

OS BENEFÍCIOS DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA FORMAÇÃO DOS ACADÊMICOS NA ÁREA DE SAÚDE

THE BENEFITS OF INTERPROFESSIONAL EDUCATION IN THE TRAINING OF HEALTH SCHOLARS

LOS BENEFICIOS DE LA EDUCACIÓN INTERPROFESIONAL EN LA FORMACIÓN DE LOS ESTUDIOSOS DE LA SALUD

Kelly Christine Marques de Castro
Viviane Belini Rodrigues

RESUMO:

Objetivo: Avaliar o impacto do PET-Saúde/Interprofissionalidade como estratégia para desenvolvimento de práticas interprofissionais e colaborativas na formação dos estudantes na área da saúde. **Justificativa:** Por se tratar de um programa financiado com recursos públicos do MS e MEC, é necessário avaliar se houve o desenvolvimento de competências para a prática colaborativa entre os acadêmicos dos cursos de saúde na FS - UnB que participaram do PET-Saúde/Interprofissionalidade. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e quantitativa, com 58 acadêmicos divididos nos cursos de saúde (Farmácia, Nutrição, Odontologia, Medicina, Enfermagem e Saúde Coletiva) que participaram do PET/Interprofissional ou realizaram alguma atividade prática no campo assistencial à saúde. Para coleta de dados foi elaborado um questionário na plataforma *google forms* que utilizou a escala de Prontidão para Aprendizagem Interprofissional (*The Readiness for Interprofessional Learning Scale -RIPLS*) traduzida e validada por Peduzzi *et al.* A análise estatística dos dados foi realizada pelo software SPSS, versão 16.0. **Conclusão:** Existem diferenças entre os estudantes participantes e não participantes do PET-Saúde/Interprofissionalidade em relação a valorização do trabalho em equipe e às necessidades dos pacientes.

Palavras-chave: interprofissional, prática colaborativa, SUS, formação em saúde.

ABSTRACT:

Objective: To evaluate the impact of PET-Health/Interprofessionality as a strategy for the development of interprofessional and collaborative practices in the training of students in the area of health. **Justification:** As it is a program funded with public resources from MS and MEC, it is necessary to assess whether there was the development of skills for collaborative practice among academics from health courses at FS - UnB who participated in PET-Health/Interprofessionality. **Methodology:** This is a descriptive, transversal and quantitative research, with 58 academics divided in the health courses (Pharmacy, Nutrition, Dentistry, Medicine, Nursing and Collective Health) that participated in the PET/Interprofessional field or carried out some practical activity in the health care field. For data collection a questionnaire was elaborated in the google forms platform that used the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) translated and validated by Peduzzi et al. The statistical analysis of the data was performed by the SPSS software, version 16.0. **Conclusion:** There are differences between participating and non-participating students of PET-Health/Interprofessional in relation to the valorization of teamwork and patient needs.

Keywords: interprofessional, collaborative practice, SUS, health training.

RESUMEN:

Objective: To evaluate the impact of PET-Health/Interprofessionality as a strategy for the development of interprofessional and collaborative practices in the training of students in the area of health. **Justification:** As it is a program funded with public resources from MS and MEC, it is necessary to assess whether there was the development of skills for collaborative practice among academics from health courses at FS - UnB who participated in PET-Health/Interprofessionality. **Methodology:** This is a descriptive, transversal and quantitative research, with 58 academics divided in the health courses (Pharmacy, Nutrition, Dentistry, Medicine, Nursing and Collective Health) that participated in the PET/Interprofessional field or carried out some practical activity in the health care field. For data collection a questionnaire was elaborated in the google forms platform that used the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) translated and validated by Peduzzi et al. The statistical analysis of the data was performed by the SPSS software, version 16.0. **Conclusion:** There are differences between participating and non-participating students of PET-Health/Interprofessional in relation to the valorization of teamwork and patient needs.

Palabras clave: interprofesional, práctica colaborativa, SUS, formación sanitaria.

1. INTRODUÇÃO

No final da década de 1980, com o processo de reforma sanitária e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreram inúmeras mudanças no país como, por exemplo, a retomada das discussões sobre a formação dos profissionais da área da saúde¹. Consequente a esse período, foi elaborada e promulgada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB 9394/96) que significou o início de um movimento de reformas na educação brasileira, propondo a substituição dos currículos mínimos pelas Diretrizes Curriculares dos Cursos².

Em 2001, uma resolução do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Câmara de Educação Superior (CES) elaborou as primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação da área de saúde propondo a transição da formação especializada para a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva³.

Contudo o modelo predominante de formação e desenvolvimento é uniprofissional com hierarquização entre as profissões⁴ dificultando a troca de informações entre os profissionais que trabalham em equipe e influenciando a qualidade do atendimento ao paciente. No intuito de modificar esse cenário, no ano de 2017, por meio de um plano de ação elaborado pelo Ministério da Saúde, Ministério da Educação, Instituições de Ensino Superior e a Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS) ocorreu a implementação da Educação Interprofissional em Saúde (EIP) no Brasil⁵.

Essa abordagem almeja contribuir de forma positiva na formação de estudantes dos cursos da saúde, tornando-os indivíduos conscientes da importância a respeito da sua profissão e das demais, que juntas, compõem uma equipe que partilha do mesmo objetivo: melhorar a qualidade do cuidado em saúde⁶. Tendo em vista, a relevância da EIP, torna-se importante destacar a diferença entre os termos de interprofissionalidade e interdisciplinaridade. O primeiro refere-se a uma relação colaborativa entre duas ou mais profissões e o segundo pode ser utilizado como instrumento na formação de uma única categoria por envolver diversas disciplinas⁷.

Com intuito impulsionar o EIP, o Ministério da Saúde lançou no ano de 2018, o edital do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/Interprofissionalidade) visando a integração ensino-serviço-comunidade⁸, uma vez que artigos relatam que o início dessa prática em acadêmicos desenvolve habilidades de confiança, liderança e competências⁹ para o trabalho em equipe e a prática colaborativa.

Portanto, o presente estudo visa avaliar o impacto do PET-Saúde/Interprofissionalidade como estratégia para desenvolvimento de práticas

interprofissionais e colaborativas na formação dos estudantes dos cursos de saúde da FS-UnB.

2. METODOLOGIA

Estudo quantitativo, transversal e descritivo conduzido entre junho e agosto de 2020. Os participantes do estudo foram agrupados em: (I) grupo intervenção, composto por acadêmicos participantes do programa institucional Pet-Saúde/interprofissionalidade (MS) da Faculdade de Saúde -UnB; e o (II) grupo controle com os acadêmicos que tiveram ou não atividades práticas na Atenção Primária à Saúde. Todos os participantes eram maiores de 18 anos e os integrantes do Pet-Saúde tinham no mínimo 4 meses de inserção.

Procedimento de pesquisa

Em virtude do período de distanciamento social pela SARS-Covid 19 os acadêmicos foram convidados a participar do estudo através das mídias sociais (instagram/facebook) e no site da FS. Aqueles que aceitaram participar tiveram que clicar em um link (anexo ao convite) que possibilitou a leitura do TCLE e posteriormente o questionário autoaplicável foi disponibilizado. Nos casos de dúvidas, os acadêmicos puderam entrar em contato direto com a pesquisadora, em qualquer horário, por telefone e/ou e-mail descrito no convite e no TCLE. A elaboração do questionário autoaplicável e do TCLE foi por meio dos recursos da plataforma *google forms*. Ressalta-se que este formato visa não só minimizar os possíveis riscos aos participantes (constrangimento, cansaço entre outros), mas também evitar a influência de autoridade das pesquisadoras nos participantes.

Instrumentos de Coletas

Para a caracterização da amostra foi elaborado um questionário semi estruturado contendo questões como a idade, curso, tempo de graduação, participação em atividade prática, a percepção pessoal dessa experiência, se teve participação ou não no Pet-saúde e por quanto tempo atuou.

O instrumento utilizado para contemplar o objetivo foi a escala de Prontidão para Aprendizagem Interprofissional (*The Readiness for Interprofessional Learning Scale -RIPLS*) que tem como objetivo medir as atitudes/prontidão/disponibilidade dos alunos para a aprendizagem interprofissional. Peduzzi *et al*, 2015 publicaram a validação com adaptação transcultural para a língua portuguesa e o instrumento contém 27 assertivas

divididas em dimensões 1- Trabalho em Equipe e Colaboração (TEC) com quatorze itens (1a - 1o) que estão relacionados a atitudes positivas e disponibilidade para aprendizado compartilhado, colaboração, confiança e respeito em relação a estudantes de outras áreas profissionais, 2- Identidade Profissional (IP) com oito itens (2a - 2h) que remetem a atitudes negativas para aprendizagem interprofissional, à autonomia profissional e objetivos clínicos de cada profissão e 3- Atenção Centrada no Paciente (ACP) com cinco itens (3a - 3e) relacionada à atitude positiva e disponibilidade para entender as necessidades da perspectiva do paciente com base em relações de confiança, compaixão e cooperação¹⁰. Os participantes responderam as afirmativas por meio da escala Likert de 5 categorias, variando de 1- Discordo Totalmente; 2- Discordo; 3- Neutro; 4- Concordo e 5 -Concordo Totalmente.

Análise de dados

A análise estatística descritiva foi realizada por meio da média e mediana para as variáveis categóricas e contínuas. As variáveis discretas foram expressas como valor absoluto e percentagem. Na análise comparativa as diferenças entre os grupos (intervenção e controle) foram comparadas com o teste "t" não-pareado de *Student* e o teste Mann-Whitney com a correção de *Yates*. Nas análises de multivariáveis Kruskal-wallis. Todos os testes foram realizados com o software SPSS, versão 16.0. As diferenças entre os grupos foram consideradas significativas quando $p < 0,05$.

Aspectos Éticos

Este estudo foi aprovado pelo comitê de ética em seres humanos CEP-FS da UnB em julho de 2020 sob o número de CAAE: 31075320.9.0000.0030

3. Resultados

A pesquisa obteve 58 participantes divididos em 78% sexo feminino e 22% sexo masculino, provenientes dos cursos de graduação em enfermagem 24%, farmácia 28%, nutrição 14%, medicina 10%, saúde coletiva 17% e odontologia 7%, da FS- UnB. A média de idade dos estudantes foi 23 anos sendo a menor idade 18 anos e a maior 43 anos.

Na tabela 1, verifica-se na variável sexo feminino os maiores escores nas três dimensões quando comparada ao sexo masculino, porém não há diferença significativa.

Com relação a variável curso de graduação, os cursos de farmácia e enfermagem contêm o maior número de participantes e a odontologia o menor. Esses obtiveram os

maiores escores nas dimensões TEC e IP comparado aos outros cursos. Na dimensão ACP sobressaem os cursos saúde coletiva, nutrição e farmácia, porém não houve diferença significativa.

Quando a amostra foi dividida em grupo intervenção (GI) pet-interprofissionalidade e grupo controle (GC) não-pet, evidencia-se diferença significativa entre os escores nas dimensões IP e ACP, referentes à autonomia profissional e objetivos clínicos de cada profissão.

Tabela 1. Estratificação da amostra por sexo, curso, grupos e dimensões.

Item	Amostra N (%)	Dimensões/Escores		
		*TEC	*IP	*ACP
Sexo				
Feminino	45 (78%)	30,24	18,97	30,96
Masculino	13 (22%)	26,92	18,92	24,46
		p 0,350	p 0,971	p 0,211
Curso de graduação				
Enfermagem	14 (24%)	28,07	30,25	27,96
Farmácia	16 (28%)	37,19	31,69	31,78
Medicina	06 (10%)	27,33	28,17	22,00
Nutrição	08 (14%)	22,00	25,5	31,81
Odontologia	04 (7%)	21,38	31,5	26,50
Saúde Coletiva	10 (17%)	29,75	28,15	31,85
		p 0,270	p 0,970	p 0,827
Grupos				
Intervenção-Pet	21	32,17	22,57	38,02
Controle -Não Pet	37	27,99	16,91	24,66
		p 0,350	p 0,0005	p 0,003

Fonte: Autora, 2020

*TEC = trabalho em equipe e colaborativo; IP = identidade profissional; ACP= atenção centrada no paciente.

No grupo controle, 34% dos acadêmicos referiram nunca ter participado de atividades práticas na Atenção Primária, mas realizaram atividades em outros campos como hospitais que integram a Atividade Secundária e 66% relataram participar, principalmente, na UBS do Paranoá-DF.

Tabela 2. Distribuição de médias e percentual de concordância nas assertivas por grupos

Item	Grupos		
	PET Média	Não PET Média	p
Dimensão 1 TEC			
a.A aprendizagem junto com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde.	4,90	4,76	0,215
b.Em última análise os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes.	4,85	4,62	0,238

c. Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumentará minha capacidade de compreender problemas clínicos.	4,85	4,51	0,081
d.A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde durante a graduação melhoraria os relacionamentos após a graduação.	4,80	4,51	0,115
e.Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde.	4,68	4,54	0,566
f.A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais	4,76	4,59	0,033
g.Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros.	4,66	4,48	0,512
h. Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde.	4,85	4,48	0,050
i.A aprendizagem compartilhada me ajudará a compreender minhas próprias limitações.	4,61	4,35	0,291
j.Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso.	1,84	1,59	0,471
l. A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudará a me comunicar melhor c/ os pacientes e outros profissionais.	4,76	4,43	0,149
m. Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões da saúde.	4,76	4,35	0,089
n.A aprendizagem compartilhada ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes	4,71	4,43	0,129
o. A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a me tornar um profissional que trabalha melhor em equipe.	4,80	4,54	0,142
Dimensão 2 IP			
a.Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.	1,00	1,21	0,022
b.Não é necessário que estudantes de graduação da área da saúde aprendam juntos.	1,14	1,21	0,560
c.A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos.	1,33	1,29	0,842
d.Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde.	1,95	1,35	0,013
e.Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu.	1,19	1,78	0,015
f.Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional.	3,61	1,83	0,0001
g.Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional.	2,38	3,29	0,006
h. Minha principal responsabilidade como profissional será tratar meu paciente.	3,09	2,43	0,068
Dimensão 3 ACP			
a. Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente.	4,71	3,27	0,001
b. Estabelecer uma relação de confiança c/ meus pacientes é importante para mim.	4,85	4,40	0,013
c.Procuro transmitir compaixão aos meus pacientes	4,66	4,64	0,018
d.Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto.	4,76	4,62	0,558
e.Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes.	4,80	4,70	0,561

Fonte: Autora, 2020

CT: concordância total (5). TEC: trabalho em equipe e prática colaborativa. IP: identidade profissional.

ACP: assistência centrada no paciente.

A tabela 2 permite verificar que na dimensão TEC os estudantes do grupo intervenção apresentaram as maiores médias em todas as assertivas em comparação ao grupo controle. Além disso, houve uma diferença significativa entre as médias das assertivas 1f e 1h, indicando que o grupo intervenção tem disponibilidade para aprendizagem da prática colaborativa.

Na dimensão IP, as assertivas 2a, 2d e 2e possuem diferenças estatísticas consideráveis reforçando a maior disponibilidade do GI na aprendizagem do trabalho interprofissional e colaborativo. Nas assertivas 2f e 2g as diferenças nas médias são relevantes e indicam que o grupo controle não tem atitudes positivas em relação à autonomia profissional e objetivo clínico das profissões.

Com relação dimensão ACP, as assertivas 3b e 3c confirmam as atitudes positivas (concordância) significativas voltadas às necessidades dos pacientes. No entanto, a questão 3a expressa diferença estatística importante entre os grupos, sinalizando que o GI tem atitude empática às necessidades dos clientes/pacientes.

4. Discussão

A pesquisa possibilitou verificar que PET-Saúde/interprofissionalidade agrega experiências aos estudantes tornando-os mais aptos para a aprendizagem do trabalho interprofissional, desenvolvimento positivo da identidade profissional e atenção centrada no paciente.

A despeito das respostas serem coerentes e com elevado percentual de concordância entre assertivas da dimensão TEC, as questões (1f) *“A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais”* e (1h) *“Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde”*, o GI obteve médias maiores e significativas quando comparado ao GC, o que reforça a efetividade do programa PET-Saúde/Interprofissionalidade.

Uma possível explicação para o elevado percentual de concordância das assertivas entre GC e GI na TEC, se deve a 66% da amostra já terem realizado atividades em cenários de práticas com discentes de outros cursos por exigência de algumas disciplinas curriculares. Cabe destacar que o estudo de Uchoa (2018)¹¹ analisou a percepção dos discentes em relação ao estágio integrado em saúde como uma proposta de educação interdisciplinar e concluiu ser um cenário favorável, potencializador da integração dos cursos e contribui para o entendimento da importância do trabalho em equipe para as práticas colaborativas.

Outro estudo, Câmara (2015)¹², explorou a percepção dos docentes tutores do PET-Saúde da UFMG sobre a EIP e concluiu que o PET-SAÚDE consistiu em uma potente estratégia para o desenvolvimento de prontidão para competências colaborativas dos estudantes da área da saúde.

Retomando a pesquisa, as diferenças estatísticas entre as médias das assertivas 2a, 2d, 2e nos grupos, expressa desacordo com as assertivas, por isto, é considerada atitude positiva para IP, o saber conviver com outros profissionais, entender os papéis das diferentes especialidades e ter segurança na atuação profissional. No entanto, há divergências significativas nas médias das assertivas 2f (neutro (=omissão) 15,5% e desacordo 56,9%) “*Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional*”; 2g (neutro 27,6% e concordo 37,9%) “*Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional*”; 2h (concordo 86,1%), revelam um processo de formação fragmentado, tecnicista e competitivo constituindo fator negativo para a IP.

Um estudo recente, 2018, realizado com profissionais da unidade de terapia intensiva no Rio Grande do Sul, utilizando o mesmo questionário RIPLS, constatou uma situação preocupante na dimensão IP, na qual a equipe desconhecia a importância da EIP¹³, fator que prejudica a interação entre as profissões, proporciona falhas na comunicação e compromete a qualidade dos resultados na assistência e cuidado ao usuário¹⁴.

Para Gondim (2002)¹⁵, a dimensão identidade profissional pode ser construída no contexto de trabalho ou universidades, portanto, reforça a importância da EIP durante o processo de aprendizagem visando à formação de profissionais que valorizam as diferentes formações dentro da sua equipe de trabalho e contribuam para uma visão mais holística e também empática.

Em relação a dimensão ACP, as assertivas apresentam respostas coerentes e similares nos GC e GI sugerindo atitudes positivas como: o olhar empático e respeitoso às crenças e estabelecimento de vínculos com o paciente. Contudo, na questão 3a as médias divergem significativamente entre os grupos, (neutro 7% (= omissão) e discorda 20,7%) “*Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente.*” evidencia a uma atitude reducionista com foco na doença e não no adoecimento.

O estudo de Hellen Cooper (2009)¹⁶, relata uma intervenção baseada na EIP, envolvendo estudantes do 1º ano de graduação em medicina, fisioterapia, enfermagem e terapia ocupacional, a intervenção constrói dados qualitativos que demonstram o aumento da confiança dos alunos envolvidos na EIP fazendo-os reconhecer sua própria identidade

profissional, o valor das outras formações e desta forma torna os profissionais mais preparados para a atuação clínica em equipe.

O modelo atual de formação profissional em saúde, uniprofissional, reforça os preconceitos e estereótipos existentes e assim limita a atuação profissional que por muitas vezes fica imersa nas próprias formações^{17,18} enfraquecendo a prática colaborativa que pressupõe aos profissionais trabalharem juntos em prol da qualidade da atenção às necessidades dos pacientes.

Neste cenário de mudanças do perfil demográfico e epidemiológico da população, do aumento da expectativa de vida e das doenças crônicas torna-se imprescindível para atender os pacientes, profissionais preparados para atuação interprofissional e colaborativa^{14, 19,20}.

Diante desses resultados, alerta-se a relevância de se revisitar: os desenhos curriculares; os programas dos cursos; a qualificação docente; a reorientação das ações de extensão, pesquisa e ensino, de forma a fortalecer a indissociabilidade; a aproximação com a realidade de vida e saúde, e o fortalecimento dessas ações pelo envolvimento de atores de diferentes cursos da área da saúde e das demais²¹.

5. Considerações finais

A pesquisa demonstrou que existem diferenças na visão dos estudantes que participaram do PET-Saúde/Interprofissionalidade, em algum momento da graduação, quando comparados aos estudantes que não participaram, demonstrando que os envolvidos no programa detêm mais interesse e compreensão nos quesitos de disponibilidade para trabalho em grupo, cooperação entre as profissões, compaixão e empatia com os pacientes. Reforçando a importância dessa prática, direcionada para o trabalho interprofissional, durante o período de graduação visando à melhoria da qualidade no cuidado à saúde dos pacientes.

6. Referências bibliográficas

1. PAIVA, C.H.A; TEIXEIRA, L.A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>
2. BRASIL. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.** Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 1996.
3. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 1.133/2001.** Diário Oficial da União Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p.39. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>
4. DOMINGUEZ, D.G et al. **A comparison of the validity of two instruments assessing health professional student perceptions of interprofessional education and practice.** J Interprof Care, 2015;29(2):144-149.
5. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA – SEDIS. **Educação interprofissional em saúde. Natal.** SEDIS-UFRN, 2018. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/12/Educacao-Interprofissional-em-Saude.pdf>
6. SILVA, J.A.A et al. **Interprofessional education and collaborative practice in Primary Health Care.** Rev Esc Enferm USP. 2015; 49(spe):216-24 < disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003>
7. REEVES, S et al. **A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions.** J Interprof Care. 2011;25(3):167-74. <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2010.529960>
8. BRASIL. **Edital nº 10, 23 de julho 2018 seleção para o programa de educação pelo trabalho para a saúde pet-saúde/interprofissionalidade: 2018/2019.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 jul. 2018b. Seção 3, p. 78.
9. MARTIN, H et al. **Interprofessional perceptions of health care students.** Journal of Interprofessional Care, Volume 17, 2003 - Issue 1. Disponível em < <http://dx.doi.org/10.1080/1356182021000044120>
10. PEDUZZI, M et al. **Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil.** Rev Esc Enferm USP · 2015; 49(Esp2):7-15.
11. UCHÔA, Pauline A. **Estágio integrado em saúde e aprendizagem interprofissional: percepções dos discentes.** Orientadora Maria Viviane Lisboa de Vasconcelos, 2018 (Dissertação de Mestrado-UFAL).
12. CAMARA, Ana Maria C.S. **Educação Interprofissional no Pet-Saúde: cenário para o desenvolvimento de práticas e competências colaborativas na área da saúde.** Orientadora: Diana Lúcia Moura Pinho, Brasília, 2015. (tese de doutorado-UnB).

13. VILELA, R.Q.B; AMADO, E. **Educação interprofissional e prática colaborativa em terapia intensiva: perspectiva dos profissionais de saúde.** Braz. Ap. Sci. Rev., Curitiba, v. 2, n. 4, Edição Especial, p. 1247-1268, set. 2018.
14. ZWARENSTEIN, M. G. J; REEVES, S. **Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes.** Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art.No.:CD000072.
15. GONDIM, M. S. G. **Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com a formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários.** Estudos de Psicologia 2002, 7(2), 2992-3909
16. COOPER, H et al. **Beginning the process of teamwork: design, implementation and evaluation of an inter-professional education intervention for first year undergraduate students.** J Interprof Care. 2005;19(5):492-508. <http://dx.doi.org/10.1080/13561820500215160>
17. REEVES, S et al. **Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes.** Cochrane Database of Systematic Review. 2008; 1: CD002213.
18. BARR, H et al.. **Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence.** Oxford: Blackwell; 2005.
19. FRENK, J et al. **Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world.** The Lancet. 2010;376(9756):1923-57.
20. MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
21. BENNETT, P.N et al. **Faculty perceptions of interprofessional education.** Nurse Educ today. 2011;31(6):571-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2010.09.008>