et al., 2013).

Na contramão dessa realidade, as necessidades de saúde, ao longo dos anos, tornam-se cada vez mais complexas, evidenciando limites desse modelo conteudista e disciplinar que orienta a for-

mação dos profissionais de saúde. Nesse sentido, outros conhecimentos, habilidades e atitudes passam a ser necessários para complementar as práticas profissionais. Partindo da necessidade de fornecer elementos para o desenvolvimento do perfil profissional coerente com as demandas apresentadas pelo conjunto da sociedade, insere-se a relevância da educação baseada em competências no contexto da formação em saúde.

Tomando por base essas problemáticas, o debate sobre a EIP vem crescendo em todo o mundo (BARR, 2015). Definida como a oportunidade em que membros de duas ou mais profissões aprendem em conjunto e de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados, a EIP vem se mostrando capaz de orientar mudanças no processo de formação com foco no desenvolvimento de profissionais mais preparados e comprometidos com a oferta de serviços de saúde mais efetivos e resolutivos (REEVES et al., 2016).

Iniciativas de EIP têm contribuído para a maior clareza de papéis dos colegas de outras profissões, melhoram a comunicação no processo de aprendizagem e tomada de decisões, estimulam a valorização dos usuários como centro do processo de produção dos serviços de saúde e (re)significam os estilos de lideranças, permitindo um deslocamento de uma tendência mais centralizadora para a colaboração, entre outras competências. No trabalho em saúde, a perspectiva interprofissional e colaborativa contribui para a racionalização dos custos, a redução dos eventos adversos e da duplicação dos atos e a melhora da satisfação dos trabalhadores de saúde e usuários (FELGOISE et al., 2019).

Apesar das reconhecidas implicações da EIP para o desenvolvimento de profissionais mais aptos ao trabalho em equipe, ainda são expressivos os desafios para assegurar os efeitos sobre as transformações na lógica de produção dos serviços de saúde. As iniciativas em todo o mundo são muito diversas, e, algumas vezes, há uma compreensão equivocada de que reunir profissionais ou estudantes em um mesmo espaço qualifica a iniciativa como interprofissional. Para que se perceba os efeitos da EIP, é fundamental garantir rigor teórico-conceitual e metodológico e explícita intencionalidade no desenvolvimento de competências interprofissionais (LANGLOIS et al., 2020).

Outro aspecto que merece destaque é a necessidade de elaborar estudos que possam produzir evidências científicas mais robustas – que consigam expressar aspectos para além das percepções ou

mudanças de atitudes dos participantes. Estudos longitudinais mais robustos, que integrem distintas abordagens e que busquem analisar as influências da EIP sobre a melhoria da qualidade da atenção e dos resultados em saúde, são imperativos para o fortalecimento da EIP como base capaz de contribuir para reorientar o modelo de formação e o trabalho em saúde (XYRICHIS, 2020).

Nesse sentido, a EIP exige uma intencionalidade expressa nas propostas pedagógicas, nas metodologias adotadas e nos processos de avaliação. A produção elaborada por Barr (1998) traz importantes contribuições para ampliar a compreensão sobre competências a serem incorporadas no processo de formação e no trabalho em saúde, na perspectiva interprofissional e colaborativa. O autor define três grandes grupos de competências: específicas ou complementares, comuns e colaborativas (BARR, 1998, 2013).

As competências específicas, ou complementares, referem-se ao conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que fundamentam o exercício das práticas dos diferentes profissionais. Para simplificar, seriam as competências que orientam as práticas específicas de cada profissão. É interessante notar que Barr (1998) também define esse grupo de competências como complementares, reiterando a compreensão da relação de interdependência entre as profissões.

Competências comuns são aquelas compartilhadas por todos os profissionais de saúde (BARR, 1998). São conhecimentos, habilidades, atitudes e valores compartilhados pelo conjunto de profissionais de saúde, e o desenvolvimento dessas competências por diferentes profissionais não representa desrespeito aos limites de cada profissão. Também podem ser entendidas como um campo comum de práticas (DE OLIVEIRA; DE SOUSA CAMPOS, 2015).

As competências colaborativas, por sua vez, dizem respeito ao conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores que fortalecem as relações interprofissionais para o efetivo trabalho em equipe. Esse conjunto de competências estimula o desenvolvimento dos pilares da colaboração como fundamento para a oferta de serviços de saúde mais integrais e resolutivos (REEVES et al., 2011).

Na apresentação dessas competências, é comum alguma confusão em relação às competências comuns e colaborativas como se elas fossem sinônimas. Competências colaborativas também são compartilhadas por todos os profissionais. O diferencial é que elas asseguram relações interprofis-

sionais mais horizontais, fortalecimento da identidade de equipe e inserção cada vez mais forte do usuário como corresponsável pela produção dos serviços de saúde.

A diferenciação entre os três grupos de competências é feita para fins didáticos, e há intensa articulação dessas competências com contextos de materialização do trabalho em equipe. As competências colaborativas são fundamentais para a integração das competências específicas e comuns no trabalho em saúde.

Considerando a importância dessa discussão, pesquisadores, instituições formadoras e responsáveis pela formulação de políticas centraram esforços na elaboração de marcos teórico-conceituais capazes de contribuir para o desenvolvimento de competências colaborativas. Esses marcos de competências são grandes contribuições no sentido de garantir a intencionalidade na formação do perfil profissional mais apto ao efetivo trabalho em equipe (THISTLETHWAITE et al., 2014).

A Figura 2 traz uma síntese desses marcos de competências para que se tenha um panorama geral

dos aspectos considerados relevantes para o fortalecimento das relações interprofissionais com vistas à colaboração na produção dos serviços de saúde.

A matriz do Reino Unido – a primeira sistematização de competências colaborativas – naquele momento histórico usava a terminologia “capacidades” para se referir ao escopo de conhecimento, habilidades e atitudes com foco no desenvolvimento de competências para o efetivo trabalho em equipe. As demais matrizes adotaram o termo “competências”, a partir da definição exposta anteriormente.

Todas as matrizes são importantes e buscaram elaborar uma matriz coerente com as demandas do processo de formação e do sistema de saúde. No entanto, para fins de exemplificar esta discussão, na Figura 3 estão apresentadas a descrição do domínio de competências (conhecimentos, habilidade, atitudes e valores) da matriz canadense como forma de fornecer subsídios para a inserção desses pontos das estratégias de formação dos profissionais de saúde (PANTEL, 2011).

O escopo de competências específicas, comuns e colaborativas fundamenta a escolha de conteú-

<p>The Interprofessional Capability Framework - Reino Unido</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento a partir da prática. • Prática ética. • Trabalho interprofissional. • Reflexão (aprendizagem). 	<p>2004</p>
<p>National Interprofessional Competency Framework - Canadá</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação interprofissional. • Atenção centrada no paciente. • Clareza de papéis. • Funcionamento da equipe. • Liderança colaborativa. • Resolução de conflitos interprofissionais. 	<p>2010</p>
<p>Curtin University's Interprofessional Capability Framework - Austrália</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação. • Função da equipe. • Clareza de papéis. • Resolução de conflitos. • Reflexão. 	<p>2011</p>
<p>Core Competencies for Interprofessional Collaborative Practice - Estados Unidos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valor e ética profissionais. • Funções e responsabilidades. • Comunicação interprofissional. • Trabalho em equipe. 	<p>2011</p>

Figura 2 - Matrizes de competências interprofissionais.
Fonte: adaptada de Thistlethwaite et al. (2014).



Figura 3 - Descrição do domínio de competências.

Fonte: traduzida e adaptada de Canadian Interprofessional Health Collaborative (2010).

dos, cenários de aprendizagem, metodologias de ensino e avaliação da aprendizagem e de processo. Algumas experiências organizam seus processos formativos, assegurando a intencionalidade na formação de profissionais de saúde mais aptos à colaboração por meio da inserção das competências colaborativas como um dos objetivos educacionais.

O Centro de Ciências da Saúde e Educação Interprofissional, da Escola de Medicina do Norte de Ontário, com esse objetivo, estabeleceu três níveis de aprendizagem em iniciativas de EIP: exposição, imersão e avançado. Para cada um dos níveis de aprendizagem, definiu o conjunto de competências colaborativas esperadas como resultados dos produtos formativos (JECKER et al., 2015).

O Quadro 1 traz exemplos de objetivos de aprendizagem para cada domínio de competência. Não se trata de modelos, mas de subsídios teórico-conceituais e metodológicos que podem contribuir para pensar na inserção dessas competências como um dos objetivos no processo de formação em saúde.

A intencionalidade no desenvolvimento de competências colaborativas, sem dúvida, é um desafio para o contexto da formação dos profissionais de saúde. Entretanto, esses exemplos subsidiam o debate para que a colaboração realmente se faça presente na dinâmica da formação e do trabalho em saúde. Certamente, o sistema de saúde sairá mais fortalecido e os usuários terão acesso a serviços mais resolutivos e integrais.

Quadro 1 – Domínios de competências colaborativas e exemplos de objetivos de aprendizagem.

Domínios de competências colaborativas	Objetivos de aprendizagem
Clareza dos papéis	· Desenvolver confiança no escopo da prática no contexto do trabalho interprofissional.
	· Adaptar o papel profissional a diferentes contextos/ambientes do trabalho interprofissional.
	· Acumular e integrar os diferentes papéis profissionais para aumentar a eficiência e melhorar a atenção à saúde.
	· Abordar a atuação da equipe diante da sobreposição das práticas e/ou ausência de profissionais no trabalho em equipe.
	· Defender a representação de papéis profissionais ausentes no trabalho em equipe.
	· Articular as habilidades pessoais com os demais membros da equipe.
	· Defender outras profissões e discutir aspectos relacionados aos estereótipos e hierarquias profissionais.
Comunicação interprofissional	· Valorizar feedback de uma variedade de fontes, incluindo paciente, família e comunidade.
	· Fornecer feedback efetivo sob circunstâncias difíceis ou complexas.
	· Analisar e empregar o uso apropriado da tecnologia no compartilhamento de informações entre os membros da equipe.
	· Pesquisar atos sobre possíveis/reais violações na confidencialidade como forma de assegurar uma prática coerente com políticas e legislações institucionais.
	· Integrar habilidades de comunicação verbal e não verbal com os demais membros da equipe, pacientes e famílias em situações difíceis ou complexas.
Resolução de conflitos interprofissionais	· Analisar, minimizar e resolver conflitos de forma apropriada em situações difíceis ou complexas.
	· Utilizar ferramentas reflexivas para demonstrar a autoconsciência e a autorregulamentação de sua atuação profissional.
Funcionamento da equipe	· Integrar de forma dinâmica os comportamentos dos diferentes profissionais para apoiar a atuação da equipe.
	· Atuar nos casos em que há falta de respeito ou confiança na equipe ou exclusão de algum de seus membros.
	· Demonstrar abertura para novas ideias em discussões e tomada de decisão.
	· Contribuir para as mudanças necessárias para melhorar os resultados da equipe.
	· Utilizar ferramentas reflexivas para fortalecer os processos do trabalho em equipe.

Fonte: traduzida e adaptada de Jecker et al. (2015).

Quadro 1 - Continuação...

Domínios de competências colaborativas	Objetivos de aprendizagem
Atenção centrada no paciente/família/comunidade	· Apoiar e defender o envolvimento do paciente como membro da equipe no trabalho interprofissional.
	· Defender a mudança nos modelos de atenção à saúde ao paciente no contexto da instituição de saúde, quando necessário.
	· Garantir e defender a centralidade do paciente no trabalho interprofissional e nos serviços de saúde.
Liderança colaborativa	· Integrar feedback às práticas profissionais e da equipe.
	· Estimular a participação do paciente/família/comunidade em contextos de barreiras institucionais para acessar ou usar informações em saúde.
	· Defender mudanças organizacionais para reduzir as barreiras à colaboração.
	· Defender novas tecnologias e estratégias para superar as barreiras à colaboração.
	· Atuar com base na reflexão para melhoria de processos de trabalho e organização dos sistemas de saúde.

Fonte: traduzida e adaptada de Jecker et al. (2015).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A oferta de serviços de saúde de qualidade, resolutivos e seguros exige valorização e fortalecimento da colaboração na dinâmica do trabalho em saúde. Trata-se de uma mudança paradigmática em que a lógica da produção dos serviços de saúde transita de um modelo centrado no profissional para outro centrado nas necessidades complexas e dinâmicas das pessoas. Embora esse seja o caminho óbvio, a realidade evidencia que há limitações na superação de um modelo que tende a fragmentar as práticas em saúde, situando o usuário no papel de receptor de atos e serviços de saúde.

Reconhecer a relevância da colaboração como pressuposto para o fortalecimento das práticas colaborativas certamente é um avanço para a reorientação das práticas e do processo de formação em saúde. Entretanto, é imprescindível que se tenha clareza das enormes tensões que ainda se colocam como barreiras para as práticas interprofissionais e colaborativas. A cultura das profissões em atuar isoladamente, o contexto marcado pela competição como mote das relações na sociedade globalizada, as normativas institucionais que legitimam a fragmentação dos atos em saúde e a rigidez curricular

no interior das instituições formadoras são alguns dos desafios que estão postos, evidenciando que esse debate requer ampliação e aprofundamento para que mudanças futuras possam ser sentidas na melhoria dos resultados e dos sistemas de saúde.

No contexto brasileiro, o movimento de valorização da colaboração interprofissional precisa reconhecer a trajetória de lutas e acúmulos históricos em torno da consolidação e fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Compreender as muitas interlocuções dessa discussão com os princípios e diretrizes do SUS assegura um debate em defesa de um sistema de saúde forte, resolutivo e comprometido com a superação das muitas desigualdades que se expressam no acesso aos serviços de saúde.

É oportuno afirmar, portanto, que o debate da colaboração interprofissional se junta a outros avanços na resistência aos muitos ataques que historicamente se realizam ao SUS. Defender as relações horizontais entre os diferentes profissionais de saúde, o protagonismo e a centralidade dos usuários na produção dos serviços de saúde mais integrais e resolutivos e um SUS forte é princípio humanitário que retoma a defesa da vida como principal bandeira de luta e sentido da produção dos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

- BAKER, L. et al. Relationships of power: implications for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 25, n. 2, p. 98-104, 2011.
- BARR, H., and the Competent to collaborate. Towards a competency-based model for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 12, n. 2, p. 181-187, 1998.
- BARR, H. Toward a theoretical framework for interprofessional education. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 27, n. 1, p. 4-9, 2013.
- BARR, H. **Interprofessional Education: the genesis of a global movement**. United Kingdom: Center For The Advancement of Inteprofessional Care, 2015.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative - CIHC. **A national interprofessional competence framework**. Vancouver: CIHC, 2010.
- COSTA, M. V. **A educação interprofissional como abordagem para a reorientação da formação profissional em saúde**. Natal, RN: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2014.
- COSTA, M. V. et al. The interprofessional education in Brazilian context: some reflections. **Interface**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016.
- CRISP, N.; CHEN, L. Global Supply of Health Professionals. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 370, n. 10, p. 950-957, 2014.
- D'AMOUR, D. et al. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, v. 19, p. 116-131, 2005.
- DE OLIVEIRA, M. M.; DE SOUSA CAMPOS, G. W. Apoios matricial e institucional: analisando suas construções. **Ciencia & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 229-238, 2015.
- FAULCONBRIDGE, J. R.; MUZIO, D. Professions in a globalizing world: Towards a transnational sociology of the professions. **International Sociology**, London, v. 27, n. 1, p. 136-152, 2012.
- FELGOISE, S. H. et al. Interprofessional education: Collaboration and learning in action. **The Journal of the American Osteopathic Association**, Chattanooga, v. 119, n. 9, p. 612-619, 2019.
- FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, London, v. 376, n. 9756, p. 1923-1958, 2010.
- FREYTAG, J. et al. Improving patient safety through better teamwork: how effective are different methods of simulation debriefing? Protocol for a pragmatic, prospective and randomised study. **BMJ Open**, v. 7, n. 6, p. e015977, 2017.
- HOOKER, R. S. et al. Emergency medicine services: interprofessional care trends. **Journal of Interprofessional Care**, London, v. 22, n. 2, p. 167-178, 2008.
- JECKER, J. et al. **Interprofessional learning guide**. Ontário: Northern Ontario School of Medicine, 2015.
- KÄMMER, J. E. et al. The potential of collective intelligence in emergency medicine: pooling medical students' independent decisions improves diagnostic performance. **Medical Decision Making**, Cambridge, v. 37, n. 6, p. 715-724, 2017.
- LANGLOIS, S. et al. The COVID-19 crisis silver lining: Interprofessional education to guide future innovation. **Journal of Interprofessional Care**, Oxfordshire, v. 34, n. 5, p. 587-592, 2020.
- OANDASAN, I.; REEVES, S. Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. **Journal of Interprofessional Care**, Oxfordshire, v. 19, p. 39-48, 2005.
- PANEL, I. E. C. E. **Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel**. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative, 2011.
- PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.
- PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, Supl. 1, 1-20, 2020.
- PIPPITT, K. et al. Collaboration versus competition: An interprofessional education experience. **Family Medicine**, Kansas City, v. 47, n. 4, p. 298-301, 2015.
- REEVES, S. et al. A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. **Journal of Interprofessional Care**, Oxfordshire, v. 25, n. 3, p. 167-174, 2011.
- REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 20, p. 185-197, 2016.
- REEVES, S. et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. **Medical Teacher**, London, v. 38, n. 7, p. 656-668, 2016.
- REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. **Journal of Interprofessional Care**, London, v. 32, n. 1, p. 1-3, 2018.
- THISTLETHWAITE, J. E. et al. Competencies and frameworks in interprofessional education: a comparative analysis. **Academic Medicine**, Philadelphia, v. 89, n. 6, p. 869-875, 2014.

WILBUR, L. Interprofessional education and collaboration: a call to action for emergency medicine. **Academic Emergency Medicine**, Philadelphia, v. 21, n. 7, p. 833-834, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Framework for action on interprofessional education & collaborative**

practice. Geneva: WHO, Department of Human Resources for Health, 2010.

XYRICHIS, A. Interprofessional science: an international field of study reaching maturity. **Journal of Interprofessional Care**, Abingdon, Oxfordshire, v. 34, n. 1, p. 1-3, 2020.