

www.paho.org/enfermeria



www.facebook.com/enfamericas



www.twitter.com/enfamericas



www.instagram.com/opspaho/



www.youtube.com/user/pahopin



PAHO/WHO

Educação interprofissional na atenção à saúde:

Melhorar a capacidade dos recursos humanos
para alcançar a saúde universal

*Relatório da reunião
7 a 9 de dezembro de 2016
Bogotá, Colômbia*

Educação interprofissional na atenção à saúde:

**melhorar a capacidade dos recursos humanos
para alcançar a saúde universal**

Relatório da reunião
7 a 9 de dezembro de 2016
Bogotá, Colômbia



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



**Organização
Mundial da Saúde**
ESCRITÓRIO REGIONAL PARA AS **Américas**

Educação interprofissional na atenção à saúde: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Relatório da reunião. Bogotá, Colômbia. 7 a 9 de dezembro de 2016.
Número do documento: OPAS/HSS/17-024

© Organização Pan-Americana da Saúde, 2017

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) estão disponíveis em seu website em (www.paho.org). As solicitações de autorização para reproduzir ou traduzir, integralmente ou em parte, alguma de suas publicações, deverão se dirigir ao Programa de Publicações através de seu website (www.paho.org/permissions).

Citação sugerida: Organização Pan-Americana da Saúde. Educação interprofissional na atenção à saúde:: melhorar a capacidade dos recursos humanos para alcançar a saúde universal. Relatório da reunião. Bogotá, Colômbia. 7 a 9 de dezembro de 2016. Washington, D.C.: OPAS; 2017

Dados da catalogação na fonte (CIP): Os dados da CIP estão disponíveis em <http://iris.paho.org>.

As publicações da Organização Pan-Americana da Saúde contam com a proteção de direitos autorais segundo os dispositivos do Protocolo 2 da Convenção Universal de Direitos Autorais.

As designações empregadas e a apresentação do material na presente publicação não implicam a expressão de uma opinião por parte da Organização Pan-Americana da Saúde no que se refere à situação de um país, território, cidade ou área ou de suas autoridades ou no que se refere à delimitação de seus limites ou fronteiras.

A menção de companhias específicas ou dos produtos de determinados fabricantes não significa que sejam apoiados ou recomendados pela Organização Pan-Americana da Saúde em detrimento de outros de natureza semelhante que não tenham sido mencionados. Salvo erros e omissões, o nome dos produtos patenteados é distinguido pela inicial maiúscula.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela Organização Pan-Americana da Saúde para confirmar as informações contidas na presente publicação. No entanto, o material publicado é distribuído sem garantias de qualquer tipo, sejam elas explícitas ou implícitas. A responsabilidade pela interpretação e uso do material cabe ao leitor. Em nenhuma hipótese a Organização Pan-Americana da Saúde deverá ser responsabilizada por danos resultantes do uso do referido material.



Conteúdo

Agradecimentos	v
Resumo executivo	1
Introdução	3
Dia 1: Atividades	9
Sessão de abertura.....	9
Introdução	10
Justificativa para a adoção da Educação Interprofissional	11
Estrutura para a educação e a colaboração interprofissional nos âmbitos nacional, regional e mundial	13
Fundamentos para a Educação Interprofissional: Atributos individuais e institucionais, recursos e compromissos que apoiam a equipe da ciência	15
Desenvolvimento do corpo docente interprofissional.....	16
Como elaborar e implementar um currículo de educação interprofissional	18
Como transformar e aumentar a educação e a qualificação dos profissionais da saúde.....	20
Dia 2: Atividades	25
Argentina: Educação interprofissional e prática colaborativa	25
Espanha: Saúde pública e educação interprofissional	28
Chile: Educação interprofissional na formação em ciências da saúde	31
Brasil: Iniciativas de educação interprofissional.....	34
Reino Unido: Centro para o avanço da educação interprofissional (CAIPE).....	37
Canadá: Consórcio Pan-Canadense pelo Interprofissionalismo na Saúde (CIHC)	39
Regulamentação Profissional na área da saúde e implicações para Prática Colaborativa	41
Gerenciamento e equipes interprofissionais de saúde	44
Discussões.....	46
Estado atual da educação em saúde e o papel da educação interprofissional	46
Implementação de currículos de educação interprofissional e desenvolvimento docente	48
Educação interprofissional e prática colaborativa do ponto de vista de diversas perspectivas internacionais	51
Grupos de trabalho e discussões	54
Próximos passos e recomendações	54
Conclusões da reunião	55
Dia 3: Tendências e desafios na educação das ciências da saúde	59
Tendências e desafios na formação em ciências da saúde: A função do PALTEX.....	59
Tecnologia na educação e respostas inovadoras às necessidades dos recursos humanos da saúde - 1	60
Tecnologia na educação e respostas inovadoras às necessidades dos recursos humanos da saúde - 2	62
Educação transformadora: tecnologia no desenvolvimento do autoaprendizado e no desenvolvimento docente - 1	63
Educação transformadora: Tecnologia no desenvolvimento do autoaprendizado e desenvolvimento docente - 2	64
Discussões do grupo de trabalho.....	65
Anexo	67
Agenda.....	69
Lista dos participantes	77
Referências	89





Agradecimentos

Estendemos o nosso profundo agradecimento à Escola de Enfermagem da Universidade de Washington e ao Centro de Pesquisa e Prática de Educação Interprofissional em Ciências da Saúde (CHSIERP) - por seus conselhos e orientação na organização desta reunião, e ao Ministério da Saúde do Brasil, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES / MS), pelo financiamento da produção deste relatório.

Estamos muito gratos às seguintes pessoas que participaram da coordenação e desenvolvimento deste documento: Silvia Cassiani, Sabrina Mikael, Rossana Frías de Yaksic e José Rodrigues Freire Filho.



Resumo executivo

A finalidade da reunião de três dias foi convocar representantes dos ministérios da saúde, ministérios da educação, associações profissionais e instituições acadêmicas dos países da América Latina e Caribe para oferecer aportes e estimular discussões com respeito às bases metodológicas, estrutura e fundamentos para a educação interprofissional (EIP), bem como para compreender as experiências dos diferentes países com a EIP e com as práticas colaborativas.

A combinação de diferentes instituições, relacionadas à formação de profissionais de saúde, permitiu aos participantes abordar as principais questões relativas à EIP, como:

1. Estado atual da educação em saúde e a função da EIP na transformação e no avanço da educação e da qualificação dos profissionais da saúde;
2. Significado, estratégias e abordagens da EIP no contexto institucional;
3. Oportunidades, desafios, barreiras e os fatores facilitadores para desenvolver e implementar os currículos de EIP;
4. Oportunidades e desafios para o desenvolvimento docente interprofissional no contexto institucional;
5. Abordagem da EIP e da prática colaborativa do ponto de vista de várias perspectivas internacionais;
6. Modelos de gestão de equipes interprofissionais de saúde e lições aprendidas com a implementação desses;
7. Impacto da regulamentação das profissões de saúde no contexto da prática colaborativa;
8. Desenvolvimento e a implementação da EIP na América Latina e no Caribe;
9. Possíveis parcerias entre os países para implementar e desenvolver a EIP; e
10. A viabilidade e o impacto da EIP na educação, nas práticas e nas oportunidades de desenvolver a força de trabalho em saúde do futuro.

Durante a reunião, cada país participante descreveu seus objetivos; a possibilidade de estabelecer cronogramas de 30, 60 e 90 dias para a implementação da EIP; e os recursos necessários para alcançar seus objetivos. Além disso, foram identificadas estratégias para desenvolver parcerias com outros líderes da EIP na América Latina.

Os participantes propuseram a criação de uma rede regional de educação interprofissional e objetivos a serem acompanhados junto aos países.



Introdução

A Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) presta apoio aos países da Região das Américas para melhorar os resultados de saúde por meio do fortalecimento dos sistemas de saúde. A Unidade de Recursos Humanos de Saúde (HSS/RH) promove e contribui para o esforço de toda a Organização visando fortalecer capacidades da força de trabalho para alcançar o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde nos países da Região.

Enfoques inovadores são necessários para elaborar programas e políticas que reforcem a força de trabalho mundial do setor da saúde. A colaboração interprofissional é uma estratégia inovadora que promete minimizar a crise mundial da força de trabalho em saúde. A prática colaborativa na atenção à saúde ocorre quando os profissionais com diferentes formações prestam serviços integrais e de alta qualidade ao atuarem com pacientes, suas famílias e comunidades nos diferentes meios de assistência de saúde.

As equipes interprofissionais de atenção à saúde otimizam as habilidades junto aos membros por prestarem serviços de saúde holísticos, centrados no paciente e de alta qualidade. Nesse sentido, a educação interprofissional (EIP) é necessária para preparar a força de trabalho em saúde para envolvê-la em iniciativas de colaboração e responder às necessidades locais de saúde em um ambiente dinâmico. Portanto, a EIP é uma estratégia importante que melhora a capacidades dos recursos humanos da saúde e os resultados, e, em última instância, fortalece os sistemas de saúde.

A OPAS/OMS elaborou uma estratégia regional de recursos humanos da saúde com base na estrutura da Estratégia Global de Recursos Humanos para a Saúde: Força de Trabalho 2030 (1). Segundo a OMS, a adoção generalizada da EIP se faz urgente, e recomenda que instituições educacionais adaptem suas estruturas organizacionais e modalidades de ensino para promover a EIP e a prática colaborativa.

A finalidade desta reunião de três dias foi reunir representantes dos ministérios da saúde, da educação, associações profissionais e instituições acadêmicas dos países da América Latina e Caribe (ALC) para:

1. Oferecer aportes e estimular discussões relativas às bases metodológicas, estruturais e fundamentações da EIP;
2. Compreender as experiências dos diferentes países com a EIP e a prática colaborativa;
3. Identificar os desafios e as barreiras enfrentadas pela EIP e conhecer quais são os aspectos facilitadores existentes nos níveis de educação, prática e políticas; e
4. Instituir um grupo técnico com os participantes interessados, identificados no evento, que serão responsáveis pela implementação das atividades propostas para ampliara EIP na ALC.

Este evento reuniu um grupo de especialistas em educação na saúde, referências de nível superior e gestores de instituições educacionais, formuladores de políticas, de governo e especialistas em sistemas de saúde, em saúde internacional e em saúde e educação. A combinação de diferentes instituições na área de formação profissional permitiu aos participantes discutirem principais questões relativas à EIP, como:

1. o estado atual da educação na saúde e a função da EIP na transformação e no avanço da educação e da qualificação dos profissionais da saúde;
2. o significado, as estratégias e as abordagens à EPI no contexto institucional;
3. as oportunidades, os desafios, as barreiras e os fatores facilitadores para desenvolver e implementar os currículos de EIP;
4. as oportunidades e os desafios para o desenvolvimento docente para a interprofissionalidade no contexto institucional;
5. abordagens da EIP e das práticas colaborativas em diversas perspectivas internacionais;



6. modelos de gestão de equipes interprofissionais de saúde e lições aprendidas com a implementação da EIP;
7. o impacto da regulamentação das profissões da saúde no contexto da prática colaborativa;
8. o desenvolvimento e a implementação da EIP na América Latina e no Caribe;
9. possíveis parcerias entre países para implementar e desenvolver a EIP; e
10. a viabilidade e o impacto da EIP na educação, nas práticas e nas oportunidades de desenvolver a força de trabalho para a atenção à saúde do futuro.

Os resultados da reunião foram positivos, e os participantes expressaram motivações para colaborar e alcançar os objetivos previstos. A finalidade deste relatório é compartilhar as discussões e recomendações realizadas durante a reunião e prestar apoio à implementação de programas e políticas de EIP em andamento na América Latina e no Caribe.



DIA 1: ATIVIDADES





Dia 1: Atividades

A reunião iniciou com palavras de boas-vindas e colocações introdutórias que deram o contexto para as discussões. No primeiro dia, as atividades foram centradas nas bases metodológicas, estruturais e fundamentação da EIP; desenvolvimento do corpo docente interprofissional; o planejamento e a implementação dos currículos de EIP; e a transformação e o avanço da formação e do treinamento dos profissionais da saúde. As apresentações foram seguidas por trabalho em grupo e discussões. A reunião foi mediada por Silvia Cassiani, Assessora Regional em Enfermagem e Técnicos de Saúde, da OPAS/OMS; Sabrina Mikael, consultora internacional de recursos humanos em saúde, da OPAS/OMS; Brenda Zierler, Diretora de Pesquisa e Ensino do Centro de Educação Interprofissional, Pesquisa e Prática nas Ciências da Saúde, da Universidade de Washington; e Mayumi Willgerodt, Professora da Escola de Enfermagem da Universidade de Washington.

Sessão de abertura

Dr. James Fitzgerald, Diretor, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, OPAS/OMS

Dra. Laura Ramirez, Consultora de Sistemas e Serviços de Saúde, OPAS/OMS Colômbia

Dra. Silvia Cassiani, Assessora Regional para Enfermagem e Técnicos da Saúde, OPAS/OMS

O Dr. Fitzgerald saudou os participantes e agradeceu pela participação na conferência. Em seguida, declarou que a reunião foi o resultado de um longo processo que a OPAS/OMS tem desenvolvido nos últimos anos para fornecer soluções rumo à saúde universal nas Américas. Segundo o Dr. Fitzgerald, o movimento rumo à saúde universal na Região das Américas teve início em 2013 com iniciativas para compreender o significado de cobertura universal da saúde.

Essas iniciativas incluíram uma consulta com aproximadamente 1.500 especialistas, profissionais da saúde e profissionais de ministérios da saúde e educação. A consulta concluiu que, na Região das Américas, o conceito da cobertura deve ser enfatizado por meio do direito à saúde e da perspectiva de equidade e solidariedade, que estão fortemente presentes na Região. Embora os países tenham compreendido que a cobertura é importante, seus mecanismos para assegurar o acesso e financiamento de serviços são insuficientes. Portanto, foi acordado que os países das Américas precisariam se concentrar em melhorar o acesso a serviços de saúde equitativos, integrais e de qualidade, conduzindo à adoção da “Estratégia para Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal da Saúde” (2).

Desde a adoção da estratégia, importantes avanços e melhorias foram alcançados em termos de reforma dos sistemas de saúde e acesso equitativo aos serviços de saúde. Porém, uma das principais barreiras a esse movimento progressivo em todos os países é a disponibilidade de recursos humanos capacitados para trabalhar no contexto dos modelos de atenção e das necessidades dos países.



Essa disponibilidade está relacionada à disponibilidade de recursos humanos adequados e qualificados, que estão sendo desenvolvidos para alcançar e prestar saúde universal, inclusive médicos, enfermeiros, farmacêuticos, profissionais da área técnica, técnicos de laboratório e gestores—todos necessários para assegurar que os sistemas de saúde tenham a capacidade de avançar rumo à saúde universal.

Os conceitos de padrões de saúde não são baseados exclusivamente nos serviços; esses conceitos possuem por base toda o conjunto de decisões, pessoas e entidades que configuram os serviços e o bem-estar dos indivíduos. Isso inclui a promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento, bem como o planejamento das redes de serviços centradas nas pessoas e integradas com as comunidades.

A prestação de serviços integrais de saúde exige mais que um médico, uma enfermeira e um farmacêutico. Exige que as equipes de saúde trabalhem juntas para garantir o acesso a serviços de saúde equitativos e de alta qualidade. Portanto, as experiências dos países devem ser discutidas no sentido de apoiar a definição das boas práticas da EIP e o futuro da educação dos profissionais da saúde na Região.

A Dra. Laura Ramírez ressaltou a importância da reunião para contribuir com a criação de sistemas de saúde mais resilientes por meio da EIP, sendo essa uma potente ferramenta que proporcionará às equipes locais de saúde as competências exigidas pelos modelos integrais de atenção em desenvolvimento em vários países da Região. A Dra. Silvia Cassiani saudou os participantes, agradeceu os organizadores e fez um breve resumo do dia.

Introdução

Dra. Azita Emami, Chefe de Departamento, Faculdade de Enfermagem da Universidade de Washington

A Dra. Azita Emami fez um discurso de boas-vindas em que validou a definição de EIP da OMS como uma abordagem de ensino e aprendizado que reúne estudantes de uma ou mais profissões para que aprendam com, para e sobre a outra para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados. A Universidade de Washington exerce liderança sobre o tema da EIP, e com o passar dos anos desenvolveu recursos didáticos valiosos e experiência no assunto. Embora toda organização tenha possivelmente sua própria definição de EIP, todos temos a mesma visão e compromisso geral de melhorar os resultados de saúde; há diversos modelos de atenção à saúde que se destacam em todo o mundo e na América Latina e que podem nos informar sobre boas práticas em EIP.

As enfermeiras exercem protagonismo para a EIP visto que são o centro da atenção ao paciente. Elas avançam em sua educação e qualificação por meio de pesquisas e são líderes na prestação de assistência à saúde. Em 2015, a Universidade de Washington matriculou mais de 600 estudantes de enfermagem nos níveis de graduação e pós-graduação, tendo emitido 60 títulos de doutorado. É considerada uma das principais escolas de enfermagem com intensiva atividade de pesquisa nos Estados Unidos e tem demonstrado um crescente interesse na saúde global. Isso se dá, em parte, pela ênfase na EIP e na colaboração para pesquisa interdisciplinar. Além disso, a liderança da universidade—em particular da reitora Ana Mari Cauce—se comprometeu explicitamente com a saúde da população e a equidade na saúde.

Embora a equidade na saúde seja algo que ainda levará muito tempo para ser alcançada, as evidências indicam que estamos nos movendo na direção certa. A boa prestação de serviços interprofissionais de assistência à saúde na comunidade faz parte dessa história. A EIP melhora a capacidade de os profissionais

trabalharem mais eficazmente juntos como parceiros equitativos, com uma visão compartilhada, respeito mútuo e um sólido compromisso com a assistência de saúde acessível, de baixo custo e de alta qualidade. Ao firmarmos um compromisso com a EIP, podemos conquistar melhores resultados de saúde com custos mais baixos e ter maior impacto sobre bem-estar e a prevenção de doenças. A prática clínica interprofissional, a educação e a pesquisa permitem preparar a próxima geração de equipes de profissionais da saúde.

Justificativa para a adoção da Educação Interprofissional

Dr. Malcolm Cox, Professor Assistente de Medicina, Universidade da Pensilvânia; Co-Presidente, Fórum Mundial para a Inovação na Educação das Profissões da Saúde, das Academias Nacionais de Ciências, Engenharia e Medicina dos Estados Unidos

Objetivo 1: Definir e descrever a EIP e sua relação com a atenção colaborativa com base no trabalho em equipe

Objetivo 2: Examinar as evidências relativas à eficácia da EIP na melhorados resultados de saúde, dos pacientes e da população

A apresentação do Dr. Cox se concentrou na identificação e descrição dos principais elementos teóricos e práticos da EIP. Ele iniciou a discussão abordando a importância de ter uma visão ao se pensar na transformação da atenção, das mudanças institucionais e dos ministérios da educação. Sem uma visão correta, não é possível atingir um objetivo. A visão está relacionada ao bem-estar dos indivíduos, das comunidades e das populações, podendo ser medida no contexto do Objetivo Triplo: resultados de saúde, a experiência vivenciada por meio da atenção e custo do capital. Atualmente, falamos de um Objetivo Quádruplo, que adiciona as experiências da prestação profissional de assistência à saúde.

Figura 1 - Objetivo Triplo



Objetivo Triplo: Adaptado do material do Dr. Donald Berwick e colegas

Visão e estratégia são importantes para atingir o Objetivo Quádruplo. Isso significa alinhar a educação às necessidades dos indivíduos e da população, inclusive às estruturas respectivas, transformando a prática clínica—não só a futura como também a atual—e aperfeiçoando os ambientes de aprendizado nos ambientes clínicos. Para isto, é necessário um novo sentido de profissionalismo, de continuidade de relações significativas e de colaboração profissional.

Os requisitos da EIP são:

1. **Cultura e liderança:** Significa trabalho da liderança em promover a colaboração e abordar as incertezas.
2. **Modalidades e domínios do aprendizado:** O enfoque tradicional é pensar e gerar novas ações: adquirir conhecimentos, reuni-los e, em seguida, colocar em prática. Porém, uma outra maneira de aprender, que é mais importante, é “agir de maneira a criar novos pensamentos”, na qual a pessoa age e aprende conforme faz. Isso é fundamental, visto que o ambiente a ser construído é o local de trabalho, e não exclusivamente a sala de aula. As pessoas com diferentes áreas de de formação devem aprender umas com as outras e trabalhar juntas. Além disso, o aprendizado no local de trabalho deve ser distributivo; o líder da equipe deve ser determinado pelo problema a ser enfrentado, não pela hierarquia. Os domínios de aprendizagem—instrução formal, aprendizagem no local de trabalho e a prática reflexiva—agregam complexidade. Esses domínios precisam ser reunidos para atingir o objetivo.



3. **Alinhamento do sistema:** É necessário um envolvimento proposital e integral entre a educação e os sistemas de prestação de atenção à saúde para avaliar o impacto das intervenções de EIP
4. **Modelos conceituais:** São necessários modelos conceituais integrais e com base em sistemas que forneçam uma taxonomia consistente e uma estrutura para fortalecer a base de evidências que conecta a EIP tanto ao aprendizado como aos resultados de saúde. As evidências relacionadas com os resultados de aprendizado devem ir além das atitudes e satisfação, focando sobre a mudança e os resultados de saúde/dos sistemas. O Modelo Contínuo de Aprendizado Interprofissional, elaborado pelo Instituto de Medicina (IDM), incorpora todo o processo contínuo de aprendizagem (3).
5. **Relação custo-benefício:** Os dados existentes sustentam resultados positivos de aprendizagem e enfatizam os resultados a curto prazo. A bibliografia existente possui deficiências—mais especificamente, pontos frágeis significativos em termos de metodologia e evidências limitadas para resultados de nível mais alto, como aqueles que incluem comportamentos, benefícios à população e sistemas. É necessário concentrar no aumento das evidências e pesquisas nessas áreas.

Estrutura para educação e colaboração interprofissional nos âmbitos nacional, regional e mundial

Dr. John Gilbert, Professor Emérito, Universidade da Colúmbia Britânica; Professor Adjunto, Universidade Dalhousie; Presidente Fundador, Colaboração Canadense para a Saúde Interprofissional

Objetivo 1: Discutir de que forma o EIP pode ser formulada para produzir uma força de trabalho mundial de saúde preparada para a prática colaborativa e para enfrentar barreiras relacionadas a políticas que afetam a EIP

Objetivo 2: Descrever a Estrutura da OMS para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, fornecendo exemplos de sua implementação e discutir como as barreiras relacionadas às políticas podem afetar a EIP

O Dr. Gilbert organizou sua palestra em oito estruturas para o êxito da EIP e da prática colaborativa interprofissional (PCIP). Há um conjunto de princípios comuns que devem ser aplicados para que a prática colaborativa seja exitosa, em torno dos quais devemos fortalecer a EIP para a prática colaborativa centrada no paciente. Os princípios são:

1. Planos de trabalho claros com metas quantificáveis.
2. Plano de avaliação: deve haver uma noção clara de como medir os resultados de modo eficaz para justificar o trabalho. Além disso, é necessário avaliar a relação custo-benefício das iniciativas colaborativas.
3. Financiamento equitativo e responsável: o financiamento deve ser equitativo entre as profissões. Caso contrário, o nível de participação por profissão será variável, que poderá repercutir severamente na capacidade das profissões trabalharem juntas.
4. Compromisso explícito com a colaboração de todas as partes.
5. Espaço físico e apoio administrativo à EIP.

O conjunto de estratégias para o sucesso é:

1. Criar uma estratégia para a força de trabalho em saúde nos níveis de governo, institucional e de organização por meio da promoção da EIP.
2. Buscar parcerias inovadoras.
3. Gerar novos conhecimentos, intercâmbios e aplicações de EIP por meio de todos os setores e disseminar esses elementos através de diferentes mecanismos.
4. Compartilhar a responsabilidade pela EIP por meio dos profissionais e organismos.

Além disso, no nível institucional, há elementos de trabalho culturais e ambientais, bem como mecanismos de apoio institucional que são fundamentais para implementar os projetos de prática colaborativa. Os elementos culturais de trabalho incluem estratégias eficazes de comunicação, de resolução de conflitos e de compartilhamento da tomada de decisão, enquanto que os exemplos dos elementos ambientais são espaços físicos e edifícios. Modelos de governança, protocolos estruturados, recursos operacionais compartilhados, políticas de RH e práticas de apoio na área de gestão são mecanismos de apoio institucional importantes para o sucesso a longo prazo.

Os procedimentos identificados que ajudam a atingir os objetivos de EIP estão facilitando conexões entre os interessados diretos e fomentando relações, centrando o trabalho com grupos apropriados e relevantes, estabelecendo redes para apoiar pesquisas em diferentes locais e utilizando as estruturas, em particular as estruturas de competência, para orientar as estruturas de prática colaborativa. Também se estimula a criação de redes sociais ativas, alinhadas à forma como os estudantes de hoje se comunicam, e o apoio às organizações lideradas por estudantes.

A prática interprofissional e a política devem também incluir parceiros na prática. É importante que a prática comunitária seja engajada, estimulada e premiada pelo exercício da prática colaborativa. Uma ampla gama de atividades interprofissionais deve ser priorizada para apoiar a diversidade de interesses. Um plano de ação claro para a prática colaborativa deve ser realizada para assegurar a sustentabilidade a longo prazo, e as “bases” para os programas colaborativos devem ser selecionadas, como locais que sejam modelos de prática colaborativas.

Para atingir esses objetivos, deve-se adotar e desenvolver um consenso em torno de uma definição global de EIP, um conjunto de princípios comuns e um conjunto central de competências básicas para sustentar um modelo compartilhado de prática colaborativa. Além disso, um forte programa de pesquisas deve ser fomentado, e a EIP e a prática colaborativa devem ser incorporadas aos programas de certificação. Questões curriculares (conteúdo de programas, frequência, métodos de aprendizagem) e relacionadas aos educadores (desenvolvimento do corpo docente, líderes) também devem ser abordadas para que a EIP seja implementada de maneira exitosa.

O Dr. Gilbert encerrou sua palestra afirmando que, de agora em diante, os governos devem reconhecer a importância e apoiar a implementação das políticas significativas de EIP; a implantação de propostas de EIP e os projetos devem ocorrer no local de trabalho; as iniciativas de melhoria da qualidade que se concentrem em aprimorar a EIP e a prática colaborativa devem ser apoiadas; e, estudantes e profissionais devem compartilhar a EIP e atuar como mentores entre si no que se refere à EIP e à prática colaborativa interprofissional. Além

disso, o desenvolvimento de liderança interprofissional, a comunicação interprofissional, a segurança dos pacientes e a prestação de serviços de saúde devem continuar a ser apoiados.

Fundamentos para a Educação Interprofissional: Atributos individuais e institucionais, recursos e compromissos que apoiam a equipe da ciência

Dra. Mayumi Willgerodt, Professora, Departamento de Enfermagem Familiar e Infantil, Faculdade de Enfermagem, Universidade de Washington

Objetivo 1: Discutir os recursos institucionais e as estratégias necessárias para sustentar a implementação, o desenvolvimento e a avaliação da EIP

Objetivo 2: Identificar barreiras individuais, institucionais e de políticas que precisam ser superadas para manter a EIP

Durante a sua exposição, a Dra. Willgerodt identificou os recursos institucionais concretos e as estratégias para o êxito da EIP, bem como os facilitadores e as barreiras, conforme as experiências da Universidade de Washington. Uma EIP de sucesso começa com uma visão comum e o compromisso bem como o reconhecimento dos principais interessados diretos. As características institucionais (e os recursos concomitantes) necessárias para o êxito da EIP incluem:

- compromisso claro por parte da liderança;
- um órgão centralizador que organize e coordene, ou uma sede administrativa para a EIP;



- apoio para o desenvolvimento do corpo docente;
- reconhecimento da carga de trabalho associada à EIP; e
- flexibilidade organizacional.

No nível individual, o corpo docente deverá ter uma clara compreensão do que a EIP é e não é, estar comprometido com promover e defender a EIP, ser autêntico no apoio das iniciativas da EIP e conectar a EIP à prática de maneira significativa, além de ser flexível e estar disposto a trabalhar entre as diferentes profissões de maneira equitativa.

Estratégias para superar barreiras comuns encontradas pela EIP incluem:

- alinhar os currículos às competências da EIP;
- usar tecnologias, particularmente para as profissões que não atuam no mesmo local;
- integrar a EIP no currículo existente em vez de elaborar novos currículos; e
- apoiar as iniciativas colaborativas interprofissionais lideradas por estudantes e outros.

Para que sejam bem-sucedidos e sustentáveis, os esforços relativos à EIP devem ocorrer inicialmente dentro do clima e da cultura da instituição ao mesmo tempo em que provoca mudanças lentamente. Os objetivos da EIP devem ser alinhados aos objetivos institucionais, e os líderes devem se engajar tanto líderes formais como informais ao defender a EIP. A Dra. Willgerodt ressaltou a importância de incorporar métodos rigorosos de avaliação para demonstrar o valor da EIP ao apoiar a prática colaborativa. Além disso, incentivou os indivíduos que estão desenvolvendo EIP a apresentarem seus sucessos para aumentar a conscientização entre os setores sobre EIP e a prática colaborativa.

Desenvolvimento do corpo docente interprofissional

Dra. Brenda Zierler, Professora, Departamento de Enfermagem Comportamental e Informática na Saúde, Faculdade de Enfermagem da Universidade de Washington; Diretora de Pesquisa e Treinamento, Centro Washington de Ciências da Saúde e Educação, Pesquisa e Prática Interprofissional

Objetivo 1: Discutir e identificar o conjunto de habilidades necessário para ensinar em ambientes de EIP e as barreiras individuais e institucionais que afetam a EIP

Objetivo 2: Discutir as abordagens para preparar o corpo docente das profissões de saúde e clínicos de prática colaborativa para liderar as iniciativas de EIP e promover a atenção interprofissional baseada no trabalho de equipe

A Dra. Zierler apresentou elementos que justificam que o o corpo docente deve ser qualificado para tornar-se facilitador da EIP. Os exemplos citados incluíram o fato de o corpo docente chegar despreparado às atividades de EIP, sem conhecimento do escopo da prática ou de outras profissões (diferentes da própria), e ter uma fraca compreensão conceitual das competências básicas da EIP. Quando o corpo docente se encontra despreparado, sentem falta de momentos de ensino. Além disso, se a única interação com o corpo docente antes de uma atividade de EIP for o treinamento “de última hora” (uma hora antes do evento), o treinamento normalmente se centra na logística da atividade e não no conteúdo ou na finalidade do treinamento.

Os desafios de facilitação identificados foram questões culturais, falta de compreensão a respeito das exigências de aprendizado profissional (fora da própria formação) e saber quando intervir junto aos estudantes para conduzir a aprendizagem interprofissional em vez de permitir que os estudantes dirijam seu próprio aprendizado. Facilitar equipes interprofissionais de estudantes é diferente de facilitar equipes “uniprofissionais”, sendo necessário que o treinamento seja centrado nesse objetivo.

As habilidades necessárias relacionadas com a facilitação incluem a capacidade de administrar a tensão e de resolver conflitos na comunicação entre os alunos e professores. Além disso, para que a facilitação seja significativa, os casos usados nas discussões devem ser realistas e relevantes aos estudantes de todos os campos profissionais convidados. O motivo para começar com o desenvolvimento do corpo docente é abordar estereótipos relacionados com funções profissionais, questões demográficas e diferenças culturais que afetam as profissões de saúde. Um exemplo de uma estratégia foi demonstrado usando um jogo chamado *Pictionary*, no qual os membros do grupo desenham os profissionais com base na descrição de onde esses trabalham, a duração de seu programa de formação profissional, e o escopo de sua prática. Desenhar os profissionais das diferentes profissões da saúde ilustra, visualmente, tendencionismos e estereótipos.

Os princípios de elaboração dos programas de desenvolvimento dos professores foram esboçados, e esses incluíram os seguintes itens: integração de iniciativas no trabalho real no qual os professores estão envolvidos, uso da aprendizagem ativa, investir tempo na construção de relacionamentos profissionais, acompanhamento de alguns resultados significativos, alinhamento dos incentivos e celebração do alcance bem sucedido de resultados ao mesmo tempo em que ocorre o aprendizado pelas falhas. As abordagens





utilizadas incluíram oficinas baseadas em casos, troca de informações entre médicos e enfermeiros na frente dos pacientes, exercícios de fortalecimento das equipes, orientação dos colegas e mentoria, aprendizado online, programas transversais de formação profissional e criação de comunidades de prática. A Dra. Zierler chegou à conclusão de que há diversas fases no desenvolvimento dos professores que conduzem à EIP:

- Fase 1: Engajamento dos professores;
- Fase 2: Qualificação dos professores para facilitar o aprendizado interprofissional; e
- Fase 3: Mentoria para liderança em EIP.

Como elaborar e implementar um currículo de educação interprofissional

Dr. Malcolm Cox, Professor Assistente de Medicina, Universidade da Pensilvânia; Co-Presidente, Fórum Mundial para a Inovação na Educação das Profissões da Saúde, Academias Nacionais de Ciências, Engenharia e Medicina dos Estados Unidos

Dra. Brenda Zierler, Professora, Departamento de Enfermagem Comportamental e Informática na Saúde, Faculdade de Enfermagem da Universidade de Washington; Diretora de Pesquisa e Treinamento, Centro Washington de Ciências da Saúde e Educação, Pesquisa e Prática Interprofissional

Objetivo 1: Avaliar um modelo conceitual de EIP que contemple o processo contínuo da educação à prática

Objetivo 2: Discutir uma estrutura conceitual de EIP que descreva os aspectos comuns entre a EIP e a educação básica, de graduação, de pós-graduação e a educação permanente

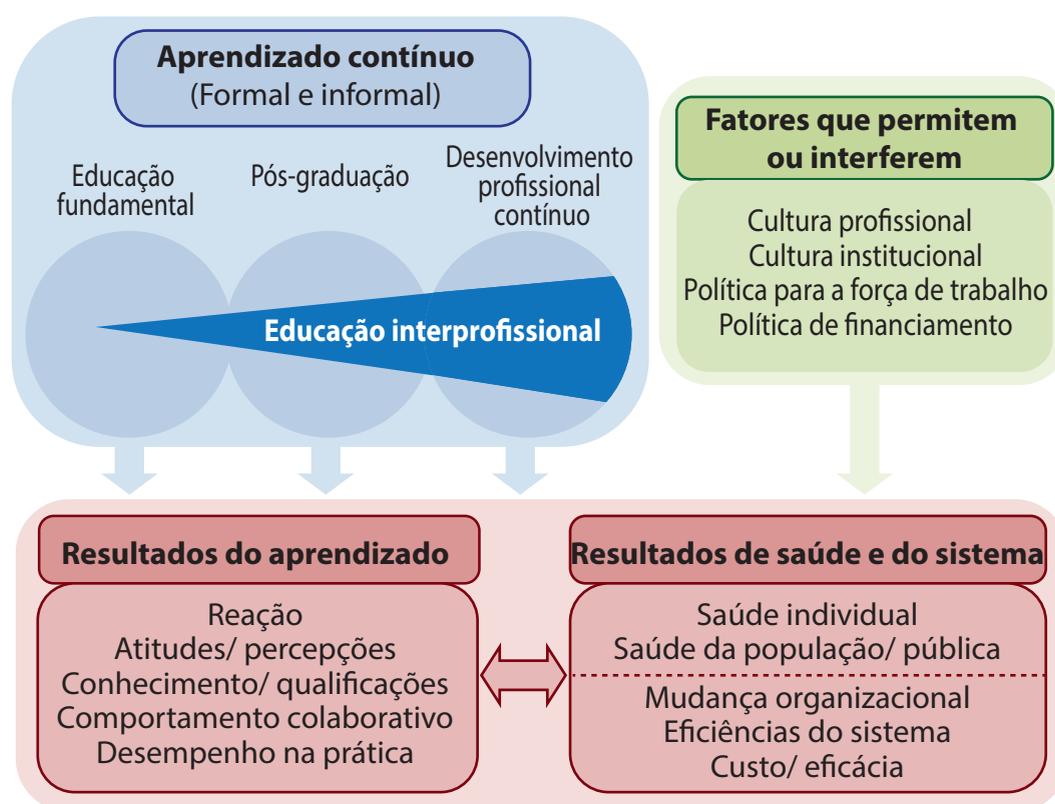
Os participantes foram incentivados a aprenderem uns com os outros e a não “reinventarem a roda”. A EIP existe há mais de 50 anos nos Estados Unidos e em outras localidades, e muito se sabe sobre o que funciona e o que não funciona. Os princípios básicos da EIP sugerem que os currículos para EIP devem ser coordenados pelas profissões envolvidas no treinamento. Além disso, os professores devem ser incentivados a utilizar exclusivamente casos autênticos e relevantes, como casos reais de seu sistema hospitalar que se concentrem em questões de segurança ou de qualidade relacionadas ao trabalho em equipe. As competências da EIP visam a prática colaborativa e não devem ser “EIP só por ser EIP”. O objetivo dessa afirmação foi se certificar de que os participantes abordassem a pergunta real, que está relacionada com a forma como as equipes de assistência à saúde funcionam na prática.

Os três pronomes interrogativos (“quem”, “o que” e “quando”) usados para desenvolver currículos ou eventos de EIP, bem como o “como” e os elementos do mapeamento, são:

- Quem: a equipe de redação de casos inclui professores representativos para que esses se envolvam nas atividades de coordenação;
- O que: Curso de EIP, atividade, módulo ou evento;
- Quando: logística e agendamento, os níveis dos estudantes/sujeitos do aprendizado;
- Como: presencial, on-line, híbrido, colocações conjuntas clínicas ou comunitárias;
- Mapear os domínios de competência da EIP com os objetivos dos resultados.

Para direcionar o desenvolvimento e avaliar os currículos de EIP é necessária uma estrutura. A estrutura apresentada foi o Modelo de Aprendizagem Contínua Interprofissional do Instituto de Medicina (Figura 2). A aprendizagem contínua foi destacada, os possíveis resultados de aprendizagem foram abordados e os fatores facilitadores e de interferência (por exemplo, cultura profissional), bem como os possíveis resultados de saúde e de sistemas relacionados com prática colaborativa foram identificados.

Figura 2 – Modelo de aprendizado contínuo interprofissional



Obs.: Reimpresso com a permissão da Academia Nacional de Ciências, cortesia da Imprensa das Academias Nacionais (3).

A importância de ter uma estrutura conceitual para conduzir o trabalho que necessita ser concluído e avaliado foi repetida e enfatizada. Foram dados alguns exemplos de treinamento em estabelecimentos de prática usando Centros de Excelência na Atenção Primária, que existem em cinco Centros Médicos de Administração de Veteranos de Guerra, situados nos Estados Unidos, para demonstrar a prática colaborativa interprofissional. Os participantes foram incentivados a examinar esse modelo e a se certificar de poderem identificar o nível do aluno, tanto formalmente como informalmente, bem como os resultados de aprendizado, de saúde e de sistemas.

Recursos e vínculos foram fornecidos ao Centro Nacional para a Prática Interprofissional e Educação dos Estados Unidos (<http://nexus.org/>) juntamente com os elementos a serem evitados, como iniquidades na carga de trabalho e no suporte aos professores, isolamento da EIP, uso de casos não autênticos, uso de vocábulos exclusivos ou específicos de uma profissão, questões de propriedade intelectual, bolsas de estudos para a equipe e a necessidade de facilitadores que tenham sido intencionalmente treinados como facilitadores interprofissionais para os professores.

Como transformar e aumentar a educação e a qualificação dos profissionais da saúde

A Dra. Erica Wheeler, Assessora de Recursos Humanos para a Saúde, Coordenadora do Programa Sub-Regional da OPAS, Barbados

Objetivo 1: Discutir brevemente o estado atual da educação em saúde no contexto mundial e as especificidades da Região das Américas

Objetivo 2: Discutir a visão para a educação transformadora e as recomendações para transformar e expandir a educação e a qualificação profissional na saúde

A Dra. Erica Wheeler descreveu o contexto em torno das recomendações da OMS para políticas sobre a educação transformadora no contexto mundial. A convocação para ampliar a educação dos profissionais da saúde teve início em 2006; no entanto, apenas em 2013 foi aprovada uma resolução formal (Resolução 66.23) (4) recomendando a transformação da educação da força de trabalho em saúde para apoiar a cobertura universal de saúde.

Para transformar essa força de trabalho, é preciso considerar o grupo de futuros trabalhadores da saúde atualmente em formação e o conjunto de futuros profissionais de saúde; e, usar a tecnologia para dar sustentação e ativar a força de trabalho de atenção à saúde—ambas medidas que ajudam a fortalecer o sistema de saúde. Educar e expandir a formação e o treinamento dos profissionais da saúde significa aumentar a quantidade, a qualidade e a relevância dos profissionais de saúde para suprir as necessidades de saúde da população e melhorar os resultados de saúde.

As principais questões relacionadas às políticas estão fundamentadas em:

- governança e planejamento;
- financiamento e sustentabilidade;
- educação e instituições de formação;
- planejamento, implementação e avaliação; e
- credenciamento e regulamentação;

Recomendações específicas para a educação transformadora incluem:

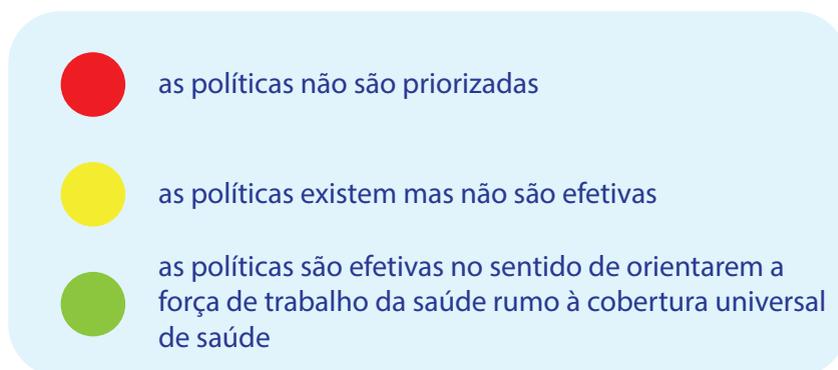
- o desenvolvimento docente (dada a importância desse item, três recomendações relacionadas ao desenvolvimento docente);
- desenvolvimento curricular;
- métodos de simulação;
- ingresso direto dos graduados;
- procedimento de admissão;
- vias educacionais simplificadas e programas verticais (*ladder*);
- educação interprofissional;
- credenciamento; e
- o desenvolvimento profissional contínuo dos profissionais da saúde.

Foi descrito o processo para identificar as principais áreas para consideração na avaliação da educação transformadora. Discussões múltiplas com os principais interessados diretos produziram definições de aspectos para mensuração da análise da educação transformadora. As seis áreas a seguir se situam nos âmbitos de quantidade, qualidade, relevância e sustentabilidade, sendo essenciais para avaliar progresso rumo à educação transformadora.

- currículo e comunidade
- seleção dos alunos
- carreira e retenção
- desenvolvimento do corpo docente
- aprendizado ao longo da vida
- governança e planejamento

A utilização de tecnologia é outro aspecto importante para avaliar e determinar se há acesso suficiente às plataformas de aprendizado. Dentro das seis áreas já esboçadas, foram identificados temas comuns que formam a base para elementos específicos da mensuração. O progresso é mensurado usando as luzes dos sinais de trânsito (vermelho, amarelo, verde). Veja a seguir, um exemplo de indicador no nível de política.

Figura 3 – Indicador do nível das políticas: Um ambiente de políticas nacional e local que priorize e produza um número adequado de quadros de força de trabalho para alcançar a cobertura universal de saúde (limiar da OMS de 2,28 por 1.000 habitantes)



Similarmente, é um exemplo de um indicador no nível de instituições.

Figura 4 – Indicador no nível de instituição:



DIA 2: ATIVIDADES





Dia 2: Atividades

As atividades do segundo dia centraram-se nas experiências dos países com a EIP, a regulamentação da prática dos profissionais de saúde, implicações para prática colaborativa interprofissional e gestão das equipes interprofissionais de saúde. Após as apresentações realizou-se trabalho em grupo e discussões.

Argentina: Educação interprofissional e prática colaborativa

Dra. Larisa Carrera, Chefe de Departamento, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nacional do Litoral

Objetivo 1: Discutir o estado atual e as políticas que apoiam e dificultam a EIP na Argentina

Objetivo 2: Descrever as lições positivas e negativas aprendidas com o estabelecimento da EIP e da prática colaborativa na Argentina

A Dra. Larisa Carrera forneceu experiências práticas de EIP e seus respectivos aspectos positivos e negativos. Ela discutiu a Resolução 1314/07, da Argentina, que enfatiza as normas de credenciamento da carreira médica do Ministério da Educação, segundo as quais a Comissão Nacional para a Avaliação e o Credenciamento de Universidades realiza o processo de credenciamento de carreiras médicas. Destacou a importância dessa resolução e mostrou como essa está relacionada com o desenvolvimento das competências para os médicos atuais e as oportunidades futuras de integrar as competências de EIP à prática.

Desde 2007, as normas de credenciamento para as carreiras médicas visam o desenvolvimento das competências. Dentro das recomendações, a Resolução 1314/07 estabelece o desenvolvimento das atividades práticas nos hospitais e em outros estabelecimentos. Essas práticas são congruentes com o perfil dos médicos que se busca desenvolver na Argentina, orientados à estratégia de atenção primária à saúde, que desde 1999 foi acordado por todas as escolas de medicina por meio de uma resolução anterior.

Entre outras competências, espera-se que os médicos desenvolvam duas dimensões: valorizem as habilidades e competências de outras profissões de saúde e ajam como parte de uma equipe. A intervenção de outros profissionais da saúde também é esperada, visando chegar ao diagnóstico e tratamento adequados por meio de uma abordagem interdisciplinar.

Dentre as recomendações, um dos principais aspectos é o desenvolvimento de práticas pré-profissionais integradas a outros profissionais da saúde. Portanto, as resoluções do país promovem a educação interprofissional, e o processo de credenciamento é uma oportunidade interessante para assegurar que a EIP centrada no trabalho interprofissional em equipe seja implementada.

Em 2015, foi iniciado um processo de elaboração das normas para o credenciamento das carreiras de enfermagem. A enfermagem e a medicina são as duas únicas carreiras profissionais que atualmente estão no processo de credenciamento.

A educação interprofissional requer colaboração entre os setores. Na província de Santa Fé, esse trabalho é realizado dentro de um comitê intersetorial composto do departamento de saúde da província, duas associações profissionais, duas escolas de medicina e as secretarias de saúde de Santa Fé e Rosário, as duas cidades mais importantes segundo número de habitantes. Este comitê intersetorial facilita o desenvolvimento da educação experimental e permite as discussões com respeito aos desafios de abordar a disponibilidade dos recursos humanos para a saúde. O processo de colaboração levou ao desejo de criar espaços onde as pessoas possam compartilhar suas experiências.

O Fórum Argentino das Escolas Públicas de Medicina realiza congressos anuais onde essas discussões agora ocorrem e estão criando oportunidades para o desenvolvimento da EIP. Alguns dos temas discutidos são os perfis dos médicos necessários, segundo as necessidades do país, tipos de treinamento de pós-graduação necessários, tipos de residências médicas que devem ser priorizadas, atividades de extensão da universidade e práticas experimentais, todos os quais podem contribuir para a educação interprofissional e o estabelecimento de equipes colaborativas de saúde.

A demanda por integração e interações entre os estudantes de saúde foi identificada por meio desses espaços para discussão onde os estudantes podem aprender a respeito e a respeitar outras profissões, bem como saber a função de cada uma no enfrentamento dos problemas de saúde. Esta exigência foi o ponto de partida para o desenvolvimento das atividades de educação interprofissional.



Os próximos passos foram identificar as melhores oportunidades dentro do currículo nas quais seria possível desenvolver a EIP e para reconhecer as competências transversais da equipe de assistência de saúde. Cinquenta por cento das escolas públicas de medicina na Argentina incluem abordagens curriculares inovadoras que permitem maior flexibilidade e facilitam a inclusão da EIP.

Em decorrência dessa análise, foi possível identificar temas ou questões que costumavam ser comuns aos estudantes nos cursos de técnico de enfermagem. Os exemplos incluem o conhecimento relacionado aos determinantes sociais da saúde e técnicas para medir sinais vitais, como a pressão arterial e frequência cardíaca. Além disso, em trabalho feito com a cidade vizinha, Rincón, os agentes de saúde e funcionários da cidade desenvolveram práticas e subdividiram os diferentes territórios. Essas práticas projetadas, em conjunto, permitiram aos estudantes participar das sessões de treinamento na escola de enfermagem, a realizar as atividades na comunidade e a refletir sobre a prática.

Aproveitando todos esses espaços nos quais os estudantes trabalharam em conjunto, foram conduzidas pesquisas para compreender as barreiras e os facilitadores encontrados. O desafio mais comum identificado (mencionado por 38,75% de estudantes) envolvia os aspectos organizacionais da EIP. O segundo desafio mais identificado foi dificuldade de trabalhar em equipe (21%). Os pontos fortes identificados foram trabalho em equipe, boa coordenação e disposição das partes de trabalhar juntas (53,45%). Aproximadamente 90% dos estudantes afirmaram que se sentiram bem, desfrutaram das atividades e se sentiram úteis. Os estudantes também afirmaram que aprenderam a trabalhar juntos como uma equipe (41,44%) e puderam observar outras realidades profissionais (36,18%).



A conclusão foi que, apesar das dificuldades, vale a pena provar essas práticas. Embora o trabalho intersetorial requeira uma grande quantidade de tempo e diálogo, além de muitos dias de trabalho, esse trabalho gera experiências interessantes. Processos administrativos e organizacionais frequentemente levam a fracassos na implementação destes tipos de atividades; portanto, é necessário dar atenção a essas questões para que, com o tempo, as experiências possam ser sustentáveis.

Um exemplo dessas atividades foi uma simulação de emergência médica na qual estudantes de graduação e pós-graduação em medicina e enfermagem participaram, juntamente com muitos outros profissionais—técnicos de emergência, bombeiros e policiais—apoiados pelo serviço de emergências da cidade e pela secretaria da segurança. Os estudantes aprenderam sobre a evacuação de vítimas, prestação de serviços de atenção integral pela equipe e sobre o salvamento de vítimas encontradas dentro de automóveis expostos a cabos de alta voltagem. Os bombeiros praticaram evacuação de combustível (a simulação incluiu uma situação de vazamento de combustível), e uma ambulância e outros veículos de resgate também foram usados na simulação.

Esse tipo de simulação é realizada três vezes ao ano, e voluntários também participam como atores. Nenhum fundo especial é designado; todos os componentes da atividade são possíveis devido ao esforço coletivo das partes envolvidas. As atividades são filmadas, e uma sessão de discussões é realizada com os alunos em grupo para refletir sobre o que foi bom e o que poderia ter sido melhor.

Espanha: Saúde pública e educação interprofissional

Juan Jose Buenza, Diretor, Programa de Colaboração e Prática Interprofissional, Faculdade de Ciências Biomédicas e Saúde, Universidade Europeia

Objetivo 1: Discutir a visão e os objetivos para integrar a EIP no setor da saúde pública para abordar os resultados de saúde
Objetivo 2: Descrever os benefícios e os desafios a serem enfrentados pela saúde pública na adoção da EIP

O Dr. Juan Jose Buenza começou descrevendo a situação epidemiológica da Espanha, na qual o número de pacientes idosos admitidos nas instalações de saúde com doenças crônicas não transmissíveis tem aumentado, intensificando a demanda sobre o sistema de saúde. Além disso, os profissionais da saúde estão tornando-se “inforcados”—isso é, intoxicados com informações. Esta situação influenciou a adoção da hiper especialização para assimilar toda a informação atualmente disponível. Porém, a hiper especialização representa um perigo para as populações de idosos diagnosticadas com diversas patologias. Esse alto e restrito nível de especialização leva a vários erros médicos em hospitais e serviços de diversas dimensões na Espanha. Um estudo mostrou que um de cada 10 pacientes internados nos hospitais da Espanha sofre de um erro médico, o que significa que é muito mais perigoso entrar um hospital espanhol do que viajar de avião.

A Espanha historicamente fornece cobertura universal de saúde para toda sua população, inclusive para cidadãos registrados e não registrados. Os tratamentos, os medicamentos e os procedimentos costumavam ser gratuitos até a recessão. Desde 2012, estrangeiros não registrados não recebem mais atenção, e atualmente há a necessidade de pagar 10% do custo dos medicamentos, e, além disso, a alíquota do imposto de renda varia de 40% a 60%. Ademais, a idade de aposentadoria agora é 67 em vez de 65 anos.

A Espanha possui aproximadamente 47 milhões de habitantes e 616.232 profissionais da saúde. As enfermeiras (que somam 250.139) representam a maior parte da mão de obra, e os médicos (213.977) representam a segunda profissão mais comum. Aproximadamente 18% da população na Espanha possui mais de 65 anos de idade, enquanto 45% dos residentes têm entre 25 e 54 anos. Os dados sobre a situação da economia espanhola justificaram o possível impacto da EIP em uma sociedade que precisa de acesso seguro à atenção e por um preço acessível.

Um estudo sobre o impacto econômico da EIP, realizado na Espanha e publicado em 2014 (5), concluiu que não havia evidências suficientes para apoiar a suposição de que a EIP reduz rapidamente os custos, apesar de se acreditar ser benéfica a longo prazo (5). O atual sistema de saúde está mudando, e conseqüentemente, os profissionais que trabalham nesses estabelecimentos também precisam mudar. Na Espanha, a EIP é vista como uma prioridade pelo fato de o sistema de saúde estar sendo reformado e os profissionais não receberem apoio suficiente para se adaptarem a essa nova situação.

Tradicionalmente, e principalmente nos hospitais de grande porte, a estrutura costumava ser muito hierárquica. Os médicos eram a cabeça do serviço, os que davam ordens, e eles estavam muito felizes de trabalhar como parte de uma equipe desde que suas ordens fossem obedecidas. Porém, em função da necessidade de mudar o sistema, o trabalho é atualmente organizado como uma matriz, principalmente nos níveis primário e de assistência domiciliar, no qual o médico não é o único a visitar o paciente. Atualmente, enfermeiros e psicólogos participam das visitas para que a equipe possa se comunicar e considerar as contribuições mútuas para o paciente. As funções dos profissionais da saúde estão mudando, e eles precisam se adaptar a essas mudanças.



Um dos problemas do sistema de saúde na Espanha é o fato de os médicos deverem estar envolvidos em todas as decisões; porém não há recursos suficientes para pagar todos os médicos necessários para atender os pacientes idosos, com patologias múltiplas e crônicas. Portanto, acredita-se que se o modelo de autoridade for alterado, haverá um melhor fluxo de pacientes no sistema de saúde.

Nesse sentido, as enfermeiras, na Espanha, estão começando a prescrever medicamentos. Um exemplo de situação na qual isso seria benéfico, seria durante uma epidemia de influenza, uma vez que as enfermeiras podem ajudar um grande número de pacientes. Porém, tais tentativas esbarraram em grande resistência por parte das associações médicas. O sistema de saúde da Espanha está mudando, e, portanto, é importante que os médicos participem ao liderar essa mudança em vez de se opor.

Outra iniciativa mencionada foi o primeiro encontro espanhol sobre EIP, “I Jornada Nacional de Educação Interprofissional”, na qual 100 representantes dos governos, universidades e hospitais discutiram as necessidades do sistema de saúde, as possibilidades no sistema de educação e abordagens futuras. Em decorrência dessa reunião, foi organizada uma rede interprofissional para fornecer, a todos os envolvidos, um canal por meio do qual esses possam se comunicar, aprender uns com os outros e desenvolver uma EIP coordenada.

Também foram discutidos os elementos chave de um programa exitoso de EIP. O primeiro elemento chave é que o programa deveria ter como base as necessidades do sistema de saúde. O segundo elemento é aprender com o que outros já estão fazendo. O terceiro elemento chave é que o plano é adaptável aos meios disponíveis nas instituições ou nos hospitais onde as atividades serão realizadas; caso o plano não seja realista, esse não será sustentável. O quarto elemento se relaciona com a identificação de um líder



que seja capaz e tenha conhecimentos para dirigir o programa. O quinto elemento chave é que a EIP deve ser sustentável, precisa ser integrada ao currículo. O sexto elemento é adotar pequenas medidas para implementar o plano, eliminando o que não funciona e fortalecendo o que funciona, em vez de lançar um programa de grandes proporções de uma só vez. O sétimo elemento está relacionado com exposição e imersão, sendo que os estudantes são envolvidos em atividades de simulação em um ambiente sem risco que promova desenvolvimento das competências.

Chile: Educação interprofissional para formação nas ciências da saúde

Eduardo Tobar Almonacid, Diretor Acadêmico, Faculdade de Medicina, Universidade do Chile

Objetivo 1: Discutir a implementação e o estado atual da EIP no Chile

Objetivo 2: Descrever os benefícios e os desafios relacionados à adoção da EIP

O Dr. Eduardo Tobar Almonacid apresentou uma atualização da EIP no Chile, descrevendo as experiências do país até o momento. Há muita diversidade nas instituições de educação superior do Chile, e o país recentemente começou a considerar mudanças na forma como a educação é custeada e regulamentada. O credenciamento regulamenta diversos aspectos da formação dos profissionais da saúde, porém não incorpora a EIP.

Em 2006, a Universidade do Chile começou a realizar as inovações curriculares rumo a um modelo centrado nos estudantes e com base nas competências. Por esse motivo pesquisas do perfil de egresso foram realizadas, e ficou evidente que havia a necessidade de gerar iniciativas voltadas para a formação interprofissional. Os perfis de egresso esperados para carreiras da saúde incluíram, como parte das competências, trabalho efetivo como parte de uma equipe de saúde em cenários de complexidade e diversos contextos. Ao incluir esses elementos nos perfis, a universidade tornou a incorporação da EIP obrigatória em todas as carreiras de maneira padronizada. Porém, esse processo foi criado apenas para essa universidade, e a maioria das instituições da educação superior do Chile não incorpora o trabalho em equipe de maneira tão clara em seus perfis de egresso.

Dadas as mudanças implementadas, desde 2010 a Universidade do Chile tem oferecido Módulos Integrados Interprofissionais Múltiplos (MIM), que consistem de dois cursos obrigatórios mesclados (quatro e cinco créditos, respectivamente) com uma carga horária total de 54 horas presenciais e 45 horas não presenciais incorporadas em todos os currículos de saúde. Os módulos incluem atividades presenciais e programas de instrução, além de uma plataforma eletrônica para a integração dos casos simulados.

Houve vários pontos positivos e desafios associados aos módulos, inclusive a capacidade de integrar os professores interprofissionais e experiências positivas por parte dos estudantes, bem como avaliações. Exemplos dos pontos fortes descritos pelos estudantes são:

- O aspecto mais positivo dos MIM é o trabalho em equipe, uma vez que cria a necessidade discutir e incluir todas as opiniões para poder formular uma hipótese de equipe.
- Os MIM são considerados espaços para integrar conhecimentos e trabalhar com carreiras em outras áreas em um ambiente virtual.

- Os MIM permitem a inclusão de diferentes perspectivas sobre como abordar determinado caso.
- As perguntas do paciente-simulado permitem que os estudantes relacionem o caso clínico com o conhecimento básico adquirido, desenvolvendo ainda mais as competências.
- Os MIMs permitem aos estudantes trabalhar em uma equipe e aplicar conhecimentos enquanto realizam atividades proximalmente ligadas ao seu futuro profissional.
- A modalidade da simulação de pacientes e equipamento médico torna esta atividade educacional mais dinâmica.
- Os MIM permitem liberdade no horário de estudo e tutores estão disponíveis para ajudar com as dúvidas dos estudantes.

Os estudantes também descreveram os seguintes pontos fracos dos MIM:

- O semestre no qual os módulos são realizados é o mesmo no qual os estudantes fazem os seus rodízios clínicos; como consequência, eles sentem que seria mais vantajoso se essas duas atividades não acontecessem no mesmo semestre.
- Nem todos os estudantes têm a mesma disponibilidade de tempo para formular suas respostas aos casos discutidos, prejudicando tanto o desempenho como as avaliações e gerando conflitos.
- A metodologia usada não é a mais apropriada para estudantes que já tiveram contato com pacientes reais— essa experiência anterior dificulta a interação com o paciente —simulado.
- Coordenar os horários de interação presencial das pessoas que estão em diferentes carreiras é difícil.



O *feedback* dos professores em relação ao progresso do curso, o que funcionou bem e o que precisaria mudar deu melhor sustentação ao desenvolvimento em termos tanto de resolução de casos como de organização do curso.

Os professores e os facilitadores são responsáveis por apoiar os estudantes no desenvolvimento das competências do trabalho cooperativo e interdisciplinar em equipe que abordam diversas situações de saúde, usando a aprendizagem anterior dos estudantes e identificando as funções dos diferentes membros de equipe. Esses são proporcionados com um processo de formação antes que comecem a trabalhar com os grupos interprofissionais. Nas duas últimas versões, um psicólogo também foi incorporado nesses processos de treinamento.

A cada ano, os cursos são aperfeiçoados ao adaptar o conteúdo com base nas avaliações formativas e cumulativas e ao incluir outras profissões. Em 2015, os módulos finalmente alcançaram o processo de inovação curricular nas oito carreiras de saúde (enfermagem, obstetrícia, nutrição, fonoaudiologia, terapia ocupacional, cinesiologia, medicina e tecnologia médica), gerando pela primeira vez simultaneamente e através do sistema, um curso mega transversal com cerca de 720 estudantes, 35 professores responsáveis e facilitadores, bem como 70 equipes de alunos. Uma publicação derivada da experiência com esses cursos foi aceita para publicação no *Journal of Interprofessional Care*, ilustrando a importância de contribuir para a base de conhecimentos relativos à EIP.

Em termos de benefício, esta iniciativa permite a integração de professores de diferentes unidades e disciplinas e promove a participação ativa dos estudantes. Os módulos são também um espaço de inovação no ensino de estratégias e permitem o fortalecimento do trabalho entre os acadêmicos e os estudantes. Os professores recebem uma certificação para se tornarem facilitadores dos MIM durante um curso, realizado no início do ano letivo, que inclui treinamento para o trabalho em equipe e habilidades de liderança, servindo não só para fins didáticos como também para outras tarefas acadêmicas, como pesquisa.





Os desafios futuros e os objetivos da Universidade do Chile incluem avaliar a melhor maneira de documentar a aquisição de habilidades interprofissionais, avaliar os processos da inovação e integração curricular, continuando a superar barreiras e resistência, contribuindo para a geração de evidências com respeito à educação em saúde e impacto profissional, colaborando para integrar diferentes universidades do país e da Região, ao avançar em relação à EIP e no que se refere à incorporação da educação interprofissional na formação de pós-graduação.

O Dr. Almonacid concluiu sua exposição ao incentivar a todos a superar barreiras, gerar evidências para sustentar transformações na educação e colaborar com diferentes universidades do país e da Região.

Brasil: Iniciativas de educação interprofissional

Marcelo Viana da Costa, Professor do Programa de Pós-Graduação do Curso de Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Objetivo 1: Discutir a situação atual e as políticas que apoiam e dificultam a EIP no Brasil

Objetivo 2: Identificar oportunidades de colaborar para a implementação e avaliação da EIP

Dr. Marcelo Viana da Costa iniciou sua apresentação descrevendo, brevemente, o sistema de saúde brasileiro para fornecer subsídios para a compreensão do estado da EIP no Brasil. O objetivo do Sistema Único de Saúde do país (SUS), com o princípio da universalidade, resultado de vários movimentos sociais, tem por finalidade garantir os direitos do cidadão à saúde. O SUS utiliza o conceito ampliado da saúde e, como resultado, estabelece como princípios básicos a universalidade, a integralidade e a equidade. Neste sentido, o sistema reconhece a complexidade das necessidades de saúde e compreende a necessidade de mudar o modelo de assistência de saúde, transformando-o de forma a passar de um sistema fragmentado para um modelo que aborde, eficientemente, problemas complexos de saúde. Dados os princípios do SUS, seu desenvolvimento criou um ambiente favorável para discutir o trabalho em equipe como uma estratégia para o enfrentamento dessas realidades complexas.

Foram feitas importantes contribuições teóricas no Brasil relativas às especificidades do trabalho em equipe na saúde. No entanto, as políticas relativas à reorientação da formação dos profissionais da saúde que buscaram alinhar a educação com os princípios do SUS nem sempre foram capazes de impulsionar a formação por meio do trabalho em equipe.

Algumas das questões que resultaram das políticas de reorientação da formação dos profissionais da saúde incluem: o fortalecimento da interação entre as universidades, os serviços de saúde e a comunidade; o avanço, em termos do cumprimento das mudanças curriculares, para superar o modelo técnico de formação; e, a adoção de metodologias de aprendizado ativo. Exemplos de políticas que contribuíram para as mudanças na formação dos profissionais da saúde são:

- Projeto de Integração-Docente Assistencial (IDA): fortalecimento da integração entre os serviços de saúde e as universidades;
- PROMED: estimulou mudanças curriculares na formação médica;

- Pró-saúde I: estimulou mudanças curriculares na medicina, enfermagem e odontologia, inclusive com reformas curriculares; avanços na integração entre a prestação de serviços e as instituições acadêmicas, bem como nos serviços comunitários; adoção de novas metodologias de aprendizado; e, a diversificação dos cenários de prática. O motivo pelo qual apenas a medicina, a enfermagem e a odontologia foram incluídas é o fato de essas três comporem a Estratégia Saúde da Família, que é a principal política de saúde do país;
- Pró-saúde II: resultado de uma reformulação da primeira versão da política, ampliando-a para todas as profissões de saúde;
- VER-SUS: experiências implementadas de estágio nos serviços de saúde;
- PET-Saúde: promoveu a inserção dos estudantes nos serviços de saúde desde os estágios iniciais para promover o aprendizado, tendo-se o entendimento da necessidade de adotar abordagens interprofissionais e interdisciplinares para mudar o processo educacional. Em 2013, a interprofissionalidade foi adotada como uma diretriz política.

O PET-Saúde foi o mais bem-sucedido em termos de aumentar a conscientização relacionada às limitações no trabalho em equipe. Em 2012, o termo interdisciplinaridade continuou a ser usado. Em 2013, o termo interprofissionalidade foi incorporado em decorrência da ampliação desse debate no cenário brasileiro.

Outra experiência que se deve destacar é a política que deu origem ao diploma profissional de mestre em educação na saúde. Os programas de mestrado levaram a um cenário importante para promover ainda mais a discussão da EIP como uma ferramenta para mudar a educação dos profissionais da saúde.



As diretrizes curriculares para os cursos de graduação sustentaram a EIP. As primeiras diretrizes de 2001 incluíram um conceito ampliado de saúde, educação com base científica e em competências, pensamento crítico e reflexivo e a necessidade de haver coerência entre os perfis profissionais e as necessidades de saúde do país; naquela altura, o trabalho em equipe não foi o enfoque. Porém, em 2014 as novas diretrizes dos cursos de medicina destacaram a EIP como uma ferramenta para reorientar a formação desses profissionais. A medicina como uma categoria hegemônica tornou essa uma iniciativa importante por ter estimulado outros cursos a também refletirem sobre a inclusão da EIP nas reformulações de suas diretrizes.

Embora muitos avanços tenham sido conquistados, esses não tornaram a EIP suficientemente forte no cenário de educação da saúde; foi dada pouca ênfase à interprofissionalidade, e ainda há confusões conceituais frequentes nas diversas políticas. No Brasil, os termos multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e interprofissionalidade ainda são usados como sinônimos; porém, suas bases conceituais e metodológicas precisam ser reconhecidas e compreendidas para que a EIP possa alcançar todo o seu impacto.

Iniciativas de educação interprofissional no Brasil incluem:

- Escola Multicampi de Ciências Médicas de Caicó - RN
- Universidade Federal de Minas Gerais: alterações curriculares
- Universidade Federal do Rio Grande do Norte: Saúde e Cidadania (SACI), um curso oferecido durante o início de todas as graduações de saúde estabelecido pela Estratégia Saúde da Família (a principal política de saúde do Brasil)
- Universidade Federal do Rio Grande do Sul: residências integradas
- Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) da Baixada Santista: currículo interprofissional
- Universidade Federal do Sul da Bahia: diplomas de bacharel interdisciplinares
- Faculdade de Saúde Pública do Ceará: residências integradas
- Universidade Estadual de Londrina: currículo integrado
- Universidade do Estado do Rio de Janeiro: residência em saúde do idoso
- Universidade do Estado de São Paulo em Botucatú: Programa de Interação
- Universidade-Serviço e Integração Comunitária (IUSC)
- Universidade de Brasília

É importante notar que há iniciativas importantes em todo o país. Porém, vale refletir sobre o conceito de EIP de cada uma, que não se resume a reunir estudantes de diversas profissões em um espaço comum: esse conceito é equivocado. Dois eventos foram realizados com a intenção de estimular o diálogo e o pensamento crítico para potencializar as discussões e para colaborar na reflexão dessas iniciativas. O primeiro evento foi o “I Colóquio Internacional da Educação Interprofissional e Trabalho”, realizado em Natal em 2015 e contou com a participação do professor Scott Reeves. Durante o evento, as discussões destacaram a importância de pensar na EIP de maneira mais sistematizada, inclusive com o mapeamento e o apoio às iniciativas

de fortalecimento. O outro evento, “II Colóquio Internacional de Educação Interprofissional e Trabalho”, foi realizado em dezembro de 2016 para celebrar os 10 anos de existência do Currículo Interprofissional da UNIFESP, situada na Baixada Santista. O Professor Andreas Xyrichis, do Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE) do Reino Unido, participou do colóquio.

Seguindo a mesma tendência mundial, no evento de 2016 foi instituído de uma rede projetada para fornecer uma estrutura para pesquisas de apoio, bolsas de estudos e formação em EIP. A Rede Colaborativa de Educação Interprofissional e Trabalho na Saúde, formada por um grupo executivo, centra-se na coordenação, comunicação e difusão de informações. A rede conta com o apoio de várias instituições que trabalham com as iniciativas de EIP. Os pilares que sustentam a rede são eventos anuais, pesquisas multicêntricas, articulação das entidades de classe, buscas de publicações em suplementos e revistas, parcerias internacionais, páginas na Internet, repositórios e periódicos, apoio institucional, articulação com secretarias de saúde e educação, gestão de ações e projetos, apoio metodológico a projetos, financiamento, a organização de locais para encontros e de viagens de eventos, além da participação nos mesmos.

Dada a enorme diversidade do país, o Brasil enfrenta desafios com respeito à integração das experiências e metodologias didáticas. Pesquisas foram recomendadas para aumentar a visibilidade da EIP como uma abordagem para reorientar o treinamento profissional na saúde. Também foi enfatizada a necessidade de trabalhar colaborativamente em políticas que promovam a adoção da EIP, como o PET-Saúde, e diretrizes curriculares nacionais. Finalmente, foi destacada a necessidade de fortalecer o debate sobre as bases teóricas e metodológicas da EIP, superando a confusão conceitual que ocorre com frequência.

Reino Unido: Centro para o avanço da educação interprofissional (CAIPE)

Dra. Elizabeth Anderson, Professora de Educação Interprofissional, Faculdade de Medicina, Ciências Biológicas e Psicologia, Universidade de Leicester

Objetivo 1: Discutir a visão e os objetivos do CAIPE na promoção da EIP e da prática colaborativa na Europa

Objetivo 2: Descrever as lições positivas e negativas aprendidas com o estabelecimento de um centro nacional de EIP

A Dra. Elizabeth Anderson apresentou a atuação do CAIPE e as perspectivas no Reino Unido, relativas aos desafios referentes à capacidade de recursos relacionada ao tema da EIP. O CAIPE foi estabelecido em 1987 e lançou a definição da EIP que é atualmente usada ao redor do mundo: “ocasiões em que duas ou mais profissões de saúde e assistência social aprendem juntas, uma com a outra e sobre a outra, para melhorar a colaboração e a qualidade da atenção” (CAIPE, 2002).

O CAIPE é uma organização de associados que inclui estudantes, indivíduos e membros institucionais, sendo considerado um “grupo de análises” da EIP e um líder nacional e internacional da colaboração em pesquisa voltada para o tema. O CAIPE está envolvido no desenvolvimento de cursos e iniciativas que apoiam o desenvolvimento da EIP, contribuindo e influenciando as políticas no Reino Unido.

A diretriz central e o objetivo do CAIPE é trabalhar estrategicamente para apoiar os processos da EIP. O CAIPE auxilia com a coordenação das políticas, prioridades, estratégias e fundamentos da EIP no contexto da educação profissional. Os membros do CAIPE respondem os documentos de consulta nacionais e

trabalham com as organizações de políticas nacionais.

Os principais fatores de sucesso para influenciar as instituições acadêmicas sobre esse tema são:

- apoio aos estudantes;
- Estímulo aos membros institucionais;
- promoção de publicações;
- promoção de pesquisa de EIP; e
- estabelecimento de alianças internacionais.

Os objetivos do Sistema Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido são melhorar a saúde e resultados de bem-estar, melhorar a qualidade da atenção e criar eficiência financeira. O CAIPE acredita que pode abordar esses objetivos ao estabelecer novos modelos de atenção, otimizando sistemas, reconfigurando serviços e dando condições à força de trabalho em saúde. Em suma, a liderança do CAIPE apoia e propicia EIP para a colaboração interprofissional, oferece apoio e bolsas de estudos aos membros individuais e exerce ações positivas favor da inclusão de práticas colaborativas interprofissionais nas políticas.

No entanto, foram observados vários desafios no sistema NHS, inclusive a ampliação do escopo das funções dos profissionais de saúde, que é necessária devido à insuficiência de pessoal qualificado. O novo plano do NHS exige a implementação da EIP para reduzir hierarquias, aumentar inovação, aperfeiçoar habilidades e apoiar a ampliação das relações entre os profissionais de saúde.

Relatórios recentes sobre as políticas e novas iniciativas no Reino Unido renovaram a conscientização sobre a importância da educação e da formação na perspectiva da interprofissionalidade. Isso consta da recente revisão sistemática feita por Reeves et al. sobre os efeitos da EIP (6).

Por último, o Dr. Anderson descreveu o modelo Leicester de preparação de estudantes para uma experiência de EIP na comunidade. O modelo inclui preparação antes da experiência, a experiência na comunidade, reflexões sobre a experiência, assimilação devido à experiência e os resultados da experiência, com a finalidade de que as experiências se transformem em prática.

As principais mensagens do Dr. Anderson, um líder no CAIPE, foram de que a EIP tem sido sustentável, e que o maior desafio atualmente está relacionado à liderança e avaliação da EIP.

Canadá: Prática Interprofissional Colaborativa Canadense na Saúde (CIHC, por suas siglas em inglês)

Dr. John Gilbert, Professor Emérito, Universidade da Colúmbia Britânica; Professor Adjunto, Universidade Dalhousie; Presidente Fundador, Consórcio Pancanadense pelo Interprofissionalismo na Saúde

Objetivo 1: Descrever as estratégias usadas e as barreiras enfrentadas no alinhamento da EIP com a prática colaborativa para transformar a assistência de saúde no Canadá

Objetivo 2: Discutir a visão e os objetivos do CIHC para promover a liderança da EIP no Canadá

Para finalizar a apresentação das experiências dos países, o Dr. John Gilbert iniciou sua palestra fornecendo os antecedentes relativos à EIP. O termo interprofissional foi usado primeiro por John McCreary, decano de 1959-1972 da Faculdade de Medicina da Universidade da Colúmbia Britânica. O termo corrigido não contém hífen, e possui uma definição muito distinta do que inferem suas três partes. Portanto, “multidisciplinar” e “interdisciplinar” não devem ser usados como sinônimos de “interprofissional”. Além disso, o termo “interprofissional” segue a definição de saúde usada pela OMS: não inclui apenas profissões regulamentadas da saúde, e sim, todas as pessoas que trabalham profissionalmente na prestação de serviços de saúde de todos os tipos, sejam esses motoristas de ambulâncias, pessoal da limpeza, recepcionistas e assim sucessivamente.

O Dr. Gilbert iniciou uma discussão que despertou a reflexão ao solicitar aos presentes que considerassem as respostas às perguntas relativas ao por que, quem, quando, onde, como e o que é a EIP para a prática colaborativa centrada no paciente?

Por que: são necessários argumentos claros e coerentes em prol da EIP e da PCIP. Esses argumentos têm por base a clara compreensão da definição de suas partes e do fato de o objetivo final ser a qualidade da atenção. Há também a necessidade de entender que os participantes são tanto informantes como líderes no processo.

Quem: professores, estudantes, funcionários, colegas de prática, administradores e pacientes compreendem e praticam novas funções.

Quando: evidência para exposição e imersão na EIP, dos estudantes universitários, e domínio, por parte dos graduados, juntamente com o aprendizado permanente por meio de consultas informadas envolvendo governos, diferentes *campi*, comunidades e pacientes.

Onde: teorias e modelos para a aprendizagem presencial (com áreas comuns onde estudantes de diferentes profissões possam aprender juntos) e aprendizado na comunidade (por exemplo, atenção primária, atenção terciária, saúde pública e preventiva, além de promoção da saúde).

Como: operacionalizando a definição de EIP (por exemplo, “aprender com, aprender de e aprender sobre”; “colaboração”; “qualidade da atenção”). O conhecimento, as habilidades, as atitudes e os comportamentos necessários devem ser analisados, tendo em mente que o propósito principal é a prestação de serviços de saúde de qualidade. Também é importante fazer avaliações em todas as etapas e efetuar atividades de aprendizado nas quais os estudantes tenham a oportunidade de trabalhar juntos. Um exemplo é o Modelo de Atenção Colaborativa (Figura 5).

O que: o estímulo positivo ou o estímulo, “ainda que negativo”, da EIP, que podem ser políticas e a regulamentação dessas políticas (competências e credenciamento) ou legislação (ambiente de prática).

Figura 5 — Modelo colaborativo de atenção



Fonte: Murphy GT, Alder R, MacKenzie A, Rigby J. *Model of Care Initiative in Nova Scotia (MOCINS): Relatório de Avaliação Final*. Halifax: Secretaria da Saúde da Nova Escócia; 2010 (7).

O Dr. Gilbert concluiu sua apresentação sobre a experiência com a EIP no Canadá ao afirmar que há duas questões desafiadoras que devem ser mantidas em mente ao se implementar a EIP:

- Qual a coerência (o alinhamento) das políticas entre os setores da educação e da saúde?
- Qual a relação custo-benefício da EIP/PCIP?

Regulamentação da prática dos profissionais da saúde e implicações para a prática colaborativa

Hernán Sepúlveda, Assessor Regional em Recursos Humanos para Saúde, OPAS/OMS

Objetivo 1: Identificar a estrutura de ação da regulamentação profissional nos diferentes países da Região

Objetivo 2: Discutir as implicações da regulamentação profissional na prática colaborativa

O Dr. Sepúlveda discutiu a regulamentação da prática dos profissionais de saúde e as implicações para as práticas colaborativas nos países da América Latina e Caribe. A apresentação teve como foco três elementos centrais que precisam ser incorporados nas análises situacionais: o modelo de atenção, o modelo de gestão e as regulamentações. Foi apresentada uma análise dos documentos e das resoluções da OPAS/OMS incorporados por diversos governos, juntamente com uma breve análise da estrutura jurídica existente relacionada com as regulamentações na ALC.

A importância da questão levantada pelo Dr. Gilbert (“Como poderemos trabalhar juntos se não aprendermos juntos?”) foi abordada e analisada sobre uma perspectiva diferente: “Como poderemos aprender juntos se não trabalhamos juntos?” É preciso considerar três aspectos fundamentais na promoção de um modelo de EIP:

- 1. A necessidade de um modelo de atenção consistente com a prática colaborativa;**
- 2. A necessidade de um modelo de gestão de trabalho; e**
- 3. Regulamentação adequada.**

O foco do trabalho da OPAS/OMS é o fortalecimento do primeiro nível de atendimento, e isso também se aplica às equipes interprofissionais de saúde; entretanto, a eficácia dessas equipes não se limita ao primeiro nível de atendimento. Neste sentido, os dados referentes às equipes interprofissionais podem ser encontrados em um estudo canadense realizado em 2009, “*Quanto é suficiente? Redefinição de autossuficiência para a força de trabalho em saúde*” (8). Este trabalho estima que, em algumas províncias do Canadá onde são usadas equipes interprofissionais de saúde, os médicos conseguem prestar 50% a mais em serviços de atenção à saúde que os que trabalham nos sistemas tradicionais (8).

Os dados mostram que os modelos de atendimento que incluem equipes interprofissionais são mais eficientes. Por este motivo, e dada a importância de um maior acesso à saúde, que seja baseado em qualidade e resolução de problemas, a EIP – com o objetivo de preparar uma força de trabalho que possa participar de iniciativas de colaboração – é muito necessária. Este é especialmente o caso no contexto da Região das Américas, onde o acesso à atenção à saúde é muito afetado pela escassez de recursos humanos em saúde, particularmente em áreas remotas e vulneráveis.

As principais resoluções e documentos da OPAS/OMS que apoiam a EIP e a prática colaborativa são:

- Resolução CD52.R13 (9), Recursos Humanos em Saúde: Melhorar o Acesso a Profissionais de Saúde Capacitados nos Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária à Saúde, aprovada em 2013 durante o 52º Conselho Diretor da OPAS/OMS;

- A Declaração Política de Recife sobre Recursos Humanos em Saúde: Compromissos Renovados em prol de uma Cobertura Universal em Saúde, assinada em novembro de 2013 durante o 3º Fórum Global de Recursos Humanos em Saúde;
- Resolução CD53.R14 (10), adotada em 2014 durante o 53º Conselho Diretor da OPAS/OMS;
- Resolução WHA69.19, Estratégia Global em Recursos Humanos para a Saúde: Força de Trabalho 2030, aprovada durante a 69ª Assembleia Mundial da Saúde em 2016;
- A pauta de recursos humanos para saúde universal de 2014; e
- O relatório da Comissão de Alto Nível sobre Emprego em Saúde e Crescimento Econômico, estabelecido pelas Nações Unidas: “Trabalho para a saúde e o crescimento: investimento na força de trabalho de saúde”, lançado em 2016.

A resolução CD52.R13 (Recursos Humanos em Saúde: Melhorar o Acesso a Profissionais de Saúde Capacitados nos Sistemas de Saúde Baseados na Atenção Primária à Saúde), (9), aprovada em 2013, foi aquela que iniciou as discussões sobre trabalho interprofissional. Essa resolução incluía três componentes fundamentais:

1. O fortalecimento das capacidades de planejamento dos recursos humanos em saúde;
2. A reforma da educação dos profissionais da saúde visando apoiar os sistemas de saúde que prestam atenção primária à saúde de qualidade e a transição rumo à cobertura universal de saúde; e
3. Ampliação dos poderes e funções de equipes colaborativas centradas em pessoas e em comunidades.

Por meio desta resolução, os Estados Membros foram instados a apoiar e ampliar os poderes e as funções das equipes colaborativas de atenção primária à saúde com base em modelos estabelecidos de atendimento, melhorando o alcance e o exercício das profissões para maximizar seu potencial segundo as competências da EIP. Também foram instados a incentivar e monitorar a inovação, a fim de melhorar o desempenho e a gestão das equipes de atenção primária à saúde. Esses pontos da resolução são muito importantes, pois alguns profissionais da saúde têm potencial que poderia ser desenvolvido e utilizado, e o desenvolvimento das equipes interprofissionais de atenção primária à saúde é uma solução inovadora para aumentar o acesso à assistência à saúde, especialmente em áreas subatendidas e em áreas que sofrem escassez de recursos humanos em saúde.

(<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/168036/1/CD52-R13-eng.pdf>)

A Declaração Política de Recife sobre Recursos Humanos em Saúde: Compromissos Renovados em prol de uma Cobertura Universal em Saúde, assinada em 2013, descreve o compromisso de representantes de governos para melhorar as competências e habilidades dos profissionais da área de saúde por meio de abordagens de educação transformativa e oportunidades de educação continuada, ou seja, uma educação que apoie melhorias no acesso à saúde por meio do desenvolvimento de competências, possibilitando aos profissionais de saúde fortalecer a governança, o desempenho, a distribuição e a retenção de pessoal,

bem como a promoção do uso da tecnologia. O compromisso assinado utiliza a possibilidade de adotar abordagens inovadoras, incluindo um equilíbrio mais eficiente do compartilhamento de tarefas entre as diversas categorias de profissionais da saúde, delegação de funções e modelos inovadores de prestação de atendimento.

(http://www.who.int/workforcealliance/forum/2013/recife_declaration_17nov.pdf?ua=1)

Resolução CD53.R14 (Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde), adotada em 2014, propõe quatro linhas estratégicas, todas as quais estão relacionadas com o trabalho empreendido atualmente nas equipes interprofissionais. Entretanto, a mais relevante é a estratégia que discute a ampliação do acesso equitativo a serviços integrais de saúde de qualidade, centrados nas pessoas e comunidades. Outro aspecto desta resolução está relacionado com novos perfis profissionais e técnicos e seu alinhamento com os modelos de atendimento, que também envolve o trabalho das equipes interprofissionais.

A resolução propõe o reforço da capacidade dos recursos humanos em saúde com base no primeiro nível de atendimento e o aumento das oportunidades de emprego com incentivos de condições atraentes de trabalho, especialmente em áreas subatendidas. Também propõe que as equipes colaborativas de saúde sejam consolidadas e recebam acesso garantido a informações sobre saúde e serviços de tele-saúde, inclusive tele-medicina. A tele-medicina foi descrita como um aspecto importante, sobretudo em áreas negligenciadas onde os profissionais da saúde (não necessariamente médicos) possam usar a tecnologia para travar diálogos com especialistas e resolver problemas que, de outro modo, não seriam resolvidos. Portanto, a tele-medicina como estratégia também está relacionada ao desenvolvimento de equipes interprofissionais e à capacidade dos profissionais de resolver problemas.

A Estratégia Global em Recursos Humanos para a Saúde: Força de Trabalho 2030 (1), aprovada durante a 69ª Assembleia Mundial da Saúde em 2016, propõe quatro objetivos gerais. O primeiro está relacionado com o alcançado máximo desempenho, qualidade e impacto dos profissionais de saúde por meio de políticas baseadas em evidências na área de recursos humanos em saúde. O segundo está relacionado com investimentos de recursos humanos em saúde que devem se basear nas necessidades atuais e futuras da população e dos sistemas de saúde. O terceiro objetivo se refere ao fortalecimento da capacidade das instituições no nível local, regional, nacional e global quanto à supervisão das políticas públicas. Por último, o quarto objetivo está relacionado com o fortalecimento dos dados sobre recursos humanos em saúde.

A estratégia global também convida instituições educacionais a adaptar/alinhar sua composição institucional a modalidades de ensino que sejam compatíveis com os sistemas nacionais e com as necessidades de saúde da população. Novamente, o elo se encontra entre as necessidades da população e a formação de recursos humanos preparados para agir de acordo com essas necessidades.

(<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250368/1/9789241511131-eng.pdf?ua=1>)

A pauta proposta de recursos humanos para saúde universal inclui três orientações estratégicas principais: uma relacionada com intencionalidade e capacidade de governança, outra relacionada com disponibilidade e distribuição e a terceira com a formação dos profissionais de saúde. A segunda orientação (melhorar a disponibilidade e distribuição) relaciona-se claramente com o fortalecimento das equipes interprofissionais junto com um conjunto relacionado de subáreas: regulamentação do exercício profissional, com o foco

de maximizar o potencial dos profissionais; organização do trabalho das equipes interprofissionais; aprimoramentos no âmbito e atuação de todos os membros da equipe de saúde, facilitando o trabalho colaborativo; e o estabelecimento de recursos humanos no planejamento da saúde com relação a um conjunto de profissões, em vez de silos.

Finalmente, *Trabalhar em prol da saúde e crescimento: o investimento na força de trabalho de saúde*, o relatório da Comissão de Alto Nível sobre Emprego em Saúde e Crescimento Econômico, apresenta três grandes áreas de enfoque. A primeira é que a saúde é um fator fundamental para a economia e é considerada uma força motriz na criação de emprego decente. O documento explica que, se fossem feitos investimentos em profissionais de saúde, o resultado seria um crescimento econômico. Isso requer a criação de empregos, igualdade de gênero e espaço fiscal para o financiamento da saúde.

(<http://www.who.int/hrh/com-heeg/reports/en/>)

Além de contribuir para os direitos dos profissionais da área de saúde, a regulamentação também apoia o desenvolvimento do seu conhecimento e de sua qualificação, fortalecendo a eficiência das ações de recursos humanos nos sistemas de saúde. A dispersão e fragmentação das estruturas normativas podem ser encontradas na ALC, principalmente nas áreas de medicina, enfermagem e odontologia. Existem grupos de atores que podem influenciar os regulamentos, e esses atores são diferentes nos diversos países: o governo, as organizações profissionais, as organizações cívicas e as instituições educacionais, entre outros. Existe a necessidade de desenvolver mais políticas para os aspectos relacionados com a educação – incluindo credenciamento, requisitos para registro e reconhecimento de títulos estrangeiros – e prática, como os direitos e obrigações, bem como descrições das competências profissionais.

Em toda essa análise, cabe mencionar que os países estão discutindo a necessidade de adaptar os modelos de administração de trabalho, em cuja essência se encontra o conceito de equipes interprofissionais. Isso implica utilizar ao máximo o potencial dos profissionais. Portanto, a regulamentação deve ser considerada um elemento importante para promover a educação interprofissional.

Em suma, o Dr. Sepúlveda observou que havia uma questão importante a considerar e que era central para a EIP: “Em nossos países, estamos muito preocupados com quantos médicos, quantas enfermeiras e quantos obstetras estão faltando, mas não nos perguntamos quantas equipes de saúde estão faltando. Este é um elemento central visto que, por trás dessa equipe de saúde, há competências que precisam ser articuladas, complementadas e, por fim, integradas, particularmente se estamos buscando um primeiro nível de atendimento integral”.

Gerenciamento e equipes interprofissionais de saúde

Dra. Brenda Zierler, professora do Departamento de Enfermagem Biocomportamental e Informática de Saúde, Escola de Enfermagem da Universidade de Washington; diretora de Pesquisa e Treinamento do Centro de Educação Interprofissional, Pesquisa e Prática em Ciências da Saúde da Universidade de Washington

Objetivo 1: Descrever modelos de gestão de equipes interprofissionais de saúde e as implicações da sua implementação e desenvolvimento

Objetivo 2: Descrever as lições positivas e negativas aprendidas com o estabelecimento de modelos de gestão de equipes interprofissionais de saúde

A Dra. Zierler apresentou um exemplo prático de EIP utilizando uma parceria “instituição de ensino-à-prática” para melhorar o atendimento colaborativo. Ela também descreveu as lições positivas e negativas aprendidas a partir do estabelecimento de práticas colaborativas interprofissionais em equipes de atenção à saúde que atendem pacientes com insuficiência cardíaca avançada (ICA) e suas famílias.

Usando o Modelo de Aprendizado Interprofissional Continuado do IOM, a Dra. Zierler observou que os alunos deste tipo de treinamento (o) de equipes se encontravam no nível de “desenvolvimento profissional continuado” ou já atuavam profissionalmente (não eram estudantes).

O propósito do treinamento de equipes era ampliar o trabalho em equipe e a comunicação da equipe em uma organização de assistência à saúde dentro da Organização para a Atenção Responsável (ACO - Accountable Care Organization) nos Estados Unidos. O treinamento foi desenvolvido por e para cardiologistas, enfermeiros profissionais, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, assistentes de médicos e coordenadores do atendimento de pacientes. A ênfase era passar de uma “equipe de especialistas” para uma “equipe especializada”.

Foram destacadas as estratégias e abordagens usadas pela equipe de atenção à saúde para implementar mudanças em uma unidade de internação de pacientes com a ICA. As pré-medidas e pós-medidas usadas antes do treinamento da equipe consistiam em uma cultura de segurança, satisfação (por parte de pacientes, prestadores de serviços e enfermeiros) e medidas básicas referentes à ICA (taxas de internação/reinternação, uso de betabloqueadores, etc.). Além disso, foram realizados dois levantamentos validados na equipe para determinar a percepção dos membros da equipe sobre o seu funcionamento antes e depois do treinamento. As observações do funcionamento da equipe foram completadas por pesquisadores externos. As áreas de maior oportunidade em relação a melhorias no funcionamento da equipe identificadas em todas as medidas foram: (1) comunicação oportuna, (2) conhecimento compartilhado e (3) respeito mútuo.

A intervenção de treinamento interprofissional incluía o treinamento em comunicação TeamSTEPPS®, a introdução de ensino clínico interprofissional estruturado à beira de leito (SIBR, no acrônimo em inglês) e oficinas de liderança com foco em questões de relacionamento e comunicação (nos casos de conflito, de se pronunciar, de liderar mudanças, etc.). Além do treinamento formal e das oficinas de liderança trimestrais, a equipe de treinamento fornecia aconselhamento contínuo para a equipe clínica de ICA. As estratégias da equipe que foram introduzidas incluíam ensino clínico interprofissional estruturado à beira de leito, resumos matutinos, reuniões no meio do dia e considerações feitas no final do dia. Além disso, a equipe de ICA elaborou acordos – ou regras – que estabeleciam a segurança psicológica de todos os membros da equipe. A equipe de treinamento também incluía a participação de assessores de pacientes para que a perspectiva dos pacientes fosse incluída no treinamento. Os resultados obtidos com o treinamento até o momento foram apresentados e foram mencionados os aprimoramentos ocorridos no funcionamento da equipe e nos desfechos clínicos.

Discussões

Estado atual da educação em saúde e a função da educação interprofissional

Objetivo 1: Discutir o estado atual da educação em saúde e a função da EIP na transformação e na ampliação da educação e da qualificação de profissionais da área de saúde.

Objetivo 2: Discutir o significado de EIP no contexto institucional.

Principais pontos discutidos:

- A EIP é considerada um conceito desconhecido ou novo na maioria dos países da ALC; portanto não está incluída nas políticas em geral.
- No contexto da crise de recursos humanos dos profissionais no setor da saúde, a EIP e a prática devem ser vistas como elementos de política que devem ser desenvolvidos nos níveis de serviço e treinamento.
- A necessidade de ampliar as competências profissionais.
- A necessidade de ajustar os conceitos dos profissionais, das instituições e dos governos referentes aos processos educacionais e de serviços de saúde para alinhá-los com a abordagem interprofissional.
- A necessidade de gerar espaços para discussões e ampliação dos poderes e funções dos profissionais, das instituições e dos governos sobre o conceito.
- O desenvolvimento de uma estrutura conceitual em comum apoiará as definições de políticas, estratégias, ferramentas e evidências.
- Incluir a abordagem interprofissional na regulamentação e nas normas do exercício profissional de todos os profissionais da saúde.
- Os processos de acreditação favorecem a educação interprofissional em saúde pois é um indicador da qualidade nacional e internacional e, portanto, essa educação deveria ser fortalecida.
- O conceito não consiste no compartilhamento de cenários clínicos ou acadêmicos, mas sim na integração verdadeira das equipes, gerando uma linguagem comum para avançar a educação dos profissionais da saúde.
- O estudo e processos de pesquisa na EIP devem ser fortalecidos para possibilitar a aquisição de uma visão mais completa do conceito de EIP.

- A necessidade de uma liderança acadêmica que possa contribuir para a geração de pesquisas relevantes por meio da análise da eficácia no médio e longo prazo das atividades de EIP realizadas na ALC.
- A implementação de EIP exige trabalho transsetorial em todos os níveis, assim como reflexão em conjunto, planejamento e mecanismos de avaliação.
- A necessidade de articular o meio acadêmico e o sistema de saúde desde o início da educação (a qualificação dos profissionais de saúde nem sempre se alinha com o que está implementado dentro dos sistemas de saúde).
- Estabelecimento de alianças mais próximas entre os ministérios da educação e saúde exigem a instituição de políticas interprofissionais como políticas do estado e não apenas como políticas do governo, dado o aspecto transitório dos governos.
- A necessidade de participação comunitária para conscientizar a população em geral quanto à EIP e para obter feedback do público sobre a implementação da EIP.
- A necessidade de mudanças em paradigmas, espaços de trabalho e ambientes de aprendizagem nos quais a prática deve ser privilegiada.
- A EIP exige o fortalecimento da formação acadêmica realizada no serviço e no local de trabalho, com base nas ferramentas que mostraram bons resultados em experiências diversas.
- A EIP é uma oportunidade para desenvolver novas habilidades não só entre estudantes, mas também entre professores, pois adiciona uma outra variável de inovação nas estratégias de ensino atuais.
- A educação baseada em problemas interprofissionais foi proposta como uma forma de realizar o pleno potencial da prática colaborativa.
- O treinamento inicial, quando competências como raciocínio estratégico e resolução de problemas estão sendo elaboradas, é considerado um ponto de ingresso para a implementação do conceito da prática interprofissional.
- A necessidade de examinar os atributos e as funções dos profissionais da saúde com base nas necessidades de saúde da população, com a participação do meio acadêmico, associações científicas, associações profissionais e órgãos diretivos de educação e saúde, especificamente aqueles responsáveis pela tomada de decisões e os que definem normas de prática profissional.
- A necessidade de definir perfis de acordo com as necessidades e expectativas de saúde da população, o que implica em revisões curriculares para identificar, entre outros elementos, os aspectos comuns entre as profissões e entre os currículos, não só em termos do que precisa ser implantado, mas também do que já existe.
- O trabalho interprofissional exige integração horizontal e não hierárquica entre os profissionais da saúde.

- A necessidade de se criarem mecanismos que evitem lutas de poder entre os profissionais da saúde, tais como o desenvolvimento de uma linguagem comum e a definição de competências transversais.
- A inclusão na educação básica do conceito de EIP e prática no setor de atenção à saúde para conscientizar crianças que um dia formarão os grupos de estudantes nas escolas de educação em saúde.
- A necessidade de uma alocação de recursos que apoie a implementação da EIP.
- A necessidade de gerar redes e comunidades de prática para o intercâmbio de boas experiências.

Implementação de currículos de educação interprofissional e desenvolvimento docente

Objetivo 1: Descrever oportunidades, desafios, barreiras e fatores facilitadores para o desenvolvimento e implementação de currículos de EIP.

Objetivo 2: Discutir oportunidades e desafios ao desenvolvimento de um corpo docente interprofissional dentro do contexto institucional

Principais pontos discutidos:

- A necessidade de acordos operacionais entre os ministérios da saúde, da educação e do trabalho; sindicatos; organizações de saúde e escolas; órgãos de acreditação e reguladores do exercício de profissões da área de saúde e educação.
- A existência de experiências práticas e de EIP com êxito em países como o Canadá.
- A distribuição adequada de recursos humanos para o setor da saúde nos países.
- Mudança na rigidez da divisão social do trabalho no setor da saúde.
- Financiamento adequado na força de trabalho de saúde e eficiência na utilização de recursos.
- Apresentar aos governos os resultados de eficiência na utilização de recursos obtida por equipes de saúde interprofissionais.
- Estabelecer convênios de colaboração nacional e internacional para treinamento e trabalho em EIP.
- Criar e fortalecer estruturas intersetoriais, seja com missões, conselhos, ONGs, comitês ou outras que envolvam representantes da sociedade civil.
- Disponibilizar fóruns locais, nacionais, regionais e internacionais para discutir e intercambiar experiências em educação e prática interprofissional.
- Promover e difundir o conhecimento e os resultados de EIP não só entre os profissionais da saúde como também entre a população em geral, usando diversas plataformas ou redes de mídias sociais.

- Várias instituições da educação superior nos países da ALC se encontram em diferentes estágios dos processos de reforma curricular ou de ajustes subsequentes, oferecendo uma grande oportunidade para incorporar as estratégias de EIP.
- Existe vontade política no nível institucional.
- O uso de estratégias para incorporar a participação de instituições acadêmicas, da comunidade, de associações profissionais e de outros participantes.
- O desenvolvimento de um plano para promover o treinamento de líderes e tutores também é importante.
- A disponibilidade de recursos é um fator limitante em algumas áreas onde o desenvolvimento da inovação está instaurado.
- Gerar um plano nacional e regional para a implementação da EIP.
- Como as definições das funções e responsabilidades de cada profissão se alinham com a garantia de qualidade em serviços de saúde.
- Os médicos tendem a ter mais resistência quanto à adoção de conceitos como EIP, e por isso pode ser necessário criar estratégias específicas para esses profissionais.
- As partes interessadas de outras áreas e disciplinas também deveriam se envolver para possibilitar uma perspectiva transversal (isto é, as contribuições de engenheiros e outros profissionais nos processos de reelaboração dos projetos).
- Colaborações com parceiros estratégicos como laboratórios clínicos, sistemas de saúde, hospitais e outros que poderiam contribuir com conhecimentos especializados à implementação de mudanças.
- O plano de implementação da EIP deve contemplar todas as variáveis que são de interesse às partes interessadas, tais como acreditação e pesquisa, tendo em vista os interesses das universidades; acesso universal a um atendimento de saúde de qualidade, que está alinhado com os interesses da população e da comunidade; e uso eficiente de recursos, conforme prerrogativas governos.
- Como o planejamento da prática colaborativa interprofissional e EIP incluem uma diversidade de visões, interesses e culturas, o plano precisa ser construído a partir da expressão de esforços e decisões em comum tomadas por um grupo dedicado à sua implementação.
- O desafio é superar a resistência ao questionamento das próprias práticas profissionais e das práticas de ensino por parte das instituições acadêmicas.
- Os desafios referentes à prática profissional são evidentes, especialmente pelo fato de a identidade profissional ser gerada desde o início, desde o primeiro dia do estudante na universidade, onde um currículo oculto começa a se formar. Este currículo oculto reforça a identidade profissional da pessoa, dificultando-lhe aceitar ou integrar a abordagem interprofissional. O mesmo se aplica a associações profissionais e associações de escolas e faculdades de profissionais da saúde.

- Os aspectos que podem ser usados para superar o desafio da identidade dos profissionais são a segurança dos pacientes, que requer relações claras e comunicação entre os profissionais da saúde; a necessidade dos profissionais de se adaptarem a mudanças, como a mudança epidemiológica na saúde das populações, mudanças nas modalidades de tratamento e mudanças nas próprias profissões; e as vantagens competitivas da inovação, como a aprendizagem baseada em competência e EIP.
- Aproveitar os programas educacionais de saúde para introduzir novas visões e conceitos.
- Muitas universidades estão fazendo mudanças interessantes que começam a ser introduzidas em matérias comuns para todas as áreas de saúde.
- É importante pensar sobre mudanças nacionais e institucionais; entretanto, é necessário reconhecer e reforçar pequenos avanços, por exemplo, os esforços que são feitos para promover um aprendizado significativo em muitos dos países, como o desenvolvimento de estruturas de qualificação para educação superior. Embora esses avanços não tenham resolvido o problema, eles possibilitaram o avanço da educação interprofissional.
- Gerar incentivos por meio do habilitação ou da padronização, através do desenvolvimento de competições de inovação e através do reconhecimento, exibição e divulgação de experiências bem-sucedidas.
- Algumas características das novas gerações de estudantes, como horizontalidade, podem facilitar a colaboração interprofissional.
- Novas tecnologias também oferecem uma oportunidade para facilitar e fortalecer a EIP, tais como simulações interprofissionais e salas de aula virtuais.
- A cultura arraigada de concessão de privilégios aos médicos em certos países do Caribe leva a uma falta de flexibilidade e de comunicação entre os profissionais, constituindo uma grande dificuldade.
- Apesar de todas as dificuldades, também existem oportunidades que podem ser aproveitadas.
- Os membros das instituições acadêmicas talvez sejam resistentes à EIP já que há um entendimento muito limitado do trabalho necessário para assegurar a colaboração interprofissional, não para edificação, mas para o benefício dos pacientes.
- O apoio das instituições acadêmicas é importante.
- Inclusão das estratégias de EIP nos planos estratégicos das instituições educacionais.
- É muito importante compartilhar recursos e dificuldades enfrentadas no início entre aqueles que já se encontram em um estágio avançado e os que estão iniciando.
- O apoio de organizações internacionais é importante devido à sua influência nas ações dos governos.

- Existem três níveis importantes da integração: integração entre as grandes organizações que trabalham com saúde e educação em escala mundial, integração entre essas mesmas organizações no âmbito regional e integração intersetorial no âmbito nacional e subnacional.
- Alinhamento para permitir a implementação não apenas de EIP, como também de modelos de atendimento interprofissional, que podem ser obtidos por meio do trabalho em conjunto entre os ministérios da saúde, educação e trabalho.
- A EIP beneficia os pacientes pois possibilita uma abordagem mais abrangente à atenção à saúde, onde as necessidades e demandas da população relativas ao atendimento podem ser atendidas, além de promover a segurança e a qualidade na atenção à saúde.
- A EIP também beneficia estudantes e comunidades. As universidades, em vários níveis, têm a capacidade de regulamentar a educação, o que se traduz em vários aspectos. Dois exemplos são: educação interprofissional e integração da responsabilidade social nas missões das universidades. Esses aspectos trazem uma abordagem de responsabilidade social para a educação e pesquisa, produzindo conhecimento, tecnologia, inovação e verbas competitivas que são orientadas por critérios relevantes e que têm como meta influenciar o desenvolvimento na sociedade.
- Os projetos de currículos flexíveis e os sistemas de créditos transferíveis que estão sendo incorporados na América Latina beneficiarão os estudantes dando-lhes oportunidades de estudar em outras regiões e outros países, oferecendo-lhes experiências de aprendizado em apoio à educação interprofissional. A EIP será incorporada de uma forma melhor se for implementada como cursos extracurriculares obrigatórios, para treinamento em ciências básicas ou em estratégias pedagógicas, tais como simulações.
- Desenvolvimento de competências transversais em ética e bioética referentes ao comportamento diante de problemas éticos. Essas competências terão um impacto grande no trabalho colaborativo interdisciplinar e interprofissional em equipe. Durante esse processo, também será importante reunir evidências e criar indicadores que permitam a avaliação dos resultados.
- A liderança da equipe de saúde e como ela poderia afetar os resultados do trabalho pode constituir um desafio. O treinamento sobre trabalho em equipe e liderança deve ser enfatizado para melhor desenvolver as habilidades de cada profissão, com a intenção de evitar sobreposição ou distorção das funções e responsabilidades de cada membro da equipe de atenção à saúde.

Educação interprofissional e prática colaborativa de diversas perspectivas internacionais

Objetivo 1: Comparar e contrastar abordagens à EIP e à prática colaborativa sob diversas perspectivas internacionais

Objetivo 2: Discutir estratégias e abordagens à EIP dentro do contexto institucional

- Gerar espaços de colaboração, tais como redes de colaboração, entre os principais atores nos países e internacionalmente, incluindo ministérios da saúde, representando órgãos administrativos e serviços de saúde; ministérios da educação e universidades; representantes da comunidade; e organizações sem fins lucrativos.

- Diagnosticar a situação atual da EIP em universidades e dentro da educação continuada dos prestadores de serviços de saúde por meio do ministério da saúde.
- Além de fortalecer o aspecto metodológico da EIP, também é importante fortalecer o seu trabalho científico relacionado que, por sua vez, prestará apoio ao seu progresso.
- Os países serão beneficiados através do aproveitamento do processo atual de reforma da educação superior, o que implica em mudanças nos regulamentos e normas, facilitando a implementação da EIP.
- A EIP também deveria ser refletida em leis e regulamentos e nas mensurações de desempenho dos profissionais da saúde. No momento, esses componentes são orientados principalmente por indicadores separados para cada profissão, com apenas alguns indicadores para equipes.
- Uma boa medida para iniciar um projeto com foco em educação em saúde interprofissional é o compromisso dos gerentes do sistema de saúde para com o trabalho interprofissional e a qualificação da força de trabalho existente.
- Necessidade de ampliar e alinhar estratégias ou iniciativas para o desenvolvimento do corpo docente em matéria de EIP e trabalho colaborativo, juntamente com educação de pós-graduação que contemple educação em saúde interprofissional.
- Necessidade de alinhar políticas nacionais referentes a profissionais da saúde. As políticas que já estão estabelecidas deveriam ser redirecionadas para ter como foco a prática colaborativa e EIP, com discussões entre o ministério da saúde e o ministério da educação.
- Necessidade de colocar na pauta a importância da EIP na saúde, aproveitando as estruturas e conexões existentes.
- Executar um mapeamento das experiências interprofissionais que existem nos países, tanto em educação de nível de graduação e pós-graduação, quanto na qualificação obtida no período de residência associada com atividades ou títulos universitários. Uma vez que essas experiências sejam identificadas, promovê-las em áreas onde EIP ainda não esteja sendo aplicada através de iniciativas piloto lideradas por órgãos do governo que promovem a EIP, incluindo o seu financiamento.
- Obter a adesão da coordenação local e também financiamento para avaliar os problemas de saúde locais (por ex., alcoolismo, atendimento em zonas rurais), onde as atividades de EIP provavelmente seriam úteis como ponto de partida.
- Em hospitais, as mudanças podem começar em um pavilhão, modificando a cultura de modo que médicos, fisioterapeutas e que toda a equipe possam trabalhar juntos na repercussão das mudanças para o resto do sistema hospitalar.
- Em países onde ainda não foi desenvolvida uma estratégia nacional relacionada com EIP, existe a necessidade de uma visão concreta do processo de incorporação no nível de qualificação de gerentes, pesquisa e outras áreas, além de uma visão mais estratégica e abrangente do impacto em diversos níveis macro, médio e micro.

- A necessidade de planejamento, reflexão e análise desenvolvidos em conjunto por docentes, prestadores de serviços de saúde, comunidades e representantes do setor social, a fim de identificar as necessidades do país e o potencial no nível de qualificação, bem como uma definição das competências transversais para o atendimento centrado em pessoas.
- Alguns países têm comissões interinstitucionais para a qualificação de recursos humanos em saúde, que podem ser organizações no nível federal que possibilitam a coordenação por dois setores do governo, como educação e saúde. Essas comissões se reúnem sistematicamente e elaboram acordos e recomendações que poderiam apoiar a EIP nesses países.
- As instituições educacionais poderiam ser beneficiadas com uma reorganização de todos os seus sistemas de estudos de pós-graduação, com vistas a promover o trabalho em conjunto entre várias áreas e campos de conhecimento. Tal reorganização é uma oportunidade para desenvolver ainda mais a EIP e a prática (um exemplo é a reorganização executada pela Universidade Autônoma Nacional do México, em que cerca de 300 programas de pós-graduação foram reduzidos a 41 programas).
- Alguns países têm experiências iniciais de EIP que são restritas a certos locais. No entanto, movimentos de mudança podem influenciar de modo positivo a implementação da EIP. Alguns exemplos são: incorporação de simulações; estudos relacionados com emergências e desastres; experiências de voluntariado, que são normalmente independentes das universidades mas que agora estão sendo incorporadas em planos curriculares, por exemplo, o Programa Nacional de Qualificação em Saúde Comunitária e Familiar, do Peru, em que o Ministério da Saúde do país, em aliança com as universidades, promove espaços de trabalho colaborativo que geram sistemas de aprendizado mais robustos e trabalho interprofissional; redes integradas de saúde, que possibilitam alianças estratégicas com universidades; programas que já integram aspectos de equipes interprofissionais (como o Serviço de Saúde Rural e Urbana Marginal no Peru, um programa de serviços comunitários que visa o desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção, principalmente em áreas rurais e urbanas marginais que são subdesenvolvidas); e órgãos que regulamentam os campos clínicos (por exemplo, o Comitê Nacional de Graduação em Saúde, no Peru).
- Neste contexto, o problema de espaços saturados em hospitais para a prática se torna uma oportunidade valiosa visto que força as universidades a repensarem os espaços de prática e, possivelmente, chegarem à conclusão de que esses espaços não são necessariamente o melhor ambiente para qualificação.
- Além de profissionais, as instituições estão educando cidadãos e, portanto, criando espaços de integração e aprendizado nas áreas de arte, música e teatro, enriquecendo as pessoas em todas as suas dimensões e facilitando o entendimento de que a atenção à saúde não deveria se restringir a uma única perspectiva.
- É também importante integrar e promover visões e experiências interculturais (por exemplo, na Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, no Peru, vários estudantes de graduação e pós-graduação e professores vivem na comunidade durante semanas para prestar atendimento integral).

- Além dos perfis profissionais individuais, também é necessário desenvolver os perfis das equipes de saúde, a fim de refletir as necessidades abrangentes de atenção à saúde da população.

Grupos de trabalho e discussões da apresentação

Objetivo 1: Como desenvolver e implementar a EIP na Região

Objetivo 2: Identificar parcerias potenciais entre países e dentro dos países para implementar e desenvolver a EIP

Objetivo 3: Discutir a viabilidade da EIP e o seu impacto na educação, e oportunidades de construção da força de trabalho na área de atenção à saúde do futuro

A última apresentação foi feita por Daniel Purcallas e moderada por Francisco Ariza Montoya. Eles discutiram a viabilidade e o impacto da EIP na construção da força de trabalho na área de saúde no futuro, preparando o ambiente para que cada país apresentasse suas respectivas metas futuras de EIP. O Dr. Montoya representou o programa da Colômbia de Desenvolvimento da Capacidade Humana em Saúde, parte do Ministério da Saúde e Proteção Social.

Cada país descreveu suas metas; cronogramas de 30, 60 e 90 dias para a implementação da EIP e os recursos necessários para atingir as metas. Além disso, foram identificadas estratégias para desenvolver parcerias com outros líderes de EIP na América Latina. Solicitou-se que cada país identificasse uma pessoa de contato para comunicação, para agir como elo entre o país e a OPAS. Além disso, pediu-se a todos os líderes dos países que apresentassem um relatório de cinco minutos e fornecessem mais informações sobre o seu plano aos representantes da OPAS.

Próximos passos e recomendações

Objetivo 1: Resumir os objetivos da reunião e os processos usados para atender os objetivos de aprendizado

Objetivo 2: Identificar oportunidades de colaborações entre os vários países a fim de promover a EIP e a prática colaborativa

Objetivo 3: Discutir o estabelecimento de um grupo técnico para apoiar as atividades da OPAS/OMS referentes a EIP

A última sessão foi um resumo culminante da oficina de três dias liderada pela Dra. Silvia Cassiani, após comentários dos três moderadores que discutiram o conteúdo e formato da oficina a partir da sua perspectiva: Marcela Groppo (Argentina), Claudia Brandão Gonçalves (Brasil) e Rigoberto Centeno (Panamá).

A Dra. Cassiani comentou que todos (em cada mesa de país) se saíram muito bem na identificação das metas, mas sugeriu que cada país identificasse atividades que fossem razoáveis e factíveis dentro de cada um dos prazos. Ela disse que era maravilhoso o fato de todos terem “pensado grande”, mas que era importante dividir as atividades em pequenas etapas, uma vez que se sentiriam muito assolados para atingir seus objetivos. A Dra. Cassiani apresentou aos participantes um cronograma para a consecução dos seus respectivos trabalhos. Cada país devia enviar um “Plano de Ação” para a OPAS até 20 de fevereiro de 2017. A tabela abaixo exibe os itens, os prazos, as responsabilidades e os materiais para a continuidade do trabalho.

Item	Prazo	Responsáveis	Materiais
Plano de ação de EIP	20 de fevereiro de 2017	Países	Planilha (20 de dezembro de 2016)
Relatório de progresso do plano de ação de EIP	15 de abril de 2017	Países	Planilha (20 de fevereiro de 2017)
Preparação para o webinar: resumo dos relatórios de progresso	16 a 22 de abril de 2017	OPAS/OMS/Escola de Enfermagem da Universidade de Washington	N/A
Webinar com os países	Última semana de abril de 2017	Países OPAS/OMS/Escola de Enfermagem da Universidade de Washington	N/A
Próximo evento	Primeira semana de setembro de 2017	País proponente: Brasil	N/A
Rede Regional de Educação Interprofissional	Formalizado pelo escritório da OPAS do país	Coordenação: Argentina, Brasil e Chile	N/A

Conclusões da reunião

A Dra. Zierler e o Dr. Willgerodt foram os facilitadores da sessão de comentários sobre o conteúdo e o formato da reunião, que tem por finalidade aprimorar a continuidade do processo.

As questões foram as seguintes: (1) O que foi bom? (2) O que poderia ter sido melhor? e (3) Cite a mensagem que mais lhe marcou nesta reunião.

1) O que foi bom?

- A reunião foi bem organizada.
- Houve oportunidades de aprender uns com os outros.
- Os palestrantes e facilitadores eram excelentes.
- Havia uma variedade notável de palestrantes e países representados.
- Foi ótimo a OPAS ter convidado as principais partes interessadas de cada país, incluindo educadores, ministros da saúde e educação, reguladores e organizações profissionais.



- Todos se esforçaram muito para elaborar seus planos de ação de EIP.
- As apresentações e experiências compartilhadas foram muito úteis.

O que poderia ter sido melhor?

- Havia necessidade de mais tempo para perguntas (feitas aos palestrantes e moderadores).
- Algumas palestras foram muito longas e não houve tempo para perguntas.
- Todos os países latino-americanos deveriam ter sido convidados (nem todos estavam representados).

Cite a mensagem que mais lhe marcou nesta reunião?

- Somos todos de países diferentes, mas enfrentamos desafios semelhantes e podemos aprender uns com os outros.
- Não precisamos reinventar a roda, pois tudo já foi criado, mas precisamos colaborar e expandir a partir do trabalho uns com os outros.
- A reunião foi um enorme sopro de ânimo para mim, pois venho observando um crescimento lento em EIP há 50 anos.
- Estou extremamente impressionado com os planos de ação preliminares que estão sendo elaborados por cada país – excelente trabalho.

DIA 3: TENDÊNCIAS E DESAFIOS NA EDUCAÇÃO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE





Dia 3: Tendências e desafios na educação de ciências da saúde

Tendências e desafios na educação de ciências da saúde: A função do PALTEX

Dra. Silvia Cassiani, coordenadora regional da PALTEX, e Eduardo Castro, administrador do PALTEX

O PALTEX é o programa de cooperação técnica da OPAS que vem apoiando a educação na área de saúde há mais de cinco décadas. Atualmente atende 20 Estados Membros da OPAS através de uma rede de 530 pontos de distribuição localizados em universidades, serviços de saúde e ministérios da saúde, já tendo fornecido mais de 8 milhões de livros e instrumentos a preços acessíveis. O PALTEX abrange a produção, a seleção e a distribuição de recursos didáticos tecnicamente relevantes e que facilitam o acesso de estudantes e pessoas que trabalham na área da saúde a conhecimentos e educação.

Perguntas aos atores

Chefes de departamentos, diretores, coordenadores acadêmicos e professores

- Quais são as novidades em relação a mudanças ou reelaborações curriculares (pedagógicas, estratégias didáticas, relação professor-aluno, tecnologia)?
- O atual Plano de Desenvolvimento das unidades acadêmicas contempla a modernização tecnológica como apoio à docência. De que forma o PALTEX poderia contribuir?
- Qual sua percepção sobre a capacidade de a Universidade e dos professores usarem as tecnologias?
- Quais cursos usam simuladores?
- Professores e estudantes têm a possibilidade de se conectarem e onde estão localizados os pontos de Wi-Fi?
- De que forma as tecnologias são aplicadas no processo de ensino/aprendizado? (vantagens e desvantagens).
- Que ferramentas são empregadas por alunos e os senhores para facilitar o aprendizado? fotocópias, livros, revistas, consulta na biblioteca, laboratórios?



Apesar do sucesso do programa, tornou-se necessário orientar o PALTEX quanto à inclusão de materiais e tecnologias digitais a fim de responder com mais eficácia às necessidades educacionais em mudança dos profissionais e técnicos de saúde na Região, consistentes com as orientações estratégicas e os preceitos da OPAS de alcançar a saúde universal.

A fim de avaliar essa mudança educacional, a OPAS empreendeu um estudo com universidades de ciências da saúde em seis países (Argentina, Brasil, Bolívia, Colômbia, México e Jamaica) em 2016. O estudo teve como foco a análise das tendências educacionais e dos recursos didáticos para o aprendizado de pedagogia em universidades, de modo a reorganizar e modernizar o PALTEX. A análise descritiva foi baseada na situação atual dos programas acadêmicos em termos das percepções dos usuários e as contribuições oferecidas por tecnologias da informação e comunicação. Um grupo de diretores de faculdades, professores, diretores de programas acadêmicos, bibliotecários e estudantes das escolas de ciências da saúde foram entrevistados, bem como gerentes de casas editoriais bem conhecidas.

Estes foram os resultados do estudo no contexto acadêmico:

- Exposição precoce a práticas da saúde;
- Estratégia pedagógica do aprendizado baseado em problemas;
- Um processo de ensino centrado nos estudantes que administram a sua própria qualificação com a orientação dos professores (autoqualificação);
- Incorporação da Tecnologia da Informação e Comunicações (TIC) como uma ferramenta para a busca de informações e programas de ensino através de mídia eletrônica e computadores;
- Integração entre as ciências básicas e clínicas;
- Criação de um currículo flexível e baseado em competência;
- Seleção de pacientes padronizados, tanto no ensino quanto nas avaliações; e
- Introdução de laboratórios de simulação para qualificação antes da rotação em hospitais.

Tecnologia em educação e respostas inovadoras a recursos humanos para as necessidades da área de saúde

Dr. John Gilbert, professor emérito da Universidade da Colúmbia Britânica e presidente fundador da Coalizão Canadense de Saúde Interprofissional

O Dr. Gilbert começou a sua apresentação mostrando um *smartphone* e dizendo que aquela era a melhor ferramenta de ensino que ele já teve. A tecnologia mudou significativamente, e o futuro da educação em medicina depende dela.

O modo como os estudantes aprendem e o modo como os professores ensinam não mudou substancialmente em 5000 anos. Espera-se que os estudantes se lembrem do que os professores possam ter dito ou daquilo que possam ter lido para que possam combinar algumas informações que, por sua vez, se tornam uma nova informação.

A posição do Dr. Gilbert em 50 anos de ensino mudou de modo impressionante. Entretanto, sua função continua a ser a de guiar o intelecto de pessoas mais jovens que estão ansiosas por aprender que existem lugares, ao longo do percurso de aprendizado, que valem a pena visitar.

É importante reconhecer que os livros, na realidade, não são a maior fonte de informações para os estudantes atualmente. Os livros que costumavam ficar nas prateleiras em edifícios muito grande agora podem ser obtidos eletronicamente para um aprendizado comum.



A educação tradicional ocorria na forma de texto - sala de aula - local de trabalho. O propósito de estar na sala de aula era obter uma educação e, em seguida, ir ao local de trabalho para aprender o trabalho que tinha que fazer. Agora a tecnologia leva à educação a capacidade de distribuir o aprendizado ao longo daquela sequência contínua, nos levando a uma situação muito diferente. Atualmente, o aprendizado distribuído consiste em texto – computador – on-line – rede – áudio conferência – vídeo conferência – sala de aula – local de trabalho. A capacidade de ensinar por teleconferência ou videoconferência nos trouxe de volta à sala de aula; porém, a sala de aula já não é mais aqui: agora ela está lá fora. Algumas taxonomias de aprendizagem envolvem o uso de tecnologia e apoio de aprendizagem. Os *smartphones* agora são um instrumento de aprendizagem para os estudantes e uma ferramenta para os médicos alcançarem as comunidades rurais.

Educação não é mais encher um balde e sim centelhar uma fogueira. A aprendizagem distribuída nos permite centelhar uma fogueira de diversas formas, que vão além de apenas ler um livro.

Tecnologia em educação e respostas inovadoras às necessidades dos recursos humanos para a área de saúde

Laura Morán, presidente da Associação Latino-Americana de Escolas e Faculdades de Enfermagem (ALADEFE)

A Dra. Morán indicou que vários autores destacaram a necessidade de introduzir novas tecnologias no processo de ensino clínico e a exploração das possibilidades de trabalho colaborativo entre profissionais.

Para avançar nesta área, as universidades e instituições de ensino superior devem incorporar os processos de inovação e reinvenção com base em alguns dos fatores apresentados a seguir.

Os cenários atuais de atenção à saúde exigem novos paradigmas, tanto em termos de assistência à saúde quanto da formação de profissionais no setor de saúde.

A educação de profissionais de saúde exige a incorporação de conhecimento, capacidade, atitudes e valores, além da introdução de novas tecnologias no processo de ensino clínico. Além disso, exige a exploração da possibilidade de trabalho interprofissional colaborativo. No nível macro, são necessárias a inovação e a reinvenção de processos em instituições de ensino superior, juntamente com o trabalho intersetorial, projetos educacionais que modificam os relacionamentos entre as necessidades sociais e os mercados de trabalho, e flexibilidade no ensino. No nível micro, é necessário treinar profissionais que sejam capazes de se adaptar a situações complexas e incertas. O estabelecimento de novos modelos e metodologias de ensino em programas da universidade e cursos de pós-graduação leva a soluções empreendedoras.

Foi demonstrado que a simulação clínica na prática da enfermagem permitiu aos alunos desenvolver **capacidade de análise, síntese e tomada de decisões**, sendo que essa é o xis da criação de uma ferramenta pedagógica que trabalha o **raciocínio clínico**.

**ELABORAÇÃO E
AVALIAÇÃO DA
EXPERIÊNCIA CLÍNICA
SIMULADA**



A tecnologia na educação acelerou a um ritmo vertiginoso e impregnou todos os aspectos da sociedade, se tornando cada vez mais necessário educar os professores.

As tecnologias educacionais usadas nas ciências da saúde podem ser agrupadas na simulação clínica e aprendizagem virtual com material de multimídia ou Internet (aprendizagem eletrônica). Um dos maiores benefícios dessas tecnologias é o fato de promoverem novas formas de produção e gestão de conhecimentos.

A simulação clínica não trata apenas dos aspectos clínicos, do hospital e de outros relacionados com o conhecimento empírico da saúde, mas também inclui o desenvolvimento de atitudes e habilidades de comunicação. As habilidades de comunicação podem ser abordadas por meio de simulação clínica e aspectos de atitudes favoráveis ou desfavoráveis no exercício da profissão na área da saúde.

Inovação é saúde, e inovar significa romper estruturas. A implementação de *know-how* pode ser um catalizador, mas o uso eficaz da tecnologia em universidades exige uma mudança de paradigma em termos de ensino e aprendizagem.

Educação transformadora: tecnologia no desenvolvimento do autoaprendizado e no desenvolvimento docente

Erica Wheeler, assessora de Recursos Humanos em Saúde, Coordenadora de Programas Sub-regionais da OPAS, Barbados

A Dra. Wheeler apresentou o *site* da plataforma eletrônica das diretrizes da OMS referentes à transformação e avanço da educação e qualificação dos profissionais da saúde. Ela explicou como a tecnologia foi usada no

Transformative Education for Health Professionals

Register Login

WHO Guidelines Resources Multimedia Case studies Blog Ebook on SDH WHO Disclaimer

Breaking News See More

Education and training is at the centre of global agenda; follow news on UN Commission and WHO Global Strategy on Human Resources for Health.

TO SDH WIKI STAY CONNECTED VIDEOS CASE STUDY MAP

Thematic areas

- > Students; transforming health workforce education for the future
- > Social determinants of health
- > eLearning / ICT for Health
- > Interprofessional education
- > Community based and health systems education
- > Social accountability
- > Civil society suggestions

eBook Agile Development Summary

Participate in the agile development process of an eBook on integrating the social determinants of health approach in health workforce education. Each month we give an update on the discussions, events, reports and case studies. Join Us !

Name *

E-mail *

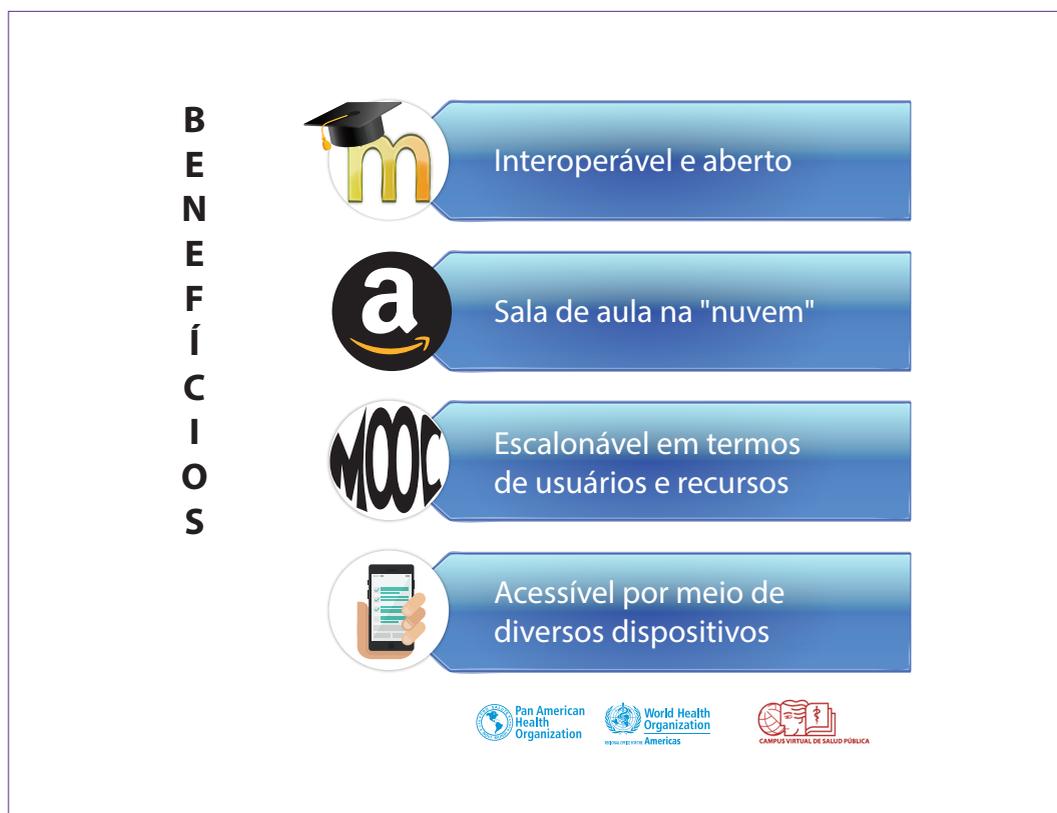
desenvolvimento da plataforma eletrônica para alcançar e informar profissionais da saúde, vincular estudantes e pesquisadores, e conquistar um público mais amplo. A plataforma eletrônica interativa está vinculada ao *site* da OMS para comentários e sugestões. Ela fornece uma orientação técnica e política conduzida na área de educação pré-serviço, particularmente em países com escassez de médicos, enfermeiros, parteiras e outros profissionais da saúde. Também orienta os países sobre como integrar o desenvolvimento profissional contínuo como parte do avanço na formação de médicos, enfermeiros, parteiras e outros profissionais da área da saúde, a fim de assegurar a superioridade do atendimento, a prestação rápida e positiva de serviços de saúde e sistemas de saúde sustentáveis.

A plataforma eletrônica oferece uma biblioteca de vídeos e imagens, um blog e uma seção dedicada a determinantes sociais. Há também seções que abordam aprendizagem eletrônica, educação interprofissional, educação em sistemas comunitários de saúde, responsabilidade social e outros tópicos.

Educação transformadora: tecnologia no desenvolvimento do autoaprendizado e no desenvolvimento docente

Gabriel Listovsky, coordenador do Campus Virtual de Saúde Pública, OPAS/OMS

O Campus Virtual de Saúde Pública é uma iniciativa e um instrumento de cooperação técnica da OPAS e dos países da Região que visa promover programas de educação permanente, qualificação em serviço e aprendizagem à distância em saúde pública. Foi concebido como uma rede de nós, isso é, com um nó de integração regional administrado pela OPAS/OMS, e nós nacionais ou institucionais para o compartilhamento,



colaboração e criação de processos educacionais em saúde pública. A rede abrange mais de 160 instituições de saúde pública. O Campus Virtual de Saúde Pública tem mais de 260.000 participantes que concluíram alguns dos cursos virtuais usando a web e outros aplicativos criados para dispositivos móveis.

Os recursos educacionais oferecidos pela rede possibilitam o apoio a diversas modalidades de implementação, com base no potencial do ambiente virtual e adaptado às várias propostas e necessidades educacionais dos países e instituições. Eles incluem:

- cursos presenciais de qualificação ou programas que incorporam aprendizagem sistemática e monitoração de atividades por meio do ambiente virtual e seus vários recursos de comunicação e conhecimento em rede;
- cursos ofertados inteiramente em ambiente virtual, com orientação e aulas particulares, bem como grupos definidos de participantes;
- cursos auto-orientados com acesso livre e individual, utilizando diversos materiais disponíveis e pesquisas pessoais em fontes de informações; e
- cursos virtuais que incluem fases ou segmentos diferentes de trabalho presencial.

Seria interessante definir o modo como os estudantes estão aprendendo atualmente, que recursos estão usando e em que direção concentraremos nossas iniciativas. Deveríamos considerar e oferecer produtos que articulem materiais para instituições acadêmicas, equipes de ensino e estudantes, além de assegurar que esses estejam disponíveis em diferentes dispositivos. Deveríamos qualificar professores abrindo as portas a várias alternativas de trabalho e tendo em mente a democratização do acesso.

Discussões do grupo de trabalho

Quais são as tendências e os desafios da educação em saúde?

Tendências: As tendências em educação em saúde voltam-se à virtualização, espaços dinâmicos mestres, ensino de acordo com as competências, EIP, simulações e redução de prazos de ensino. Alguns professores com maior tempo de atuação não estão dispostos a mudar ou se adaptar a mudanças tecnológicas.

Das perspectivas acadêmicas e do ministério da saúde, cabe ressaltar três tendências específicas: educação baseada em competências, adaptação de modificações curriculares produzidas em universidade para atender as necessidades dos serviços de saúde dentro da estrutura de prioridades dos países e incorporação de tecnologias.

Desafios: Em termos de desafios, é necessário elaborar materiais atualizados, ferramentas dinâmicas de ensino, fóruns, ferramentas de PowerPoint e trabalho em campo, bem como de se adaptar a novas tecnologias e modificar o currículo acadêmico visando à educação interprofissional e o uso dessas novas tecnologias. Além disso, é necessário desenvolver habilidades e conhecimentos entre professores, estudantes, profissionais e gerentes que não usam tecnologias da informação. A qualificação e a educação continuada de docentes em universidades e ministérios da saúde deveriam incorporar tecnologia e educação interprofissional. Existem também desafios culturais. Alguns estudantes podem adotar as novas tecnologias; outros, no entanto, inclusive professores, têm receio de usar novas tecnologias.



Que medidas e recomendações devem ser adotadas?

Medidas e recomendações: A qualificação dos professores é importante e deveria ser obrigatória. Novas estratégias pedagógicas e tecnologias devem ser incorporadas. Os professores devem receber treinamento em tecnologias da informação. Devem ser elaboradas estratégias metodológicas para obter um alinhamento eficaz entre os participantes; é necessário reestruturar os serviços de saúde; existe a necessidade de criar um espaço para o diálogo entre regulamentadores e políticos, bem como entre aqueles a quem as políticas são orientadas para que as decisões possam ser tomadas de maneira mais participativa.

Precisamos criar grupos colaborativos entre as instituições e entre os países visando a cooperação internacional. Precisamos criar espaços individuais para que as pessoas possam aprender novas tecnologias. Por último, precisamos usar princípios que tenham por base equipes interprofissionais para acomodar professores que não mudarão a forma como trabalham.

Anexo



AGENDA

A Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) fornecem apoio de modo constante aos países na Região das Américas a fim de melhorar os resultados de saúde por meio do fortalecimento dos sistemas de saúde. A Unidade de Recursos Humanos em Saúde promove e contribui para o esforço de toda a Organização no sentido de fortalecer as capacidades da força de trabalho em saúde, possibilitando o Acesso Universal à Saúde e a Cobertura Universal de Saúde (Saúde Universal) nos países da Região.

São necessárias abordagens inovadoras que ajudem a desenvolver políticas e programas que fortaleçam a força de trabalho mundial em saúde. A colaboração interprofissional é reconhecida como uma estratégia inovadora e uma das soluções mais promissoras para ajudar a aliviar a crise mundial da força de trabalho em saúde. A prática colaborativa na atenção à saúde ocorre quando profissionais de diferentes formações se reúnem para oferecer serviços integrais no trabalho com pacientes, suas famílias e comunidades, a fim de prestar a mais alta qualidade de atendimento em todos os ambientes.

As equipes interprofissionais de atenção à saúde entendem de que forma aperfeiçoar as habilidades dos seus membros a fim de oferecer serviços de saúde holísticos, centrados nos pacientes e de alta qualidade. Neste sentido, a educação interprofissional é uma abordagem necessária no desenvolvimento de uma força de trabalho em saúde que esteja bem preparada para responder às necessidades locais de saúde em um ambiente dinâmico. Portanto, a EIP é uma estratégia importante para promover recursos humanos no âmbito da saúde em termos de capacidade e desfechos e assim fortalecer os sistemas de saúde.

A OPAS/OMS vem discutindo uma nova pauta regional referente a recursos humanos em saúde dentro da estrutura da *Estratégia Global em recursos humanos para a saúde* e saúde universal. De acordo com a OMS, é urgente adotar e difundir um modelo de EIP. Portanto, a iniciativa de iniciar o debate sobre educação interprofissional na Região das Américas se alinhará com a nova estratégia regional e global de recursos humanos para a saúde.

Objetivos

O objetivo desta reunião é fornecer aportes, solicitar sugestões e estimular o debate entre os participantes a fim de entender o contexto da EIP nos diferentes países. Um dos principais focos da reunião será aprender com os países que têm experiência em EIP e em práticas colaborativas, bem como identificar desafios, barreiras e fatores facilitadores que existem na prática e nos níveis de educação e política na Região das Américas. Durante o último dia, haverá um debate sobre tecnologia e educação em ciências da saúde e sobre a função do PALTEX no oferta de acesso a essa tecnologia.

Resultados

A OPAS/OMS elaborará um documento de recomendações para a implementação de programas e políticas de EIP na América Latina e Caribe. A OPAS/OMS também estabelecerá um grupo técnico que proporá iniciativas para desenvolver e aprimorar a EIP nas Américas com o objetivo de promover o acesso às equipes interprofissionais de saúde e, desta forma, fortalecer os sistemas e a atenção à saúde.

Público previsto

Representantes de ministérios da saúde, ministérios da educação, associações profissionais e instituições acadêmicas dos países da América Latina e Caribe.

Metodologia

- Reunião técnica regional
- Apresentações individuais e painéis
- Discussões em grupo e plenárias

Organização

A Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde promoveu esta reunião por meio da Unidade de Recursos Humanos em Saúde, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, em colaboração com a Escola de Enfermagem da Universidade de Washington.

Local

Hotel Cosmo 100

Ac. 100 #19A 83, Bogotá, Colômbia

Tel.: +57 1 6444000



AGENDA

Quarta-feira, 7 de dezembro de 2016

- 08:00-08:30** *Credenciamento dos Participantes*
- 08:30-08:45** **Sessão de Boas Vindas**
Gina Watson, Representante da OPAS/OMS Colômbia
James Fitzgerald, Director, Departamento Sistemas e Serviços de Saúde OPAS/OMS
Silvia Cassiani, Assessora Regional de Enfermagem OPAS/OMS
- 08:45-09:20** **Agenda, logística e apresentação dos participantes**
Azita Emami, Diretora, University of Washington School of Nursing (UWSON)
Brenda Zierler, Diretora de Investigação e Capacitação Center for Health Sciences Interprofessional Education, Research & Practice (CHSIERP), University of Washington
Sabrina Mikael, Consultora Internacional, Unidade Recursos Humanos para a Saúde, OPAS/OMS
- 09:20-09:40** **Fundamento da Educação Interprofissional**
Malcolm Cox, Co-presidente, Global Forum on Innovation in Health Professions Education, National Academy of Medicine (NAM), Estados Unidos de America
Moderador: Arlindo Phillip, Professor, Faculdade de Saúde Pública, Universidade São Paulo
Objetivo 1: Definir e descrever a EIP e sua relação com a Atenção à Saúde Colaborativa baseada no Trabalho em equipe.
Objetivo 2: Avaliar os dados científicos sobre a eficácia da EIP e a melhoria dos resultados nas condições de saúde dos pacientes e da população em geral.
- 09:40-10:00** **Marco para Educação e colaboração interprofissionais a nível nacional, regional e muncial**
John Gilbert, Professor Emérito, University of British Columbia e Presidente Fundador, Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC)
Moderador: CHILE - Eduardo Tobar Almonacid, Diretor Acadêmico, Facultad de Medicina do Universidad de Chile
Objetivo 1: Debater como o IPE pode ser projetado para produzir uma saúde global mão-de-obra preparada para a prática colaborativa

Objetivo 2: *Descrever o marco de ação da OMS no âmbito da educação e colaboração interprofissionais, apresentar exemplos de locais onde já se estabeleceu práticas de utilização da EIP e debater as possibilidades para que as políticas possam superar obstáculos que afetam a implementação da EIP.*

10:00-10:20

Bases da Educação interprofissional: características, recursos e compromissos individuais e institucionais que favorecem o desenvolvimento para o Trabalho em equipe

Mayumi Willgerodt, Diretor de graduação, Professor, School of Nursing and Health Studies Professor, University of Washington

Moderador: MÉXICO - Ricardo Octavio Morales Carmona, Diretor Geral Adjunto, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Secretaría de Salud México

Objetivo 1: *Debater os recursos e estratégias institucionais que são necessárias para apoiar o desenvolvimento e execução e avaliação da EIP.*

Objetivo 2: *Determinar as barreiras individuais, institucionais e na política que devem ser superadas para a manutenção das iniciativas de EIP.*

10:20-10:35

Café

10:35-12:30

EIP – Grupos de Trabalho e discussões

Objetivo 1: *Debater o estado atual da Educação em saúde e a função da EIP enquanto estratégia para promover a transformação e expansão da formação e da qualificação dos profissionais de saúde.*

Objetivo 2: *Analisar o significado da EIP no context institucional*

12:30-13:30

Almoço

13:30-13:50

Desenvolvimento docente para a EIP

Brenda Zierler, Diretora, CHSIERP, University of Washington

Moderador: COSTA RICA - Lizbeth Salazar, Diretora, Escuela de Medicina, Universidad de Costa Rica

Objetivo 1: *Determinar e analisar quais são as competências necessárias para o ensino voltado para a EIP, assim como as barreiras individuais e institucionais que influenciam na EIP.*

Objetivo 2: *Debater as estratégias adotadas para a preparação de docentes das diferentes áreas da saúde e profissionais de saúde para a colaboração interprofissional, de modo que haja esforços para utilização das bases da EIP e promovam a atenção interprofissional baseada no Trabalho em equipe.*

13:50 -14:20

PANEL: Proposta de um programa de estudos para a Educação interprofissional

Malcolm Cox, Co-Presidente, Global Forum on Innovation in Health Professions Education, NAM Brenda Zierler, Diretora, CHSIERP, University of Washington

Moderador: BRASIL - Erika Rodrigues de Almeida, Coordenadora, Diretoria de Desenvolvimento de Educação na Saúde, Ministerio da Educação do Brasil

Objetivo 1: *Avaliar um modelo conceitual de EIP que contemple o processo desde a formação até o exercício profissional na área da saúde.*

Objetivo 2: *Debater um marco conceitual para a EIP em que se descreva as relações existentes entre a EIP e a Educação básica, formação na graduação e pós-graduação e demais programas de formação profissional.*

14:20 -14:40

Transformar e ampliar a formação e qualificação dos profissionais de saúde

*Erica Wheeler, Assessora de Recursos Humanos para Saúde, OPAS/OMS
Moderador: URUGUAY - Mercedes Pérez, Decana, Facultad de Enfermería, Universidad de la Republica*

Objetivo 1: *Debater, de forma breve, o atual estado da formação em saúde a nível mundial e apresentar aspectos específicos relacionados a Região das Américas.*

Objetivo 2: *Debater a visão da Educação transformadora e as recomendações para transformar e ampliar a formação e a qualificação dos profissionais de saúde.*

14:40 -15:45

EIP – Grupos de Trabalho e discussões

Objetivo 1: *Descrever as oportunidades, os desafios, as barreiras e os fatores que favorecem a elaboração e o desenvolvimento de programas de estudos relacionados com a EIP.*

Objetivo 2: *Debater as oportunidades e desafios para o desenvolvimento docente para a EIP no context institucional.*

15:45 -16:00

Café

16:00-17:30

EIP – Grupos de Trabalho e discussões (continuação)

AGENDA

Quinta-feira, 8 de dezembro de 2016

08:00-09:45

PAINEL: Experiências dos países sobre o tema da Educação Inteprofissional

Moderador: PERU - María Paola Lucía Llosa Isenrich, Decana, Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia

Argentina: Educação e Colaboração Interprofissionais

Larisa Carrera, Diretora, Escuela de Ciencias Médicas, Universidad Nacional del Litoral

Objetivo 1: Analisar o estado das políticas atuais que favorecem e dificultam a implementação da EIP na Argentina

Objetivo 2: Descrever as experiências positivas e negativas resultados do estabelecimento da Educação e colaboração interprofissionais na Argentina.

España: Saúde Pública e Educação Interprofissional

Juan Jose Buenza, Diretor, Programa Interprofesional y de Práctica Colaborativa de la Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud, Universidad Europea

Objetivo 1: Debater as estratégias e metas que devem ser estabelecidas para que seja incorporada a abordagem da EIP no setor de saúde pública.

Objetivo 2: Descrever os benefícios e os desafios para a saúde pública ao adotar a EIP como abordagem educacional para a formação em saúde.

Chile: Educação Inteprofissional no ensino das Ciências em Saúde

Eduardo Tobar Almonacid, Diretor Acadêmico, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile

Objetivo 1: Analisar as experiências da utilização da EIP no Chile e o atual estado.

Objetivo 2: Descrever os benefícios e os desafios para a adoção da EIP.

Brasil: Iniciativas de Educação Interprofissional

Marcelo Viana da Costa, Docente do curso de pós-graduação, Universidade Estadual de Rio Grande do Norte

Objetivo 1: Analisar as políticas atuais que favorecem e dificultam a utilização da EIP no Brasil

Objetivo 2: Determinar as oportunidades de colaborar com as experiências e avaliação da EIP

Reino Unido: Centro para o Avanço da Educação Interprofissional

Elizabeth Anderson, Professora de Educação Interprofissional, College of Medicine, Biological Sciences and Psychology, University of Leicester

Objetivo 1: *Analisar a visão e metas do Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE) para promover a educação e colaboração interprofissionais na Europa.*

Objetivo 2: *Descrever as estratégias de aprendizagem positivas e negativas a partir do estabelecimento de um centro nacional com atuação no tema da EIP.*

Canadá: Canadian Interprofessional Health Collaborative

John Gilbert, Professor Emérito, University of British Columbia y Presidente Fundador, Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC)

Objetivo 1: *Descrever as estratégias utilizadas e as dificuldades enfrentadas para utilizar a EIP com a colaboração interprofissional para transformar a atenção à saúde do Canadá.*

Objetivo 2: *Analisar a visão e metas do CIHC para promover a liderança no tema da EIP no Canadá.*

09:45-10:45

EIP – Grupos de Trabalho e discussões

Objetivo 1: *Comparar as diversas abordagens que se utilizam da Educação e colaboração interprofissionais nas diversas perspectivas internacionais.*

Objetivo 2: *Debater os diferentes enfoques e estratégias da EIP no context institucional*

10:45-11:00

Café

11:00-12:00

EIP - Grupos de Trabalho e discussões (continuação)

12:00-13:00

Almoço

13:00-13:20

Regulamentação do exercício profissional no âmbito da saúde e as implicações para a colaboração interprofissional

Hernán Sepúlveda, Assesor Regional de Recursos Humanos para Saúde, OPAS/OMS

Moderador: PERU - Manuel León Nuñez Vergara, Diretor de Relações Internacionais, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Objetivo 1: *Determinar o marco de ação para a regulamentação profissional nos diferentes países da região.*

Objetivo 2: *Debater as implicações da regulamentação profissional para a colaboração interprofissional*

13:20-13:40

Gestão de equipes de saúde interprofissionais

Brenda Zierler, Diretora, CHSIERP, University of Washington

Moderador: COSTA RICA - Sinai Valverde Ceciliano, Dirección de Garantía de Acceso a Servicios de Salud (DGASS), Ministério da Saúde Costa Rica

Objetivo 1: *Descrever os modelos de Gestão de equipes de saúde interprofissionais e as implicações para a sua adoção e desenvolvimento.*

Objetivo 2: *Descrever os aprendizados positivos e negativos provenientes do estabelecimento dos modelos de Gestão de equipes de saúde interprofissionais.*

13:40-14:40

EIP – Grupos de Trabalho e discussões

Objetivo 1: Debater os modelos de Gestão de equipes interprofissionais de saúde e os aprendizados para a utilização na prática.

Objetivo 2: Debater as repercussões relacionadas a regulamentação das profissões da área da saúde no contexto da colaboração interprofissional.

14:40-15:00

Café

15:00-17:00

EIP – Apresentações dos grupos de Trabalho Moderadores:

COLOMBIA - Francisco Ariza Montoya, Coordenador do Grupo de formação de TALENTO Humano em Saúde, Ministério da Saúde e Proteção Social ;

PANAMÁ - Daniel Purcallas, Coordenador, Faculdade de Ciências Médicas, Universidad Latina de Panamá

Objetivo 1: Como criar e implementar programas de EIP na Região.

Objetivo 2: Definir potenciais alianças entre os países para elaborar e desenvolver programas de EIP.

Objetivo 3: Debater a viabilidade de utilização da EIP e sua repercussão na formação, as oportunidades de fortalecer a força de Trabalho em saúde para a atenção em saúde.

17:00-18:00

Próximos passos e recomendações

Silvia Cassiani, Assessora Regional de Enfermagem, OPAS/OMS

Sabrina Mikael, Consultora Internacional, Unidade de Recursos Humanos para Saúde, OPAS/OMS

Brenda Zierler, Diretora, CHSIERP, University of Washington

Moderadores:

ARGENTINA - Marcela Groppo, Diretora de Acreditação, Comissão Nacional de Avaliação e Acreditação Universitária, Ministério de Educação e Esporte

BRASIL - Cláudia Brandão Gonçalves, Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), Secretaria de Gestão da Educação na Saúde, Ministério da Saúde do Brasil

PANAMÁ - Rigoberto Centeno, Columbus University y la Universidad Latina, Sociedad Panameña de Salud Pública

Objetivo 1: Resumir os objetivos da reunião e os processos utilizados para alcançar os objetivos de aprendizagem.

Objetivo 2: Destacar as oportunidades de colaboração entre os diversos países para promover a Educação e colaboração interprofissionais

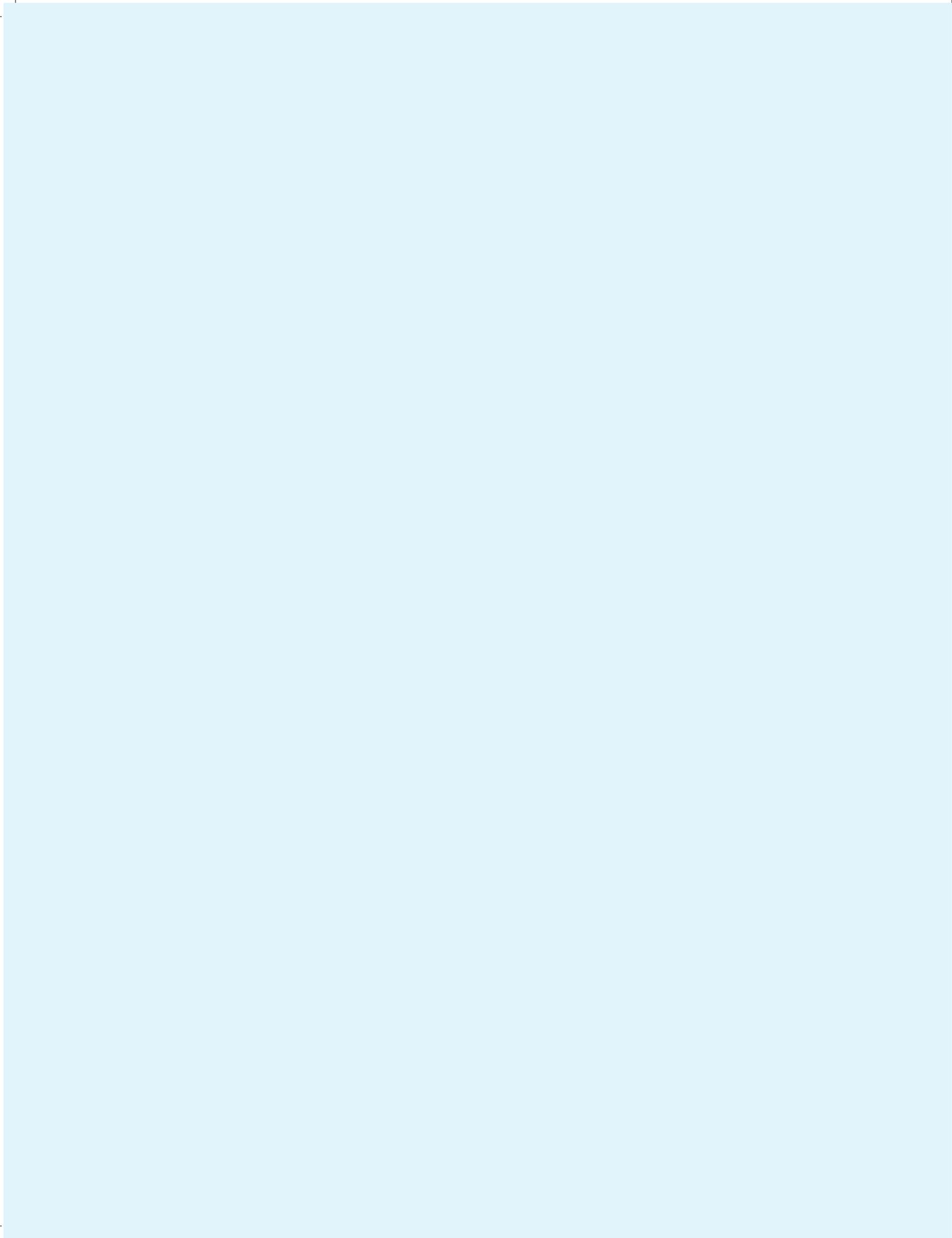
Objetivo 3: Debater sobre o estabelecimento de um grupo técnico para apoiar as atividades da OPS/OMS para o tema da EIP.



AGENDA

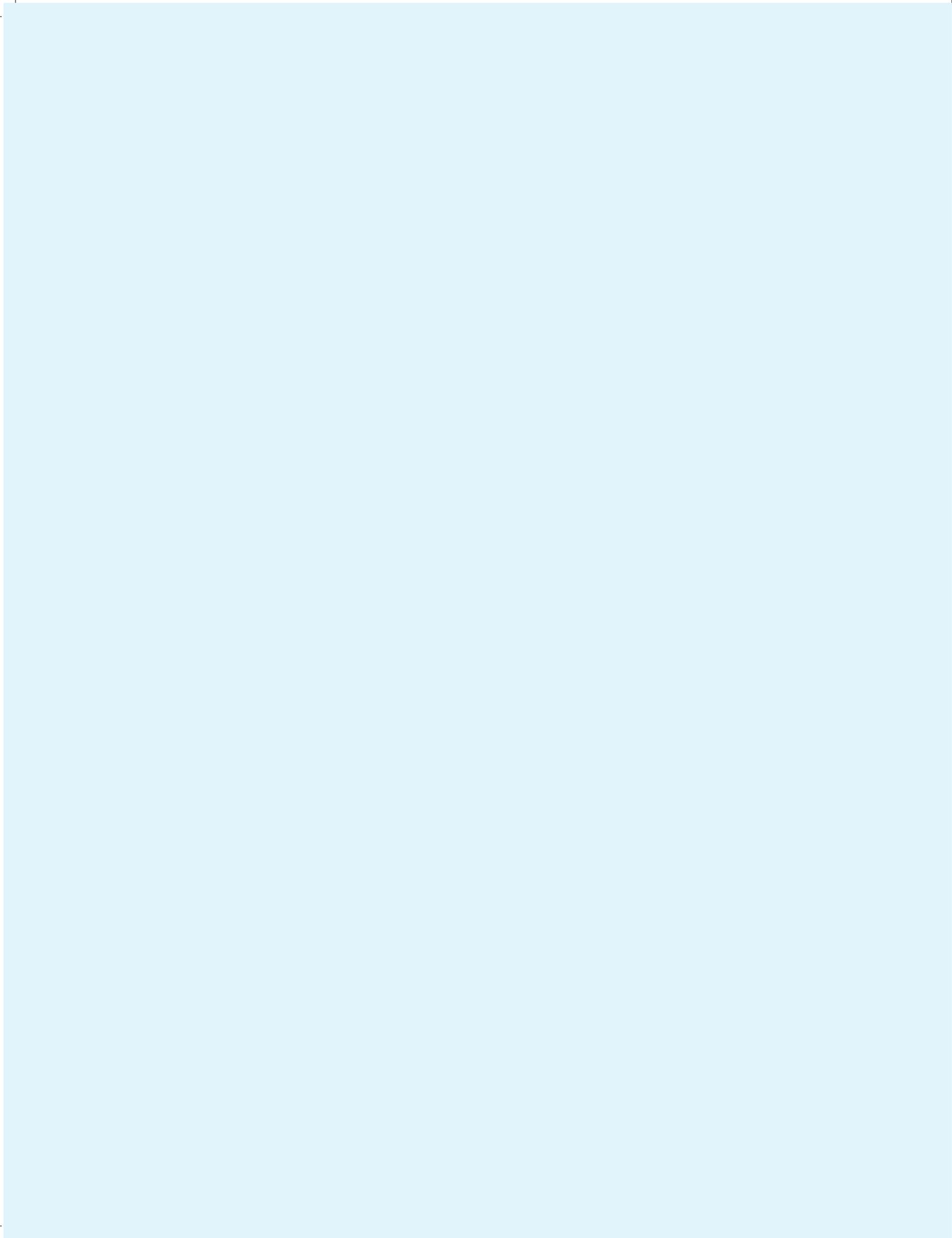
Sexta-feira, 9 de dezembro de 2016

08:30-08:45	Formação em Ciências da Saúde para avançar a saúde universal <i>Gina Watson, Representante da OPAS/OMS Colombia</i>
08:45- 09:00	Tendências e desafios para a formação em ciências da saúde: a função do PALTEX <i>Silvia Cassiani, Coordenadora Regional, PALTEX, OPAS/OMS</i>
09:00-09:30	Tecnologia no campo da formação e respostas inovadoras para satisfazer as necessidades de saúde para a area de recursos humanos <i>John Gilbert, Professor Emérito, University of British Columbia y Presidente Fundador, Canadian Interprofessional Health Collaborative</i> <i>Laura Morán, Presidenta, Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE)</i>
09:30-10:30	<i>PALTEX – Grupos de Trabalho e discussões</i>
10:30-10:45	<i>Café</i>
10:45-12:00	<i>PALTEX – Grupos de Trabalho e discussões</i>
12:00-13:00	<i>Almuerzo</i>
13:00-14:00	Educação transformadora: tecnologia nos processos de autoaprendizado e desenvolvimento docente <i>Erica Wheeler, Assessora de Recursos Humanos para Saúde, OPAS/OMS</i> <i>Gabriel Listovsky, Coordenador Campus Virtual Saúde Pública,OPAS/OMS</i>
14:00-16:00	<i>PALTEX – Grupos de trabalho, apresentações e discussões</i>
16:00-16:15	<i>Café</i>
16:15-17:00	Conclusões <i>Silvia Cassiani, Coordenadora Regional, PALTEX, OPAS/OMS</i>
17:00-17:30	Comentários Finais <i>James Fitzgerald, Director, Departamento de Sistemas e Serviços de Saúde, OPAS/OMS</i> <i>Fernando Menezes, Chefe de Unidade, Unidade de Recursos Humanos para Saúde, OPAS/OMS</i>



Lista de participantes





ARGENTINA

Kumiko Eiguchi
Subsecretário de Políticas, Regulação e Controle
Ministério da Saúde da Nação
Buenos Aires, Argentina

Larisa Carrera
Dean, Faculdade de Ciências Médicas
Universidade Nacional do Litoral
Santa Fe, Argentina

Marcela Groppo
Diretor de Credenciamento do
Comissão Nacional de Avaliação e Credenciamento Universitário
Ministério da Educação da Nação
Buenos Aires, Argentina

BRASIL

Arlindo Philippi Junior
Professor Titular
Escola de Saúde Pública
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brazil

Cláudia Brandão Gonçalves
Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Substituta Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES
Ministério da Saúde
Brasília, Brazil

Erika Rodrigues de Almeida
Coordenadora-geral de Expansão e Gestão da Educação em Saúde
Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde Secretaria de Educação Superior Ministério da Educação
Brasil Brasília, Brazil

José Rodrigues Freire Filho
Assessor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Ministério da Saúde
Brasil Brasília, Brazil

Marcelo Viana da Costa
Professor
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Natal, Brazil

Marcia Valeria Ribeiro de Queiroz Santan
Superintendente de Gestão Profissional e Educação na Saúde
Governo do Estado do Tocantins
Palmas, Brazil

CANADA

John Gilbert
Professor emérito
University of British Columbia, Canadá
Founding Chair
Canadian Interprofessional Health Collaborative
Vancouver, Canadá

CHILE

Antonio Orellana
Presidente
Associação das Faculdades de Medicina do Chile
Valparaíso, Chile

Consuelo Cerón
Membro do Conselho Consultivo
Associação Chilena de Educação em Enfermagem
Santiago, Chile

Eduardo Tobar Almonacid
Diretor Acadêmico, Faculdade de Medicina
Universidad de Chile
Santiago, Chile

Michelle Guillou Maudet
Departamento de Planejamento e Controle de Gestão de Recursos Humanos
Ministério da Saúde
Santiago, Chile

Paz Soto
Presidenta
Associação Chilena de Educação em Enfermagem
Santiago, Chile

COLÔMBIA

Eliana Hurtado
Consultora da Direção de Desenvolvimento de Talento Humano em Saúde
Ministério da Saúde e Proteção Social Colômbia
Bogotá, Colômbia

Fabiola Castellanos
Vice-presidente
Associação Colombiana de Faculdades de Enfermagem (ACOFAEN)
Bogotá, Colômbia

Francisco Ariza Montoya
Coordenador do Grupo de Treinamento de Talentos Humanos em Saúde
Ministério da Saúde e Proteção Social Colômbia
Bogotá, Colômbia

Johan Másmela Murcia
Presidente
Conselho de Administração Nacional
Associação Nacional das Enfermeiras da Colômbia
Bogotá, Colômbia

Myriam Duran Parra
Vice-Presidente da Região
Associação Colombiana de Faculdades de Enfermagem (ACOFAEN)
Bogotá, Colômbia

Renata Virginia González Consuegra
Presidenta
Associação Colombiana de Faculdades de Enfermagem (ACOFAEN)
Bogotá, Colômbia

Yenny Barajas
Profissional Especializado em Desenvolvimento
Talento humano em saúde
Ministério da Saúde e Proteção Social Colômbia
Bogotá, Colômbia

COSTA RICA

Lizbeth Salazar Sanchez
Diretor, Escola de Medicina
Universidade da Costa Rica
San José, Costa Rica

Sinaí Valverde Ceciliano
Direção de Garantia de Acesso aos Serviços de Saúde (DGASS)
Ministério da Saúde Costa Rica
San Jose, Costa Rica

ESPANHA

Juan José Beunza

*Professor Associado de Saúde Pública e Educação Interprofissional
Diretor do Programa de Prática e Colaboração Interprofissional
Faculdade de Ciências Biomédicas e de Saúde
Universidad Europea de Madrid (Universidade Internacional Laureada)
Madrid, Espanha*

ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA

Brenda Zierler

*Diretor de Pesquisa e Treinamento
Centro de Ciências da Saúde, Educação Interprofissional,
Pesquisa e Prática (CHSIERP)
Universidade de Washington
Seattle, Estados Unidos da América*

Malcolm Cox

*Co-presidente
Fórum Global sobre Inovação em Educação de Profissões de Saúde
U.S. Cadeira da National Academy of Medicine
Conselho Nacional de Afiliações Acadêmicas
Filadélfia, Estados Unidos da América*

Mayumi Willgerodt

*Professor
Departamento de Enfermagem Biofeshavioral e Sistemas de Saúde
Escola de Enfermagem da Universidade de Washington
Seattle, Estados Unidos da América*

GUATEMALA

Alfredo Moreno Quiñonez

*Faculdade de Medicina
Universidade de São Carlos de Guatemala
Cidade da Guatemala, Guatemala*

Alicia Ruano De La Cruz

*Departamento de Treinamento de Recursos Humanos em Saúde
Ministério da Saúde
Cidade da Guatemala, Guatemala*

Marina Méndez Guerra

*Coordenação Interinstitucional
Ministério da Saúde
Cidade da Guatemala, Guatemala*

JAMAICA

*Steve Weaver
Dean, Universidade de West Indies
School of Nursing (UWISON)
Kingston, Jamaica*

MÉXICO

*Presidente
Associação Latino-Americana de Escolas e Faculdades de Enfermagem
ALADAFE
Cidade do México, México*

*Ricardo Octavio Morales Carmona
Vice-diretor-geral
Direção Geral de Qualidade e Educação em Saúde
Ministério da Saúde do México
Cidade do México, México*

*Salvador Malo Álvarez
Diretor Geral de Educação Universitária Superior
Secretária de Educação Pública
Ministério da Educação do México
Cidade do México, México*

PANAMA

*Daniel Purcallas
Coordenador, Faculdade de Ciências Médicas
Universidade do Panamá
Cidade do Panamá, Panamá*

*Rigoberto Centeno
Professor de Saúde Pública
Universidade Latina
Sociedade Panameña de Saúde Pública
Cidade do Panamá, Panamá*

PERU

*Manuel León Nuñez Vergara
Diretor de Relações Internacionais
Faculdade de Medicina, Universidade Nacional de San Marcos
Lima, Peru*

*María Paola Lucía Llosa Isenrich
Dean, Faculdade de Medicina Alberto Hurtado
Universidade peruana Cayetano Heredia
Lima, Peru*

URUGUAI

*Mercedes Pérez
Dean, Faculdade de Enfermagem
Universidade da República
Montevideu, Uruguai*

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

*Silvia Cassiani
Consultor Regional em Enfermagem e Pessoal de Saúde Aliada
Recursos Humanos para a Saúde
Organização Pan-Americana da Saúde
Washington D.C., Estados Unidos da América*

*Hernán Sepúlveda
Consultor Regional em Recursos Humanos para a Saúde
Recursos Humanos para a Saúde
Organização Pan-Americana da Saúde
Washington D.C., Estados Unidos da América*

*Erica Wheeler
Conselheiro, Recursos Humanos para a Saúde
Coordenação do Programa Sub Regional
Organização Pan-Americana da Saúde
Bridgetown, Barbados*

*Eduardo Castro
Especialista em Gestão de PALTEX
Recursos Humanos para a Saúde
Organização Pan-Americana da Saúde
Washington D.C., Estados Unidos da América*

*Rossana Frías de Yaksic
Técnica Editorial de PALTEX
Recursos Humanos para a Saúde
Organização Pan-Americana da Saúde
Washington D.C., Estados Unidos da América*

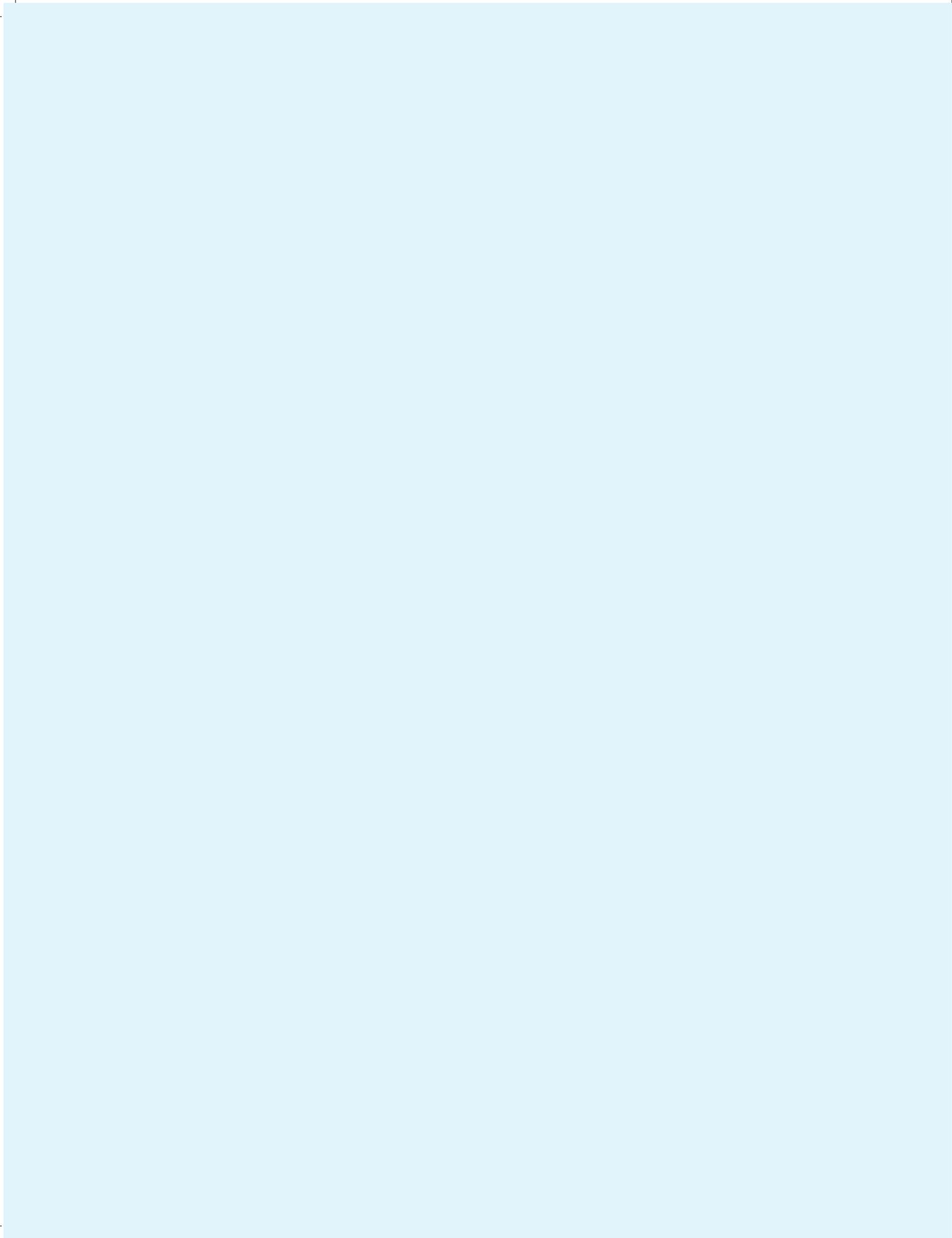
*Gabriel Listovsky
Coordinator Virtual Campus for Public Health
Recursos Humanos para a Saúde
Organização Pan-Americana da Saúde
Panama City, Panama*

*Debora Yanco
Consultor nacional
Recursos Humanos para a Saúde
Organização Pan-Americana da Saúde
Buenos Aires, Argentina*

*Angela María Zambrano Ospina
Consultor de Medicinas e Tecnologias de Saúde
Organização Pan-Americana da Saúde
Bogotá, Colombia*

*Monica Diniz Durães
Consultor nacional
Recursos Humanos para a Saúde
Organização Pan-Americana da Saúde
Brasília, Brasil*

*Sabrina Mikael
Consultor internacional
Recursos Humanos para a Saúde
Organização Pan-Americana da Saúde
Washington D.C., Estados Unidos da América*



Referências

1. World Health Organization. Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Geneva: WHO; 2014. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250368/1/9789241511131-eng.pdf>
2. World Health Organization. Strategy for Universal Access to Health and Universal Health Coverage, 53rd Directing Council, 66th Session of the Regional Committee of the Americas, 29 September-3 October 2014, Washington, D.C. Available from: <http://www.paho.org/uexchange/index.php/es/uexchange-documents/technical-information/26-strategy-for-universal-access-to-health-and-universal-health-coverage/file>
3. Institute of Medicine. Measuring the impact of IPE on collaborative practice and patient outcomes. Washington, D.C.: National Academies Press; 2015.
4. World Health Organization. Transforming health workforce education in support of universal health coverage. WHA66.23, 66th World Health Assembly, May 2013. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R23-en.pdf
5. Barr H, Beunza J. La educación interprofesional: una visión económica. La triple meta para el futuro de la sanidad. *Papeles de Economía Española*. 2014;142: 94-101.
6. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet E, Davies N, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Medical Teacher*. 2016;38(7):656-668.
7. Murphy GT, Alder R, MacKenzie A, Rigby J. Model of Care Initiative in Nova Scotia (MOCINS): Final Evaluation Report. Halifax: Nova Scotia Department of Health; 2010.
8. Advisory Committee on Health Delivery and Human Resources. How many are enough? Redefining self-sufficiency for the health workforce. Available from: https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hcs-sss/alt_formats/pdf/pubs/hhrhs/2009-self-sufficiency-autosuffisance/2009-hme-eng.pdf
9. Pan American Health Organization/World Health Organization. Human Resources for Health: Increasing Access to Qualified Health Workers in Primary Health Care-Based Health Systems, Resolution CD52.R13, 52nd PAHO/WHO Directing Council, 2013, Washington, D.C. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/4441/CD52-R13-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
10. Pan American Health Organization/World Health Organization. Strategy for Universal Access to Health and Universal Health Coverage, Resolution CD53.R14, 53rd PAHO/WHO Directing Council, 2014, Washington, D.C.

