

Série Vivência em Educação na Saúde

Nildo Alves Batista

Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Organizadores

Educação Interprofissional no Brasil: Formação e Pesquisa



editora



redeunida



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

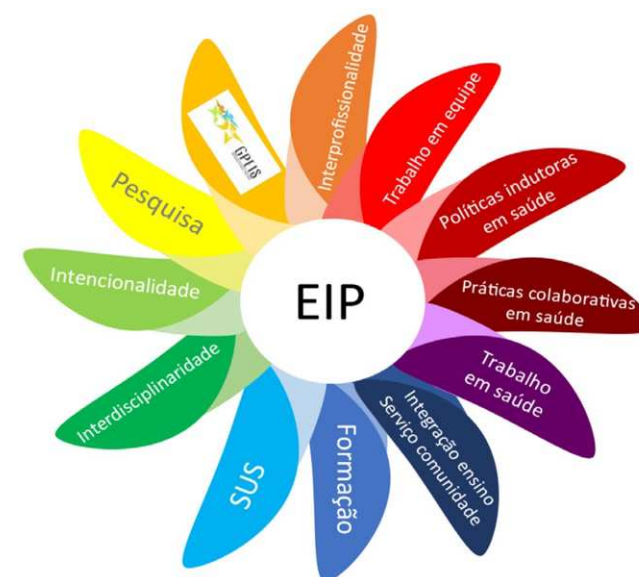
editora.redeunida.org.br



Nildo Alves Batista
Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo
ORGANIZADORES

Série Vivência em Educação na Saúde

Educação Interprofissional no Brasil: Formação e Pesquisa



1ª Edição

Porto Alegre

2022



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;
Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Ángel MartínezHernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha;
Angelo Stefanini – Università di Bologna, Itália;
Ardigó Martino – Università di Bologna, Itália;
Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha;
Celia Beatriz Iriart – University of New Mexico, Estados Unidos da América;
Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil;
Érica Rosalba Mallmann Duarte – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil;
Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;
Hêider Aurélio Pinto – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil;
João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil;
Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;
Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil;
Leonardo Federico – Universidad Nacional de Lanús, Argentina;
Lisiane Böer Possa – Universidade Federal de Santa Maria, Brasil;
Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil;
Luciano Bezerra Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil;
Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;
Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil;
Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil;
Maria Augusta Nicoli – Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália;
Maria das Graças Alves Pereira – Instituto Federal do Acre, Brasil;
Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil;
Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil;
Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil;
Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;
Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;
Rossana Staeve Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil;
Sara Donetto – King's College London, Inglaterra;
Sueli Terezinha Goi Barrios – Associação Rede Unida, Brasil;
Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil;
Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;
Vera Lucia Kodjaoglanian – Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil;
Vera Maria Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil;
Vincenza Pellegrini – Università di Parma, Itália.

Comissão Executiva Editorial

Jaqueline Miotto Guarnieri

Alana Santos de Souza

Márcia Regina Cardoso Torres

Renata Riffel Bitencourt

Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Revisão

Gabriela Garcia

Ideia e Criação Capa

Paola Carmelo Albertin

Guilherme Augusto Braga Silva

Profa Dra Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Arte e Design gráfico Capa

Mariana Lucio

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

B333e Batista, Nildo Alves; Uchôa-Figueiredo, Lúcia da Rocha (org.).

Educação Interprofissional no Brasil: formação e pesquisa / Organizadores: Nildo Alves Batista e Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo. – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

429 p. (Série Vivência em Educação na Saúde, v. 26).

E-book: 4.45 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-54329-94-5

DOI: 10.18310/9788554329945

1. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 2. Educação Continuada. 3. Educação Interprofissional Brasil. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

21-30180151

CDD 610.7

CDU 614.25

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Estudo, pesquisa e tópicos relacionados.

2. Medicina: Tópicos de educação em geral; Direitos e deveres profissionais.

Catalogação elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br



Sumário

PREFÁCIO	9
COM A PALAVRA: OS ORGANIZADORES	15
PARTE I Aproximações Conceituais	19
01 EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL COMO ESTRATÉGIA FORMATIVA PARA O TRABALHO EM EQUIPE	20
<i>Patrícia Rios Poletto, Rosana Aparecida Salvador Rossit, Carla Cilene Baptista da Silva, Maria Stella Peccin; Ricardo Giusti, Lucilene Martorelli Ortiz Petin Medeiros</i>	
02 PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA: reflexão do constructo à prática	36
<i>Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo, Cynthia Girundi da Silva, Natalia Milânio Soares de Faria, Andrea Alves Soerensen, Ivanete Pereira da Silva</i>	
PARTE II Educação Interprofissional em Saúde como estratégia de formação e prática	63
03 A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA FORMAÇÃO E NO TRABALHO EM SAÚDE: notas de uma professora	64
<i>Sylvia Helena Souza da Silva Batista</i>	
04 A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO CONTEXTO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE	71
<i>Andrea Ribeiro Costa, Carla Cilene Baptista Silva, Patrícia Danielle Feitosa Lopes Soares, Sylvia Helena Souza da Silva Batista, Nildo Alves Batista</i>	
05 A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA GRADUAÇÃO DE CURSOS DA SAÚDE: a experiência do <i>campus</i> Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo	89
<i>Patrícia Rios Poletto, Sylvia Helena Souza da Silva Batista, Nildo Alves Batista</i>	
06 NARRATIVAS COMO RESSIGNIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS NA FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE	109
<i>Cláudia Maria de Oliveira, Maria José da Silva, Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo</i>	

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO – UNIFESP
CAMPUS BAIXADA SANTISTA - INSTITUTO SAÚDE E SOCIEDADE



GRUPO DE PESQUISA - EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE



07 DESENVOLVIMENTO DA DOCÊNCIA PARA A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE.....	132	16 A VIVÊNCIA DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE NA GRADUAÇÃO: concepções e práticas de estudantes	289
<i>Patrícia Rios Poletto, Carla Cilene Baptista da Silva, Sylvia Helena Souza da Silva Batista</i>		<i>Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo, Natália Milânio Soares de Faria, Daniel Marques Santos, Nildo Alves Batista</i>	
08 IMPLICAÇÕES POLÍTICAS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: ENSINO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL	149	17 INSTRUMENTOS QUANTITATIVOS DE AVALIAÇÃO DE EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE: descrição e análise.....	307
<i>Gabriele Carlomagno Vilanova, Michelle de Jesus Pantoja Filgueira, Sanay Vitorino De Souza, Rosana Aparecida Salvador Rossit</i>		<i>Cristiano Gil Regis, Nildo Aves Batista</i>	
09 HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: um estudo da literatura	166	18 AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE EQUIPE E DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: construção de um instrumento	325
<i>Lucilene Martorelli Ortiz Petin Medeiros, Sylvia Helena Souza da Silva Batista</i>		<i>Ivanete Pereira da Silva, Nildo Alves Batista</i>	
10 A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA COMO ESTRATÉGIA OTIMIZADORA DA FORMAÇÃO EM SAÚDE E DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA.....	179	19 AVALIAÇÃO DE UM CURRÍCULO INTEGRADO, INTERDISCIPLINAR E INTERPROFISSIONAL: percepção de egressos.....	340
<i>Natália Milânio Soares de Faria, Nadja Shinyashiki Igarashi, Bettina Correa da Silva Vostoupal de Souza, Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo</i>		<i>Roniele Rodrigues de Souza, Rosana Aparecida Salvador Rossit</i>	
11 EXPERIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E PRÁTICA INTERPROFISSIONAL NO CONTEXTO HOSPITALAR.....	196	20 INTERDISCIPLINARY EDUCATION PERCEPTION SCALE (IEPS)	360
<i>Jhony de Almeida Estevam, Ricardo Giusti, Maria Stella Peccin</i>		<i>Marcello De Oliveira Quaresma Cardoso, André Kenzo Saito, Maria Stella Peccin</i>	
12 APRENDIZAGENS COMPARTILHADAS E METODOLOGIAS PARTICIPATIVAS NA PÓS-GRADUAÇÃO: Diálogo com a Interprofissionalidade	213	21 INTERPROFISSIONALIDADE NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E A FORMAÇÃO PARA O TRABALHO EM EQUIPE	380
<i>Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo, Patricia Rios Poletto, Nildo Alves Batista</i>		<i>Marcos Calvo, Nildo Alves Batista</i>	
13 EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO PARA O CUIDADO CENTRADO NA PESSOA E COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL	233	22 AVALIAÇÃO DA INTERPROFISSIONALIDADE: reflexões e resultados da aplicação da Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR) no nordeste brasileiro.....	395
<i>Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo, Mariana Chaves Aveiro, Patricia Rios Poletto</i>		<i>Emanuella Pinheiro de Farias Bispo, Rosana Aparecida Salvador Rossit</i>	
14 PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE:	248	AUTORES	419
<i>Patrícia Danielle Feitosa Lopes Soares, Andrea Ribeiro Costa, Cristiano Gil Regis, Geovannia Mendonça dos Santos, Patrícia Rios Poletto, Rafaela Barroso de Souza Costa Garbus, Rosângela Soares Chriguer, Sylvia Helena Souza da Silva Batista</i>			
PARTE III Avaliação em Educação Interprofissional em saúde	270		
15 PROCESSOS AVALIATIVOS NA FORMAÇÃO E NO TRABALHO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE	271		
<i>Rosana Aparecida Salvador Rossit</i>			

PREFÁCIO

As profundas, e cada vez mais dinâmicas, transformações sociais, econômicas e políticas dos tempos atuais torna urgente uma reflexão sobre a sociedade que pretendemos construir para as próximas gerações. Essas mudanças interferem de diferentes formas no setor saúde e exige um movimento permanente de lutas e resistência em defesa da vida.

No contexto brasileiro, o conceito ampliado de saúde como resultado das condições de vida, evidencia que a luta por saúde de qualidade requer um olhar responsável e comprometido com o pleno exercício da cidadania. No entanto, a intensificação da miséria, das desigualdades sociais e econômicas, a fragilização do papel do Estado na garantia de condições mínimas de sobrevivência, impõem desafios adicionais ao Sistema Único de Saúde (SUS) e conseqüente ao processo de formação dos muitos atores e atrizes envolvidos na produção dos serviços de saúde. No Brasil foram raras as vezes em que o projeto de desenvolvimento econômico priorizou também a justiça social. Em diversos momentos da história houve tensões entre interesses de diferentes grupos que compõem a sociedade, em que as forças hegemônicas normalizam a valorização dos interesses econômicos em detrimento à construção de uma sociedade mais justa.

Embora a complexidade dessa realidade evidencie os desafios que estão postos, o compromisso e o desejo pela construção de um projeto societário mantêm a esperança de que as lutas e resistência de hoje se traduzam em um futuro melhor para todos nós. A busca pela construção e consolidação do Sistema Único de Saúde nos diferentes momentos da história é um bom exemplo do nosso compromisso com a construção de uma sociedade sob novas bases, em que a defesa da vida e da justiça social se sobreponham aos interesses pelo acúmulo de riquezas de poucos privilegiados.

Os capítulos que compõem essa obra são as muitas expressões desse compromisso com o SUS e com princípios essenciais para a reorientação das práticas e da formação em saúde, que inclusive são dimensões do SUS que precisam

ser vistas como indissociáveis. Nas diferentes realidades que formam nosso país, a formação e o trabalho em saúde, como dimensões fundamentais dos sistemas de saúde, também estão sujeitos às influências de forças e interesses hegemônicas. Apesar disso a história tem mostrado que são, sobretudo, importantes espaços de resistências na luta pelo SUS e seus princípios.

O aumento da complexidade na vida das pessoas, mudanças importantes nos estilos de vida e comportamentos, a influência da dinâmica de vida e saúde das pessoas reforçaram a necessidade de que práticas em saúde fossem mais amplas para assegurar boa capacidade de resposta, segurança e integralidade do SUS. Esse movimento permanente de acúmulos históricos evidencia nossa permanente capacidade de buscar o aperfeiçoamento dos processos de trabalho e de formação em saúde, mesmo diante das tensões entre os diferentes projetos de sociedade em disputa.

Diante dessa conjuntura, a interprofissionalidade se apresenta como importante resposta ao modelo de fragmentação das práticas e da formação em saúde. Em todo o mundo se configura como um marco teórico-conceitual e metodológico fortemente comprometido com o fortalecimento dos sistemas de saúde, tomando como principal princípio a centralidade dos usuários. Questiona a lógica de fragmentação do trabalho como premissa para a oferta de serviços mais rápidos e aposta na integração das práticas como pressuposto da oferta de serviços de saúde mais integrais, resolutivos e seguros.

Obviamente que a educação e as práticas interprofissionais não são a resolução para todos os problemas dos sistemas de saúde ao redor do mundo, assim como para o Sistema Único de Saúde. No entanto, é preciso reconhecer que a discussão é relevante, dialoga com seus princípios basilares e se soma aos demais esforços históricos pelo fortalecimento e consolidação de uma proposta integral, equânime e universal, capaz de reverberar na melhoria de vida e saúde das pessoas.

A interprofissionalidade no contexto da formação em saúde questiona o modelo disciplinar, que enfatiza o desenvolvimento de competências específicas e dificulta sobremaneira o desenvolvimento de modelos mentais compartilhados, a construção de uma identidade de equipe, o reconhecimento, valorização e respeito das demais profissões da saúde. Essa perspectiva

questiona o modelo de formação universitária, suas estruturas físicas e organizacionais. Demonstra que a vida e a saúde das pessoas requerem outra perspectiva de compreensão e de atuação dos profissionais de saúde e, portanto, há a necessidade de repensar essa lógica.

Não se trata de afirmar ou defender a redução da importância das competências específicas nos processos formativos. A modernidade e o avanço da ciência ampliaram a diversidade das atuações dos diferentes profissionais de saúde e não se produz serviços de saúde de boa qualidade sem profissionais com excelência em suas competências específicas. O problema é que ao passo que o avanço do conhecimento exige maior capacidade de articulação e flexibilidade entre as profissões, apostamos em modelos que dificultam o desenvolvimento de competências para o efetivo trabalho em equipe. Historicamente naturalizamos processos em que o desenvolvimento de identidades e valores das profissões se consolidam como barreiras para a colaboração entre os diferentes profissionais de saúde e entre esses e os usuários.

A competitividade e o individualismo de nosso tempo deram sustentação à um ambiente de disputa, tanto na formação como no trabalho em saúde. Na busca pela proteção das práticas profissionais e numa pretensa certeza de que as profissões se consolidam pelo exclusivo domínio de conhecimentos e práticas reconhecidas sócio e historicamente, fomos alicerçando a lógica de formação centrada no profissional e questões relacionadas ao bem coletivo foram ganhando espaço de menor importância. A educação interprofissional, portanto, pressupõe o desenvolvimento de competências profissionais e interprofissionais de forma indissociáveis e de uma cultura de colaboração que orienta as formas de compreender e atuar nas complexas e dinâmicas necessidades de saúde.

As práticas interprofissionais colaborativas, por sua vez, representam o compromisso com a superação do modelo de cuidados em que o usuário é objeto de intervenção dos diferentes profissionais. A defesa é (re)situar o usuário e suas necessidades na centralidade da produção dos serviços de saúde. A perspectiva de práticas interprofissionais mais articuladas e integradas reforça a ideia de complementariedade das diferentes profissões e reconhece sua limitada capacidade de resposta quando a atuação acontece de forma isolada. Representa

também a transição das relações hierárquicas e assimetrias de poderes entre as profissões da saúde para uma prática mais horizontal e o necessário deslocamento de relações de disputa para a colaboração interprofissional.

Embora historicamente o setor saúde tenha incorporado a lógica de intensa divisão do trabalho semelhante a uma linha de montagem de uma indústria, essa prática começa a ser questionada no que se refere aos seus benefícios para os usuários, trabalhadores, serviços e sistemas de saúde. O modelo de fragmentação dos atos em saúde expõe os usuários à atos duplicados, tendo como alguma das implicações o aumento dos riscos de erros, (re) trabalho dos profissionais e aumento dos custos de saúde. A perspectiva interprofissional e colaborativa defende outros princípios: a centralidade do usuário, a interdependência e complementariedade das práticas, uma cultura de colaboração na tomada de decisões e a construção de um clima de equipe, com papéis e responsabilidades compartilhadas, através de relações mediadas pela confiança, respeito e mútua valorização entre os diferentes profissionais e na relação desses com os usuários, famílias e comunidades.

Centralidade do usuário na produção dos serviços, trabalho em equipe, integralidade da atenção são alguns dos temas centrais da realidade do SUS que orientaram muitas das políticas de reorientação da formação e do modelo de atenção à saúde. A educação e o trabalho interprofissional, portanto, dialoga com esses temas e traz elementos novos como forma de renovar a força e o compromisso com um sistema de saúde mais forte, que irá reverberar também numa sociedade mais justa.

A defesa do SUS e dos seus princípios é imperativo e todo esforço para fortalecê-lo é legítimo e necessário. A vivência da pandemia de Covid-19 mostrou a importância do SUS para a defesa da vida. Em razão de sua rede de serviços, de seus princípios fundamentais, do compromisso e trabalho incansável de trabalhadores e trabalhadoras foi possível enfrentar o obscurantismo e minimizar as perdas, que foram muitas. Certamente pudemos exercitar e nos convencer sobre a importância da colaboração interprofissional no enfrentamento das incertezas da nova doença e em inovações no modelo assistencial e de formação em saúde. Fomos capazes de aliar a competência técnica e científica, respeito e valorização da ciência à

competência humanística, que foi um diferencial. A vivência desse contexto nos dá segurança para afirmar que temos um cenário promissor para o trabalho e a educação interprofissional. O desafio agora é manter forte os aprendizados desse período difícil. Certamente uma das lições mais significativas foi compreender que quando o usuário de fato é o centro da produção dos serviços de saúde conseguimos aumentar significativamente a capacidade de respostas, integralidade e segurança, mesmo em tempos desafiadores.

Este livro, portanto, tem um duplo objetivo: subsidiar teórica, conceitual e metodologicamente o debate sobre educação e trabalho interprofissional em saúde e resgatar o nosso compromisso histórico com um modelo de formação e de atenção à saúde com foco no usuário e suas necessidades. Os capítulos que compõem essa obra nos mostram a educação e o trabalho interprofissional subsidiando inovações na formação e na dinâmica de produção dos serviços de saúde. São ideias que renovam a esperança e mostram sobretudo que a mudança é possível.

O livro traz uma das nossas principais característica: a capacidade de lutar por uma sociedade melhor, mesmo que atravessando tempos difíceis de retrocessos e de desmonte de conquistas históricas. Vamos insistindo que a formação e o trabalho em saúde sob novas bases é um dos principais instrumentos na luta contra o obscurantismo de nossos tempos atuais.

A coletânea apresentada aqui é uma demonstração dos avanços obtidos nos últimos anos em relação à educação e ao trabalho interprofissional em saúde no Brasil, mas o faz com respeito e reconhecimento às imensas contribuições de outros temas que em diferentes momentos históricos construiu uma militância na defesa intransigente da vida.

Que no futuro possamos ter muitas outras vivências compartilhadas a partir do acúmulo histórico de lutas e do amadurecimento teórico sobre temas relevante para o SUS e a sociedade brasileira. Certamente apresentaremos novos debates e discussões, mas sempre reconhecendo e valorizando a história que nos manteve firmes na construção de um sistema de saúde forte, capaz de dar suporte a uma sociedade que ainda padece de grandes mazelas sociais.

Que a esperança renovada e o nosso compromisso com uma sociedade melhor sejam o principal combustível para leitura dessa obra. Certamente as ideias

aqui apresentadas e nossa capacidade de inovação e criação serão fundamentais para apostarmos em mudanças sólidas e sustentáveis no campo da formação e do trabalho em saúde.

Prof Dr Marcelo Viana da Costa
Escola Multicampi de Ciências Médicas
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Vice-Coordenador da Rede Brasileira de Educação e
Trabalho Interprofissional em Saúde - ReBETIS

COM A PALAVRA: OS ORGANIZADORES

Esta coletânea é uma obra de muitas mãos e muitas referências! Seus 22 capítulos retratam parte das experiências e das pesquisas produzidas no Instituto Saúde e Sociedade do *Campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp/BS), no Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS), nos Programas de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde (níveis Mestrado e Doutorado) e no de Ensino em Ciências da Saúde (nível Mestrado Profissional).

O livro está organizado em três partes: Uma primeira – *Aproximações Conceituais* - com dois capítulos que buscam situar conceitos atuais da Educação Interprofissional em Saúde (EIP) como estratégia formativa para o trabalho em equipe e uma reflexão, do constructo à prática, das Práticas Interprofissionais Colaborativas, respectivamente.

A segunda parte – *Educação Interprofissional em Saúde como estratégia de formação e prática* - com 12 capítulos, descreve experiências e pesquisas de propostas de educação interprofissional na formação em saúde que, como se enfatiza no capítulo introdutório desta parte “não se define somente por caracterizar um contexto institucional; antes, constitui-se fundante do aprender sobre, junto com outros e outras, em práxis colaborativa, no trabalho em equipe que cria, recria, dialoga, interage, tensiona e constrói caminhos”.

No capítulo 4, “A Educação Interprofissional no contexto do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde”, os autores, a partir da experiência exitosa do PET-Saúde Interprofissionalidade questionam e investigam outros indícios de interprofissionalidade, nas propostas dos diferentes editais do programa e em que constituem esses indícios.

A “Educação Interprofissional na Graduação de Cursos da Saúde: a experiência do *Campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo” é apresentada no capítulo 5 onde os autores descrevem, crítica e analiticamente, a experiência do Instituto Saúde e Sociedade (ISS) da Unifesp/BS, com sua proposta formativa

fundamentada na educação interprofissional em saúde dos cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

No capítulo 6, “Narrativas como Ressignificação das Práticas Pedagógicas na Formação Interprofissional em Saúde” são discutidas a partir dos resultados de um estudo desenvolvido na Unifesp-BS, em que foi utilizada essa ferramenta educativa na formação de futuros assistentes sociais, educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Já o “Desenvolvimento da Docência para a Educação Interprofissional em Saúde” é discutido no capítulo 7, trazendo elementos para a reflexão sobre os programas de desenvolvimento docente, importante para a construção de estratégias de consolidação da educação interprofissional e das práticas colaborativas.

“Implicações Políticas na Formação em Saúde: Ensino da Segurança do Paciente na Perspectiva da Educação Interprofissional” é o tema do capítulo 8, onde os autores comentam o grande desafio de criar entre os profissionais da saúde uma cultura de segurança e integrar ações e profissões para garantir a segurança do paciente, na perspectiva da interprofissionalidade.

O capítulo 9 discute a “Humanização no contexto da Educação Interprofissional”, por meio de um estudo da literatura, onde as autoras enfatizam as concepções de humanização e suas relações com a EIP presentes na literatura de artigos originais produzidos no Brasil, no período compreendido entre janeiro de 2000 e junho de 2012.

A “Extensão Universitária como Estratégia Otimizadora de Formação em Saúde e da Prática Interprofissional Colaborativa” é discutida no capítulo 10. Nele, os autores apresentam os resultados de uma pesquisa realizada com extensionistas e egressos ex-extensionista de dois projetos da Unifesp/BS em que se priorizou conhecer o quanto a extensão universitária embasada na educação interprofissional contribui para a formação em saúde, especificamente para o trabalho em equipe.

“Experiências da Educação e Prática Interprofissional no Contexto Hospitalar” são descritas no capítulo 11. Neste capítulo, os autores apresentam relatos de profissionais ligados à Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia, ex-residentes, gestores, preceptores, tutores que externam o que representa a residência dentro do contexto hospitalar, seus desafios, aprendizagens e vivências.

No capítulo 12, “Aprendizagens Compartilhadas e Metodologias Participativas na Pós-Graduação, em diálogo com a Interprofissionalidade” são discutidas a partir da

experiência de uma disciplina eletiva de educação interprofissional que se pautou na criação de cenários educacionais de metodologias ativas, num processo de aprendizagens compartilhadas entre mestrandos e doutorandos de diferentes profissões.

“Experiência de Formação para o Cuidado Centrado na Pessoa e a Colaboração Interprofissional” é a temática do capítulo 13, onde as autoras descrevem uma experiência formativa para o trabalho em saúde de estudantes dos cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional do Instituto Saúde e Sociedade da Unifesp/BS, que utiliza como estratégia pedagógica os pressupostos da educação interprofissional em saúde.

Encerrando a segunda parte desta coletânea, o capítulo 14 descreve o “PET-Saúde Interprofissionalidade em uma Imersão a partir de Narrativas”, onde os autores delimitam o contexto de produção e implementação do PET-Saúde, configurando os enquadres que favoreceram a proposição e implementação do PET-Saúde Interprofissionalidade.

A terceira parte deste livro - *Avaliação em Educação Interprofissional em Saúde* - contém 8 capítulos. O capítulo introdutório apresenta “reflexões teórico-conceituais e metodológicas sobre os processos avaliativos e abordagens para avaliar a EIP, no sentido de indicar possibilidades para a avaliação e apresentar elementos que possam auxiliar no planejamento, implementação e disseminação de resultados de EIP de forma elaborada, coordenada e gerenciável”.

O capítulo 16 avalia a “Vivência da Educação Interprofissional em Saúde na Graduação, a partir das Concepções e Práticas de Estudantes”. Neste capítulo, percepções e práticas relativas ao preparo para o trabalho em equipe na perspectiva da integralidade no cuidado são avaliadas, a partir da experiência do Instituto Saúde e Sociedade da Unifesp/BS na formação em educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, terapia ocupacional e serviço social.

Uma “Revisão sobre Instrumentos Quantitativos de Avaliação de Educação Interprofissional na Graduação em Saúde” são descritos e analisados no capítulo 17, onde os autores descrevem as características de instrumentos de avaliação de educação interprofissional na graduação em saúde presentes na literatura científica e analisam os aspectos que eles se propõem a avaliar.

No capítulo 18 se descreve a “Construção de um Instrumento com vistas à Avaliação do Trabalho de Equipe e da Prática Interprofissional Colaborativa na Atenção

à Saúde Mental. Os autores apresentam o processo de construção e validação de uma escala atitudinal tipo Likert, etapa de uma pesquisa de tese de doutorado defendida e aprovada no Programa Interdisciplinar em Ciências da Saúde da Unifesp.

A “Avaliação de um Currículo Integrado, Interdisciplinar e Interprofissional a partir da Percepção de Egressos” é uma pesquisa cujos resultados são apresentados no capítulo 19. Como parte de uma dissertação de mestrado, os autores analisam a percepção de egressos da do ISS da Unifesp-BS no período de 2009 a 2015, com a participação de 381 profissionais provenientes dos cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

A Escala de Percepção de Educação Interdisciplinar, sua tradução, adaptação transcultural e validação nacional é apresentada no capítulo 20.

No capítulo 21, a “Interprofissionalidade na Residência Multiprofissional em Saúde e a Formação para o Trabalho em Equipe” são apresentadas, como parte de uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação de Ensino em Ciências da Saúde da Unifesp, problematizando esta relação e, entendendo-a necessária em virtude da grande expansão do número de programas e da importância dessa modalidade de formação profissional.

Encerrando a coletânea, “Reflexões e Resultados da Aplicação da Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-Br) no Nordeste Brasileiro” compõe o capítulo 22. Também resultado de uma tese de doutorado, tradução, adaptação transcultural e validação estatística do *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II – AITCS-II* (ORCHARD, 2015) para o contexto brasileiro representa um avanço no sentido de apresentar um instrumento diagnóstico desenvolvido para mensurar a colaboração interprofissional dos membros de uma equipe.

Como organizadores deste livro e autores de alguns de seus capítulos nos sentimos seguros da importância deste livro e esperamos estar colaborando com o avanço do conhecimento desta temática no Brasil!

Nildo Alves Batista e Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

PARTE I

Aproximações Conceituais

01 EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL COMO ESTRATÉGIA FORMATIVA PARA O TRABALHO EM EQUIPE

Patrícia Rios Poletto¹
Rosana Rossit¹
Carla Cilene Baptista da Silva¹
Maria Stella Peccin¹
Ricardo Giusti²
Lucilene Ortiz Medeiros³

*Então João acordou
Meio sem acreditar
Mas estava decidido
Não custa nada tentar
Se o SUS pediu ajuda
Todo mundo tem que dar.*

O dia que o SUS visitou o cidadão, 2004

O Sistema Único de Saúde (SUS) é “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. Seus objetivos são monitorar os fatores condicionantes e determinantes da saúde, elaborar a política de saúde e realizar a assistência às pessoas. Seus princípios e diretrizes englobam a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado, a equidade da atenção e a participação da comunidade (Lei n. 8.080, 1990).

¹ Universidade Federal de São Paulo - Instituto Saúde e Sociedade, Campus Baixada Santista - Santos - SP - Brasil, e-mail: patricia.poletto@unifesp.br, rosana.rossit@unifesp.br, carla.silva@unifesp.br, stella.peccin@unifesp.br

² Universidade Federal de São Paulo, - Instituto Saúde e Sociedade, Campus Baixada Santista - Santos - SP - Brasil, e-mail: dr.ricardogiusti@gmail.com

³ Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES) Santos - SP - Brasil, e-mail: lu21ortiz@gmail.com

Pode-se considerar que o SUS é um processo social em permanente construção, porém, ainda existe uma grande distância entre o SUS real, segmentado em relação ao SUS constitucional-universal. Inúmeros problemas podem ser atribuídos a esse distanciamento; dentre eles ganham destaque desafios como a concretização da universalização, a ampliação e a consolidação do financiamento, a definição clara do modelo de atenção à saúde, o aprimoramento da gestão do trabalho e a concretização da participação social (Conselho Nacional de Secretários de Saúde [CNSS], 2006).

A continuidade do SUS também precisa de mudanças na formação dos profissionais de saúde de maneira que sejam capazes de responder à desigualdade sanitária brasileira e às diferenças de contexto regionais, de trabalhar em equipe, em apoio matricial e no trabalho em redes de cuidado (Campos, 2018).

Campos (2018, p. 1712) nos lembra que o trabalho em saúde “depende da motivação e do envolvimento de cada trabalhador com a saúde de outras pessoas”, e por isso a lógica taylorista, que historicamente foi adotada para ele, é incompatível com a concretização de um cuidado em saúde integral e resolutivo.

Esses elementos remetem à reflexão e à constatação de que as profissões da saúde precisam então de uma formação que estimule a interação na ação e o compartilhamento de responsabilidades e de tarefas em consonância com as especificidades de cada profissão e especialidade (Campos, 2018).

Lembramos também que alguns avanços já foram alcançados nos últimos anos, como a ampliação da integração ensino-serviço-comunidade, a aplicação de metodologias ativas de ensino e mudanças curriculares que modificaram ou transformaram a dinâmica da formação dos profissionais de saúde (Costa, 2016). Contudo, apesar desses avanços ainda se vivenciam resistências às mudanças e cenários em que os profissionais de saúde são formados isoladamente, tornando-os assim pouco aptos a trabalharem juntos (Costa, 2016).

Frenk et al. (2010) já haviam mostrado que o cuidado em saúde vive uma realidade não resolutiva ao redor do mundo, que remete a um cuidado em saúde fragmentado, à duplicação de procedimentos, erros na execução e na tomada de decisões, pouca capacidade resolutiva e altos custo em saúde, além da falta de preparo dos profissionais de saúde para trabalharem juntos, por terem sido formados separadamente.

Soma-se a isso uma característica peculiar da realidade nacional: a tripla carga de doenças vivida na transição demográfica e epidemiológica que nos diferencia de outros países mais desenvolvidos (Mendes, 2010). Temos vivido um aumento constante das condições crônicas de adoecimento e, simultaneamente, convivemos com doenças infecciosas e parasitárias (epidemia de sarampo, dengue, febre amarela), além dos agravos devido a causas externas (acidentes de trânsito e violência urbana).

A partir dessas constatações realçam-se as questões cruciais que a saúde no Brasil enfrenta: pouca capacidade de análise do contexto (social e dos serviços de saúde), formação excessivamente técnica, inconformidade dos perfis profissionais para resolver as demandas e necessidades de saúde da população, dificuldades para o trabalho em equipe, formação com valorização da lógica hospitalar e pouco reconhecimento da importância da atenção primária, além do tribalismo das profissões, isto é “a tendência das profissões agirem isoladamente ou em concorrência umas com as outras” (Frenk et al., 2010, p. 1923).

Diante de toda essa conjuntura tem-se como perspectiva de mudança e transformação a inclusão da educação e do trabalho interprofissional na Saúde que, como estratégias de formação e atuação possibilitam a aprendizagem concomitante de várias profissões construindo atitudes e habilidades necessárias para a realização de um trabalho coletivo (Reeves, 2016). A educação interprofissional (EIP) adquire evidência pela capacidade de mudar a lógica da educação compartimentalizada, de forma a possibilitar o aprendizado compartilhado que se aproxima da concretização do trabalho em equipe (Peduzzi, 2016).

Ao redor do mundo a EIP tem ganhado destaque por mostrar resultados de melhoria dos sistemas de saúde e dos cuidados de saúde (Organização Mundial de Saúde, [OMS], 2010) e tem cada vez mais ganhado espaço em pesquisas procurando evidenciar sua eficácia (Reeves et al., 2016).

Reeves et al. (2015), a partir de revisão sistemática da literatura, afirmam que se reconhece o aumento contínuo na publicação de trabalhos de avaliação que visam mensurar os processos e resultados relacionados a uma série de atividades e iniciativas de EIP. No entanto, embora a qualidade dos estudos de avaliação esteja melhorando, ainda há uma série de fragilidades empíricas com esse trabalho.

A trajetória da EIP iniciou-se por volta da década de 1970 com um grupo de especialistas da Organização Mundial da Saúde (OMS) que influenciou iniciativas de

mudança na formação em saúde ao redor do mundo (Barr, 2015). Inicialmente a maior influência na incorporação da EIP se deu na Europa: o Reino Unido introduziu a EIP na década de 1970 e o Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (Caipe), fundado em 1987, vem dando suporte para a ampliação do movimento, expandindo-se para o Canadá, Austrália e Estados Unidos (Oandasan & Reeves, 2005).

A evolução da EIP e as pesquisas sobre o tema podem ser evidenciadas na revisão sistemática apresentada no *BEME Guide* n.9 (Hammick, 2007), no qual foram selecionados numa busca eletrônica e manual 21 estudos sobre EIP, onze oriundos do Reino Unido, sete dos Estados Unidos e um artigo do Canadá, um da Finlândia e um da Suécia. As evidências identificadas nesses estudos se mostraram ainda limitadas e pouco difundidas para apoiar a hipótese de que a aprendizagem em conjunto auxilia os profissionais e as instituições a trabalhar melhor conjuntamente. A educação interprofissional permite que os conhecimentos e as habilidades necessárias para o trabalho colaborativo sejam aprendidos, porém não é tão capaz de influenciar positivamente atitudes e percepções em relação a outras pessoas na equipe de prestação de serviços. No que se refere às iniciativas para melhorar a qualidade, porém, a educação interprofissional é normalmente vista como um mecanismo importante para o desenvolvimento da prática e adequação dos serviços.

Gradativamente a EIP foi se expandindo globalmente e, em 2016, inicia-se nas Américas um movimento capitaneado pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS) para incorporar a EIP nas políticas de recursos humanos para saúde, de forma que em 28 de setembro de 2017 a Opas/OMS promulgou a Resolução CSP29.R15 (Estratégias de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde) que estimula os estados-membros a promover o desenvolvimento de equipes interprofissionais nas redes de serviços por meio da EIP (Silva et al., 2018).

Em 2016, a Opas/OMS realizou a 1ª Reunião Técnica de Educação Interprofissional para a região da Américas na qual se deu ênfase à importância da EIP e incentivou os países a apresentar planos de fortalecimento da educação interprofissional no contexto da formação dos profissionais de saúde (Brasil, 2018). Em dezembro de 2017 ocorreu a 2ª Reunião Técnica de Educação Interprofissional para a região da Américas sediada pelo Brasil, com participação de 22 países da região das Américas, quando 18 dos 22 países apresentaram planos

de ação para a EIP a desenvolver em 2018 e 2019 (Silva et al., 2018). A partir de então, as reuniões técnicas têm acontecido anualmente e são organizadas pela Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas (Reip).

No Brasil, a discussão sobre a EIP foi impulsionada nos últimos anos especialmente por causa de políticas de reorientação da formação em saúde que começam a adotar a interprofissionalidade como um dos princípios formativos (Brasil, 2018). Como exemplo, podemos citar a construção do Instituto Saúde e Sociedade do *campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), que desde sua criação em 2005 teve a educação interprofissional como princípio norteador de todo seu projeto pedagógico dos novos cursos da área da saúde que seriam realizados nesse *campus*. Naquele momento, assumem-se como princípios direcionadores dos cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional a formação de um profissional da saúde apto para o trabalho em equipe interprofissional, com ênfase na integralidade do cuidado ao paciente, uma formação técnico-científica e humana de excelência em uma área específica de atuação profissional, integração entre conteúdos e disciplinas, concepção modular de currículo interdisciplinar, metodologias de ensino problematizadoras, novas tecnologias de informação e comunicação, postura mais ativa dos estudantes e estímulo à iniciação científica e à incorporação do método científico na graduação (Universidade Federal de São Paulo [Unifesp], 2006).

O projeto do *campus* Baixada Santista foi elaborado pelo prof. dr. Nildo Alves Batista e partiu de uma ideia central relativa a quatro eixos, fundamentando o currículo na educação interprofissional, tendo na pesquisa, na interdisciplinaridade, no trabalho em equipe e na integralidade do cuidado os pilares teórico-metodológicos fundamentais. Além desse, podemos também citar o curso de atualização em desenvolvimento docente para a EIP em Saúde em uma parceria do Ministério da Saúde, USP, UFRN e Opas/OMS (realizado em março de 2018) e o edital Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, com a interprofissionalidade como tema central (lançado em julho de 2018) (Almeida & Silva, 2019). Além disso, tem havido movimento de mudança para a atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde, iniciando em 2014 pelo curso de Medicina (Brasil, 2014) e já se ampliando para outras profissões da saúde (Brasil, 2017a; 2017b).

A EIP na saúde tem por objetivo primordial formar profissionais com conhecimento, habilidades e atitudes para atuar juntos de forma colaborativa e eficaz (Oandasan & Reeves, 2005; Reeves et al., 2016). No entanto, sua compreensão e incorporação pode ser dificultada pela visão que estudantes e profissionais de saúde têm de estarem naturalmente aptos para trabalhar de forma colaborativa, quando na verdade apenas atuam de maneira justaposta (OMS, 2010).

Por isso, o conceito de EIP precisa ser claramente compreendido e pactuado para que de fato seja incorporado aos processos formativos e de trabalho na saúde. A definição, mundialmente difundida, foi dada pelo Caipe (2019, p. 1), que afirma que são “ocasiões em que membros ou estudantes de duas ou mais profissões aprendem, uns sobre os outros e uns com os outros, para melhorar a colaboração e a qualidade da atenção e dos serviços”.

Mais recentemente, Reeves et al. (2013, p. 2) nos ofereceram uma definição mais ampla sobre a Educação interprofissional apontando que “é uma intervenção em que membros de mais de uma profissão da saúde aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional ou a saúde/bem-estar de pacientes/clientes, ou ambos”.

Em comum, em todas as definições apresentadas os elementos “com”, “sobre” e “entre si” tem papel indispensável para que a EIP de fato aconteça. Bainbridge e Wood fazem reflexão importante sobre a força dessas proposições para a consolidação da EIP: aprender “com” coloca em evidência a importância do encontro no processo ensino-aprendizagem; aprender “sobre” reforça a necessidade de compreender os conhecimentos, habilidades e atitudes específicas das outras profissões; aprender “entre si” corrobora o reconhecimento da relevância da construção coletiva dentro do trabalho em equipe (Bainbridge & Wood, 2013).

A definição proposta por Reeves et al. (2013) traz um componente substancial para a garantia da aprendizagem interprofissional ao afirmarem que “[...] de forma interativa, com o propósito explícito de [...]” direciona os holofotes para a importância da intencionalidade nas iniciativas de EIP, dando origem a uma compreensão de que não basta os membros das diferentes profissões estarem junto no tempo e espaço: é necessário que a abordagem metodológica escolhida para a aprendizagem assegure a interação e a colaboração (Reeves et al., 2009).

Apesar dos inúmeros avanços na adoção de maior clareza conceitual que essas definições apresentam ainda se percebe nas falas, expressões e experiências cotidianas da EIP uma confusão conceitual entre os prefixos “multi” e “inter” e os termos “disciplinar” e “profissional”. O prefixo “multi” refere-se à construção conjunta para um mesmo objetivo, porém de forma justaposta, sem a criação de relações entre si. O prefixo “inter” implica parceria, interação, ou seja, um grau mais avançado de relação horizontal com nova combinação entre os elementos internos. Já o termo “disciplinar” pode ser caracterizado como campo de estudo, conteúdo a ser ensinado, desenvolvimento do conhecimento em sua vertente epistemológica, relativo ao campo do saber. E o termo “profissional” se refere a práticas concretas, relativo ao campo das equipes e serviços (Oandasan & Reeves, 2005; Furtado, 2007).

Essas diferenciações conceituais são importantes para compreendermos que quando estamos falando de pessoas, profissionais, em uma relação interativa de construção colaborativa por um objetivo comum, adotamos o termo “interprofissional”.

Em face de toda essa contextualização faz-se necessário mergulharmos mais na EIP conhecendo-a do ponto de vista de suas características, requisitos, momento da oferta, relação com as teorias educacionais e estratégias de aprendizagem, barreiras e desafios.

Vários aspectos podem influenciar o desenvolvimento da EIP. Reeves et al. (2016), em uma revisão sistemática, indicam que os aspectos de maior relevância são questões políticas, disponibilidade de recursos financeiros, tempo disponível durante a formação (cronogramas dentro dos currículos), apoio organizacional local, regional e nacional, apoio institucional, escolha de quais profissões comporão as atividades, número de estudantes que participarão das atividades, oferta de desenvolvimento docente para que os professores realizem a facilitação interprofissional, presença de estereótipos e hierarquias entre as profissões e elementos do processo ensino-aprendizagem.

Oandasan e Reeves (2005) propõem uma abordagem por meio de três dimensões de ação: dimensão macro, dimensão meso e dimensão micro. Nessa perspectiva, a dimensão macro inclui as políticas de reorientação da formação interprofissional em saúde e, por conseguinte, pode auxiliar na definição de políticas nacionais que estimulem a adoção da EIP nas instituições formadoras. A dimensão meso trata dos desenhos curriculares e projetos pedagógicos e, por isso,

pode fortalecer o apoio institucional de forma a encontrar estratégias para superar as barreiras físicas e valorizar o desenvolvimento do corpo docente para trabalhar a EIP. Finalmente, a dimensão micro diz respeito às relações interpessoais e interprofissionais, com potência para melhorar a comunicação entre os membros de diferentes profissões, promover a desconstrução dos estereótipos, proporcionar melhora no gerenciamento de conflitos e conseqüentemente na capacidade para o trabalho em equipe (Oandasan & Reeves, 2005; Orchard et al., 2010; Costa, 2019).

O apoio institucional reúne diversos elementos estratégicos para o desenvolvimento da EIP. Precisamos esse apoio para, por exemplo, identificar a necessidade de uma liderança que mostre interesse e empenho na aquisição e atualização de conhecimento além de experiência em EIP; a necessidade de ter um corpo docente engajado e convicto da importância da inserção da aprendizagem interprofissional para que ela reverbere de forma positiva nos estudantes; de apoiar o desenvolvimento contínuo do corpo docente; de cuidar das questões de logística, recursos humanos e financeiros; de estimular o desenvolvimento de uma cultura favorável à EIP (Reeves, 2016).

Em se tratando de estratégias de ensino-aprendizagem na organização e planejamento de um programa de EIP é importante conhecer quais tem maior potencial para atingir os objetivos esperados, de acordo também com o número de participantes e os recursos disponíveis. A literatura internacional ressalta que as estratégias educacionais que têm sido mais utilizadas em iniciativas de EIP são as seguintes: aprendizado baseado em seminário; aprendizado baseado em observação; aprendizado baseado em problemas; aprendizado baseado em simulação; aprendizado baseado na prática clínica; aprendizado por meio de discussões on-line (Reeves, 2016; Fox et al., 2018). Reeves (2016) sugere que a combinação de diferentes estratégias interativas de aprendizagem interprofissional transforma a experiência, deixando-a mais proveitosa com maior engajamento dos estudantes.

Outra questão a ser discutida é se a atividade de EIP será obrigatória ou eletiva. Por um lado, uma atividade eletiva pode passar a mensagem de que a abordagem não é essencial para a formação. Por outro, temos o argumento de que a escolha de participar de uma atividade de EIP pode garantir um maior envolvimento e comprometimento. O que se afirma com certeza é que

independentemente de qual opção, ela deve ser a mesma para todos os estudantes para não causar diferenças entre as profissões (Oansandan & Reeves, 2005).

Uma oportunidade de aprendizagem que precisa ser valorizada na EIP é a informal. Reeves explica que as oportunidades de aprendizagem informal são as que ocorrem “quando estudantes se encontram socialmente e discutem aspectos de sua educação formal”. Esses momentos podem ampliar a riqueza das trocas interprofissionais, pois os estudantes se sentem mais livres para compartilhar ideias, dúvidas, valores e atitudes que podem fortalecer a colaboração interprofissional (Reeves, 2016, p. 188).

Outro elemento de debate na literatura é o momento da oferta de uma iniciativa ou atividade de EIP em programas de formação. Por um lado, a recomendação mais recorrente é que ela ocorra em fases iniciais do ensino da graduação, especialmente nos dois primeiros anos, pois isso ajuda a evitar o desenvolvimento de estereótipos entre as profissões. Um dos principais argumentos para isso é que a aprendizagem interprofissional nessa fase pode afetar como os estudantes conhecem outras profissões e se relacionam com elas por meio do desenvolvimento de atitudes e comportamentos positivos (Oansandan & Reeves, 2005; Reeves, 2016). Por outro lado, há também na literatura os que defendem a incorporação da interprofissionalidade na pós-graduação e na educação permanente, argumentando que os profissionais formados têm maior compreensão de sua identidade e do seu papel profissional (Reeves, 2016).

Se compreendermos que os objetivos, a natureza e as estratégias da EIP são diferentes quando se consideram os vários momentos na trajetória formativa em saúde, tem-se a tendência de recomendar que o processo inicie na graduação, preparando os estudantes para conhecer, compreender e apreender as práticas colaborativas. Numa etapa subsequente, na pós-graduação e na educação permanente, a finalidade seria fortalecer as experiências de aprendizado anteriormente adquiridas para ampliar a capacidade de trabalhar colaborativamente em saúde, criando uma relação de continuidade no processo de incorporação da EIP (Reeves, 2016).

Quando contemplamos todos esses aspectos e elementos da EIP fica evidente que o papel dos docentes é fundamental para que a experiência se concretize. Algumas características peculiares são cruciais para a atuação do docente em iniciativas de EIP: vivências interprofissionais anteriores,

conhecimento e habilidade de uso de estratégias de ensino-aprendizagem interativas, saber trabalhar com dinâmicas de grupo e ser capaz de torná-las interprofissionais, flexibilidade e criatividade para vivenciar as situações de maneira compartilhada com os estudantes, envolvimento e compromisso docente com a EIP (Reeves, 2016; Batista & Batista, 2016).

Essas características reforçam que programas de desenvolvimento docente são imprescindíveis para a EIP. Batista e Batista (2016) apontam que tais programas voltados para a EIP precisam valorizar a atuação do docente como mediador dos processos de ensino-aprendizagem, de maneira que este, ao proporcionar um espaço de troca de saberes e práticas de forma horizontal, também se consolide como uma experiência interprofissional.

Por todo o exposto fica evidente que introduzir a EIP não é tarefa simples nem fácil e, por conta disso, as barreiras que podem surgir no decurso devem ser elencadas. A EIP pode ser vista como um processo formativo “nebuloso”, pois remete a questões complexas – relacionadas a hierarquia, papéis profissionais, liderança, tomada de decisão, comunicação, respeito – que os estudantes precisarão enfrentar, e assim resistências podem aparecer (Oansandan & Reeves, 2005). Os estudantes também podem apresentar resistência em relação à EIP por não perceberem o uso imediato da aprendizagem, pois como a finalidade é melhorar a prática colaborativa para o futuro, eles podem acreditar que isso é muito distante e acabam dando mais atenção a atividades que favorecem conhecimentos e habilidades específicas de suas profissões (Oansandan & Reeves, 2005).

Os docentes envolvidos em programas de EIP também podem mostrar resistência ao movimento de mudanças. As iniciativas de EIP podem ser assustadoras em alguns casos, pois envolvem um número enorme de estudantes, e muitas vezes são necessários vários docentes para mediar a aprendizagem em um grande número, de pequenos grupos interprofissionais (Hall & Zierler, 2015). Tais resistências docentes também podem advir do tribalismo profissional apreendido em seus processos formativos (Batista & Batista, 2016).

Do ponto de vista institucional destacam-se as barreiras referentes à lógica e à estrutura atual do ensino superior, tanto no que diz respeito às estruturas físicas quanto às estruturas curriculares excessivamente conteudistas e engessadas que dificultam a interação entre os cursos da área da saúde. Mas nesse cenário, a maior

barreira a enfrentar ainda é a cultural, porque a valorização da formação específica e especializada é muito forte no Brasil e isso favorece os silos profissionais e as disputas pelo poder nas tomadas de decisão em saúde (Costa, 2016).

Para o enfrentamento dessas barreiras aqui exemplificadas, impõem-se estratégias de ação ampliadas de acordo com o que apontam Oandasan e Reeves (2005) quanto às três dimensões descritas anteriormente (macro, meso e micro). Essas estratégias operacionais de enfrentamento das barreiras podem auxiliar na compreensão de em qual nível se encontra o problema a enfrentar (local, regional, nacional) e caracterizar pormenorizadamente as questões para assim construir planejamentos efetivos de resolução.

As particularidades, características, conceitos, barreiras e desafios pincelados aqui têm a intenção de oferecer um panorama promissor, instigador e acolhedor para que a EIP se amplie no cenário brasileiro.

Oandasan e Reeves (2005) apresentam alguns elementos-chave para o sucesso dos programas de EIP: criação de um ambiente de aprendizagem amistoso e acolhedor, garantia de apoio institucional, luta por condições iguais de poder entre os participantes, criação de uma atmosfera cooperativa, adoção de estratégias que estimulem o trabalho conjunto, preocupação e compreensão das diferenças e semelhanças, oferta de experiências de aprendizagem relevantes e de oportunidades para reflexão durante a aprendizagem, inserção dos estudantes em experiências práticas, incentivo ao uso de estratégias metodológicas e cenários de aprendizagem diversificados, oferta de oportunidades informais de aprendizagem interprofissional.

Outro elemento fundamental para garantir a consolidação da EIP é a construção de evidências científicas em relação a sua efetividade. Reeves e Barr (2016) apresentaram uma proposta com doze passos para garantir processos avaliativos confiáveis de iniciativas interprofissionais e assim aumentar o número de suas evidências. De forma breve, os passos enumerados são os seguintes: formulação de questões de avaliação claras e objetivas, definição pactuada da abordagem de avaliação de acordo com os objetivos, uso de estratégia de avaliação validada, uso de consultoria sobre processos avaliativos para aprimoramento da estratégia, atualização teórico-conceitual sobre o tema, seleção adequada do desenho e dos métodos de avaliação, garantia de adoção de princípios éticos no processo avaliativo,

coletar dados quantitativos, coletar dados qualitativos, adoção de instrumentos de avaliação validados, interpretar e disseminar os resultados encontrados.

Considerações reflexivas

A partir de tudo isso, consideramos importante levantar algumas questões-chave apontadas na literatura internacional para o sucesso dos programas de EIP (Oandasan & Reeves, 2005, p. 25, pp. 34-35) com intuito de fomentar as reflexões sobre o tema e contribuir para o avanço das ações e proposições da EIP em saúde:

- Quais estratégias de ensino-aprendizagem podem ser usadas?
- Que tipo de configuração de aprendizagem pode ser utilizada?
- Quais competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) precisam ser desenvolvidas?
- Que tipo de papel o corpo docente pode adotar?
- Que modelo de desenvolvimento docente é necessário?
- Quando a EIP deve ser introduzida nos programas de formação profissional em saúde?
- Quais as expectativas de que todos os estudantes compartilhem as mesmas competências colaborativas?
- Existe uma definição comum entre todos os programas de formação profissional em saúde em relação às competências colaborativas?
- É possível introduzir um conjunto de oportunidades de aprendizado durante a formação que inclua estratégias uni, multi e interprofissionais?
- Estamos cientes das melhores práticas colaborativas existentes em nossa própria comunidade e serviços de saúde?
- Estamos otimizando nossas oportunidades de encontrar e utilizar essas configurações ideais da prática colaborativa para os estudantes?
- Que oportunidades existem para a aprendizagem em serviço da EIP?
- Como podemos desenvolver maneiras de melhorar nossa compreensão dos métodos de mediação por meio do desenvolvimento docente?

Referências

- Almeida, R. G. S., & Silva, C. B. G. (2019). Interprofessional education and the advances of Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 27, pp. 1-2.
- Bainbridge, L., & Wood, V. I. (2013). The power of prepositions: a taxonomy for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 27(2), pp. 131-136.
- Barr, H. (2015). *Interprofessional education: the genesis of a global movement*. London: Centre for Advancement of Interprofessional Education. Recuperado em 02 de junho, 2020, de <https://www.caipe.org/resources/publications/barr-h-2015-interprofessional-education-genesis-global-movement>.
- Batista, N.A., & Batista, S.H.S.S. (2016). Educação interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 202-204.
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF: Presidência da República. Casa Civil. Recuperado em 02 de junho, 2020, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.
- Brasil. (2020). *O dia que o SUS visitou o cidadão*. Brasília: Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, pp.1-10. Recuperado em 02 de junho, 2020, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dia_que_sus_visitou_cidadao.pdf.
- Brasil. (2014). *Resolução CES/CNE nº 3, de 20 de junho de 2014*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF: Ministério da Educação. Recuperado em 02 de junho, 2020, http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192.
- Brasil. (2017a) *Resolução CNS nº 559, de 15 de setembro de 2017*. Aprova o Parecer Técnico nº 161/2017 que dispõe sobre as recomendações do Conselho Nacional de Saúde à proposta de Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fisioterapia. Diário Oficial da União, Brasília, Ministério da Saúde. Recuperado em 02 de junho, 2020, <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso559.pdf>.
- Brasil. (2017b) *Resolução CES/CNE nº 6, de 19 de outubro de 2017*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Ministério da Educação. Recuperado em 02 de junho, 2020, http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=74371-rces006-17-pdf&category_slug=outubro-2017-pdf&Itemid=30192.
- Brasil. (2018) *Construindo caminhos possíveis para a Educação Interprofissional em Saúde nas Instituições de Ensino Superior do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Recuperado em 02 de junho, 2020, https://www.educacioninterprofissional.org/sites/default/files/fulltext/2018/2018DEGES_construindo_caminhos_EIP.pdf. Acesso em: 2 jun. 2020.
- Campos, G. W. S. (2008) SUS: o que e como fazer? *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6), pp. 1707-1714.
- Centre For the Advancement of Interprofessional Education. (2002). *Collaborative practice through learning together to work together*. Fareham: CAIPE. Recuperado em 02 de junho, 2020, <https://www.caipe.org/resource/CAIPE-Statement-of-Purpose-2016.pdf>.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2006). *SUS: avanços e desafios*. Brasília: CONASS. Recuperado em 02 de junho, 2020, http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/Livro_Sus.pdf.
- Costa, M. V. (2016). A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 197-198.
- Costa, M. V. (2019) A educação interprofissional e o processo de formação em saúde no Brasil. In R. M. P. Souza, P. P. Costa, (orgs.) *Nova formação em saúde pública: aprendizado coletivo e lições compartilhadas na RedEscola*. v.2. Rio de Janeiro: Fiocruz, ENSP, RedEscola. pp. 45-61.
- Fox, L., Onders, R., Hermansen-Kobulnicky, C. J., Nguyen, T-N., Myran, L., Linn, B., & Hornecker, J. (2018). Teaching interprofessional teamwork skills to health professional students: a scoping review, *Journal of Interprofessional Care*. 32(2), pp. 127-135.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z.A., Cohen, J., Crisp, N., & Evans, T. *et al.* (2010) Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376, pp. 1923-1958.
- Furtado, J. P. (2007) Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22), pp. 239-245.

- Hall, L. W., & Zierler, B. K. (2015). Interprofessional education and practice guide no. 1: developing faculty to effectively facilitate interprofessional education, *Journal of Interprofessional Care*, 29(1), pp. 3-7.
- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S., & Barr, H. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. *Medical Teacher*, 29(8), pp. 735-751. Recuperado em 6 de junho, 2020, <http://doi:10.1080/01421590701682576>.
- Mendes, E.V. (2019). As redes de atenção à saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), pp. 2297-2305.
- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*, suppl.1, pp. 21-38.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS. Recuperado em 02 de junho, 2020, https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3019:marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa&Itemid=844
- Orchard, C. et al. (2010). *A national interprofessional competency framework*. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). Recuperado em 02 de junho, 2020, <https://www.mcgill.ca/ipeoffice/ipe-curriculum/cihc-framework>.
- Peduzzi, M. (2016). O SUS é interprofissional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 199-201.
- Reeves, S. (2016). Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 185-196.
- Reeves, S., & Barr, H. (2016). Twelve steps to evaluating interprofessional education. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 11(6), pp. 601-605, Recuperado em 02 de junho, 2020, <https://core.ac.uk/download/pdf/74396494.pdf>.
- Reeves, S., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2009). An emerging framework for understanding the nature of interprofessional interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 23(5), pp. 539-542.
- Reeves, S., Boet, S., Zierler, B., & Kitto, S. (2015). Interprofessional education and practice guide no.3: evaluating interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 29(4), pp. 305-312.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v.3. Recuperado em 02 de junho, 2020, <http://doi:10.1002/14651858.CD002213.pub3>.
- Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., & Davies, N., et al. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No.39, *Medical Teacher*. Recuperado em 02 de junho, 2020, [doi: 10.3109/0142159X.2016.1173663](https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663).
- Silva, F. A. M., Cassiani, S. H. D. B., & Freire Filho, J. R. (2018). The PAHO/WHO Regional Network of Interprofessional Health Education. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 26, pp. 1-2.
- Universidade Federal de São Paulo. (2006). *Projeto Político Pedagógico: A educação interprofissional na formação em saúde: a competência para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado*. Santos: Unifesp, campus Baixada Santista. Recuperado em 05 fev. 2020, <http://www.unifesp.br/campus/san7/todas-noticias/415-projeto-politico-pedagogico-do-campus-baixada-santista-e-citado-no-relatorio-final-da-global-ipe>.

02 PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA: reflexão do constructo à prática

Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo¹
 Cynthia Girundi da Silva²
 Andrea Alves Soerensen³
 Natalia Milânio Sousa de Faria¹
 Ivanete Pereira da Silva⁴

Contextualizando o construto da colaboração

Este capítulo tem como objetivo refletir e contextualizar o desenvolvimento do conceito que envolve a prática interprofissional colaborativa (PIC), relacionando-a com a educação e o trabalho interprofissional em saúde, em dois contextos: a formação e o trabalho em equipe (TE), com vistas à integralidade no cuidado. Nesse sentido, se faz necessário conhecer as questões conceituais que envolvem esse constructo.

A colaboração é um termo que tem sido objeto central de estudos e o primeiro aspecto encontrado é uma polissemia e imprecisão conceitual, já que muitas vezes é utilizado como sinônimo de cooperação e de trabalho em equipe. O ponto central na diferença entre a colaboração e cooperação e trabalho em equipe é a maneira pela qual esses elementos se executam. Qual e como é a participação do sujeito frente a uma tarefa conjunta? Certamente, todo indivíduo possui uma experiência de compartilhamento em determinado momento, que pode ser no ensino/aprendizagem ou no cenário de prática (ambiente de trabalho).

Para avançarmos no entendimento sobre a colaboração, é importante ressignificar conceitos essenciais, como cooperação, trabalho em equipe e o próprio termo colaboração.

¹ Universidade Federal de São Paulo - Instituto Saúde e Sociedade, Campus Baixada Santista, Santos – S.P. e-mails: uchoa.lucia@unifesp.br; nataliamilanio@gmail.com

² Universidade Federal de Pelotas - Pelotas – RS. e-mail: cynthia.girundi@unifesp.br

³ Universidade Paulista e Hospital Infantil Gonzaga - Santos – SP. e-mail: aasoerensen@uol.com.br

⁴ Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE) - São Paulo – SP. e-mail: iva9silva@gmail.com

Na língua portuguesa há similaridade entre os conceitos de cooperação e de colaboração. Cooperação tem o seguinte significado: “1. O ato de operar ou obrar simultaneamente; trabalhar em comum; colaborar; cooperar para o bem público. 2. Ajudar, auxiliar; colaborar”. Colaboração significa: “1. trabalho em comum com uma ou mais pessoas; cooperação. 2. ajuda, auxílio, contribuição [...]” (Ferreira, 1999). Já Damiani (2008) explica que a diferenciação entre os termos reside na origem das palavras: o verbo “cooperar” é derivado da palavra *operare* que, em latim, quer dizer operar, executar, fazer funcionar de acordo com o sistema, e o verbo “colaborar” é derivado de *laborare*, relacionado a trabalhar, produzir, desenvolver atividades tendo em vista um determinado fim.

O trabalho em equipe é entendido como uma forma organizada na prestação de cuidados em saúde com o objetivo de atender a demandas decorrentes da concepção ampliada de saúde (Souza et al., 2016). Entretanto, mesmo com o avanço na definição do termo, ainda é um assunto que continua desafiando a comunidade científica. Um desses desafios reside na distinção entre “trabalho em equipe” e “grupo de trabalho”.

O trabalho em equipe é uma prática desenvolvida no âmbito da saúde com o encontro de diferentes profissões com objetivos comuns e identidades compartilhadas, trabalhando de maneira próxima, integrada e interdependente (Pezuzzi, 2009; Reeves et al., 2010), enquanto o grupo de trabalho consiste na interação e troca de informações entre dois ou mais indivíduos, com o objetivo de ajudar cada membro com o seu desempenho na área específica de atuação (Pinho, 2006).

O grupo Interprofessional Education Collaborative (Ipec), composto por associações e organizações dos Estados Unidos, realizou, em 2011, um painel de *experts* sobre educação interprofissional colaborativa no qual se categorizou o trabalho em equipe da seguinte forma:

1. “Cuidado interprofissional baseado em equipe”, que são equipes usualmente menores e reconhecidas por seus membros e externos por terem uma identidade coletiva e responsabilidade compartilhada. É uma equipe criada intencionalmente para prestar cuidado para um ou para um grupo de pacientes como, por exemplo, equipe de cuidados paliativos ou equipe de cirurgia, entre outras.
2. “Trabalho em equipe interprofissional”, no qual ocorrem níveis de coordenação, cooperação e colaboração que caracterizam as relações

entre os profissionais envolvidos no cuidado centrado no paciente. Para Barr et al. (2005) todo trabalho em equipe é colaboração, mas nem toda colaboração é trabalho em equipe.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que a base para a colaboração se dá pela coordenação e pela cooperação, mas reafirma suas diferenças ao entender que a colaboração “ultrapassa as fronteiras da cooperação pelo envolvimento da força de trabalho de saúde colaborativa, preparada para a prática, pronta para enfrentar problemas complexos ou emergenciais e resolvê-los juntos” (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2010).

A colaboração se dá por meio do coletivo, as ações são compartilhadas e nascem de uma ideia comum, havendo corresponsabilidade em todo o seu desenvolvimento, desde a concepção da ideia até a sua operacionalização e finalização. Segundo Barr et al. (2005), a colaboração é uma parceria ativa e contínua, geralmente entre pessoas de origens diversas que trabalham juntas para resolver problemas ou fornecer serviços.

Apesar dos conceitos apresentados muitas vezes serem utilizados com a mesma conotação, entendemos que a colaboração é complexa, tem um significado mais abrangente que envolve a PIC e o trabalho em equipe e não se limita apenas entre profissionais ou profissões, mas pode ocorrer também entre diferentes equipes e organizações (Barr et al., 2005; Ødegard, 2006). Recentemente, Rocha, Barreto e Moreira (2016, p. 2) ampliaram o entendimento de colaboração como sendo uma “articulação que implica cooperação, integrando variadas categorias profissionais para o trabalho coletivo em diversos contextos de prática, bem como no trabalho interorganizacional e interinstitucional”. Souza et al. (2016) complementam que a colaboração se constitui principalmente a partir da comunicação.

Apresentaremos uma breve cronologia da construção e do desenvolvimento do termo colaboração e de seus elementos. Na literatura internacional encontramos há mais de duas décadas as primeiras definições. Em 1997, Biggs definiu a colaboração como o relacionamento entre diferentes áreas profissionais com culturas próprias. Posteriormente, Meads et al. (2004) concordam com o autor quando definem o aspecto relacional da colaboração e apontam que ela diz respeito a trabalhar conjuntamente. Contudo, não significa uma integração completa, mas a existência de algum objetivo compartilhado.

Barr et al. (2005) descrevem a colaboração como o encontro entre pessoas de diferentes origens profissionais que estabelecem parcerias em busca da solução de problemas de saúde. No mesmo período, D'Amour et al. (2005) definem que a colaboração no contexto da saúde é vista como ações coletivas, orientadas para um objetivo comum, com um espírito de confiança e harmonia.

Para Reeves et al. (2010), colaboração é uma forma de trabalho interprofissional mais flexível que tem aproximações e afastamentos em relação ao trabalho em equipe. Elas se diferenciam uma da outra nas questões da integração de seus componentes e na identidade compartilhada, por serem aspectos de menor relevância, mas ao mesmo tempo se aproxima por exigir uma responsabilidade compartilhada e algum grau de interdependência dos objetivos e clareza dos papéis.

E ainda, Morgan, Pullon e McKinley (2015, p. 1218) definem colaboração como “uma parceria ativa e contínua entre pessoas com diversos conhecimentos e culturas profissionais que, possivelmente, representam diversos setores e organizações, trabalhando conjuntamente para resolver problemas e oferecer serviços”.

Apesar de o termo colaboração estar muito associado às parcerias entre os profissionais, ela vai muito além da saúde, envolvendo as organizações como educação, habitação, assistência social, direito e também setores estatais, voluntários e comerciais, e pode ocorrer em cenários residenciais ou comunitários (Barr et al., 2005). Nos serviços de saúde, o termo colaboração pode ser entendido e operacionalizado com mais de um significado, como a colaboração interprofissional.

Você deve ter notado que, até aqui, tentamos delimitar o conceito de colaboração, porém frequentemente o termo interprofissional surge nas definições, pois ambas as palavras caminham lado a lado.

A colaboração interprofissional é entendida como um processo pelo qual indivíduos de diferentes profissões estruturam uma ação coletiva para coordenar os serviços executados, de modo individual ou em grupo (Sicotte, D'Amour & Moreault, 2002).

Orchard et al. (2005) ampliam o conceito de colaboração interprofissional considerando-o uma parceria entre a equipe de profissionais e o cliente, culminando em decisões compartilhadas, de forma participativa, colaborativa e coordenada suprimindo assim as demandas.

Em 2010, o grupo Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) ratifica esse conceito e ainda define que as demandas levantadas no processo de colaboração junto ao paciente e sua família ou comunidade não se limita a questões de saúde, mas envolve também as questões sociais (Canadian Interprofessional Health Collaborative [CIHC], 2010), o que já remete à perspectiva em atuar à luz da integralidade do cuidado.

A colaboração interprofissional propicia o desenvolvimento da integralidade do cuidado e presta serviços para resolver problemas, e pode ter a mesma ou diferentes origens profissionais entre equipes e entre organizações.

Reeves et al. (2010) abordaram os tipos de atividades interprofissionais e descreveram e classificaram o trabalho interprofissional em quatro categorias: o trabalho em equipe, a colaboração, a coordenação e o trabalho em rede. O trabalho em equipe e a colaboração já foram elucidados. Assim, vamos entender agora os conceitos de coordenação e trabalho em rede.

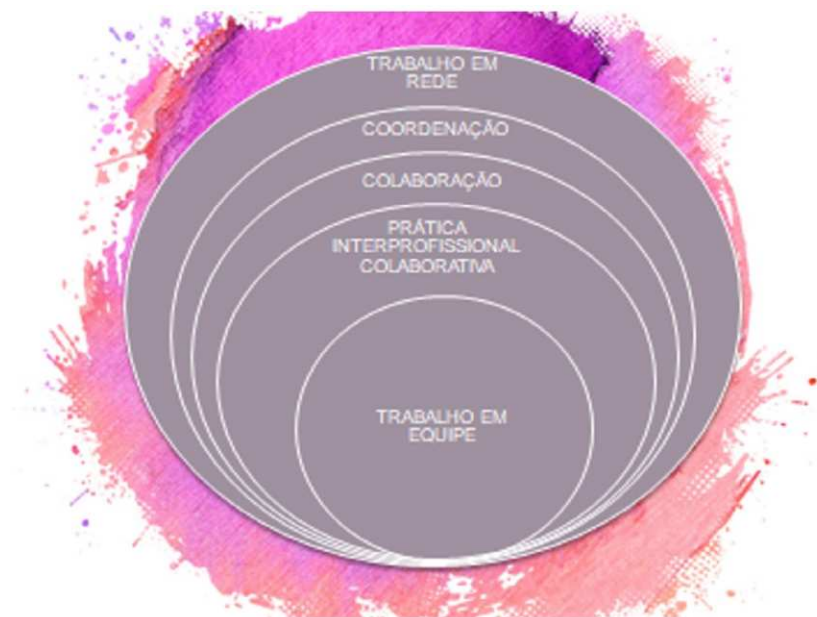
A coordenação é entendida como uma forma de colaboração similar no que diz respeito ao compartilhamento de identidade, mas diferente nos quesitos de integração e interdependência, pois são menos relevantes. Além disso, na coordenação as tarefas em equipe são menos previsíveis e urgentes do que na colaboração.

No trabalho em rede, os aspectos de identidade, clareza de papéis e objetivos, interdependência e integração são ainda menos relevantes do que nas categorias descritas anteriormente. A rede pode ser virtual, e com isso o trabalho face a face pode não existir, e um ponto importante a enfatizar é que a constituição da rede de trabalho é informal e dependerá das necessidades individuais de cada membro (Reeves et al., 2010).

De forma similar, como evidenciado por Reeves et al. (2010), Morgan, Pullon e McKinlay (2015) desenvolvem um conceito de colaboração interprofissional no qual a colaboração seria um termo mais amplo que envolve outros dois: o trabalho em equipe (TE) e a prática interprofissional colaborativa (PIC). O primeiro refere-se a um nível mais profundo e interdependente do trabalho conjunto, e o segundo descreve os elementos da colaboração interprofissional nas práticas dos serviços de saúde.

Assim, a junção das ideias de Reeves et al. (2010) e Morgan, Pullon e McKinlay (2015) se resume em um espectro do trabalho interprofissional em que a menor unidade é o trabalho em equipe, seguido por prática interprofissional colaborativa, colaboração, coordenação e trabalho em rede, conforme a ilustração da Figura 1.

Figura 1. Espectro do trabalho interprofissional.



Fonte: adaptação da proposta de Reeves et al. (2010); Morgan, Pullon e Mackinlay (2015).

A prática interprofissional colaborativa

A prática interprofissional colaborativa em muitas situações é utilizada como sinônimo da educação interprofissional (EIP). Entretanto, apesar da relação direta, é preciso entender que a PIC é o resultado prático de uma formação baseada na EIP. Ou seja, há evidências que apontam que a EIP proporciona uma PIC eficaz (OMS, 2010). Essa afirmativa resulta de estudos que vêm sendo desenvolvidos ao longo das últimas cinco décadas, nas quais a conceituação da PIC demonstrou-se uma questão complexa que envolve diferentes abordagens teóricas conceituais.

A Organização Mundial da Saúde, em 2010, lançou um documento intitulado o *Marco para a ação em educação interprofissional e prática colaborativa*, a fim de ser um guia para a introdução da EIP e da PIC no mundo, além de ser fonte de evidências resultantes de pesquisas. Nesse documento define-se a PIC da seguinte forma:

A prática de atenção à saúde ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços (OMS, 2010, p. 13).

Percebe-se que a operacionalização da PIC representa um objetivo duplamente desafiador. Primeiro, por se tratar de algo inovador que implica transformações de valores e práticas. Segundo, por reunir diferentes profissionais para realizar um cuidado centrado no paciente, a fim de responder às necessidades de saúde.

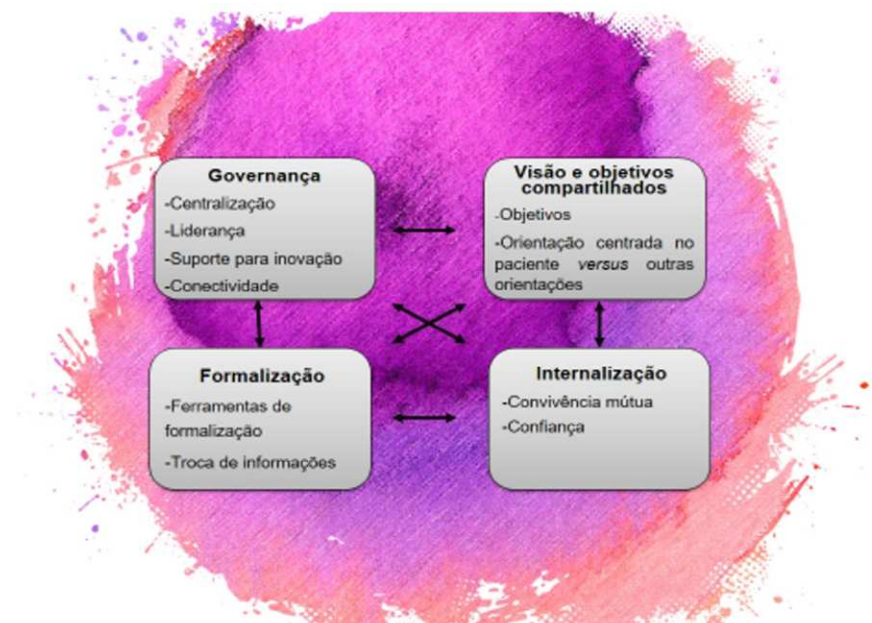
A prática interprofissional colaborativa se apresenta como uma abordagem efetiva, inclusive por ter como essência as pessoas, os profissionais e os atores das ações. A atuação se dá compartilhando conhecimentos e práticas para a execução das ações colaborativas em saúde que se complementam, gerando interdependência (Rocha; Barreto e Moreira, 2016). A equipe de saúde que trabalha com a PIC assume um papel ativo e horizontal (OMS, 2010).

A PIC descreve os elementos de colaboração interprofissional introduzidos nos cenários da prática e está ancorada na premissa de que os profissionais estão predispostos a trabalhar juntos com o intuito de ofertar serviços de qualidade (D'Amour et al., 2008).

D'Amour et al. (2008) desenvolveram importante contribuição para a operacionalização da PIC, propondo uma tipologia (Figura 2) constituída por quatro dimensões operacionalizadas em dez indicadores. Duas dessas dimensões (compartilhamento de visão e objetivos e internalização) envolvem relações entre os indivíduos, e as outras duas (formalização e governança) envolvem o ambiente organizacional. Essas quatro dimensões, enumeradas a seguir, estão inter-relacionadas e influenciam umas às outras:

1. A dimensão “compartilhamento de visão e objetivos” diz respeito à existência de objetivos comuns e à apropriação deles pela equipe.
2. A dimensão “internalização” refere-se à consciência da interdependência entre os profissionais, com senso de pertencimento, reconhecimento e confiança mútua no processo de trabalho.
3. A dimensão “formalização” considera a comunicação e a utilização de ferramentas adequadas, como protocolos e acordos, bem como esclarece expectativas e responsabilidades.
4. A dimensão “governança” abrange a liderança, dando direção e apoio aos profissionais na introdução de inovações relacionadas às práticas interprofissionais colaborativas.

Figura 2. Modelo da tipologia da colaboração interprofissional.

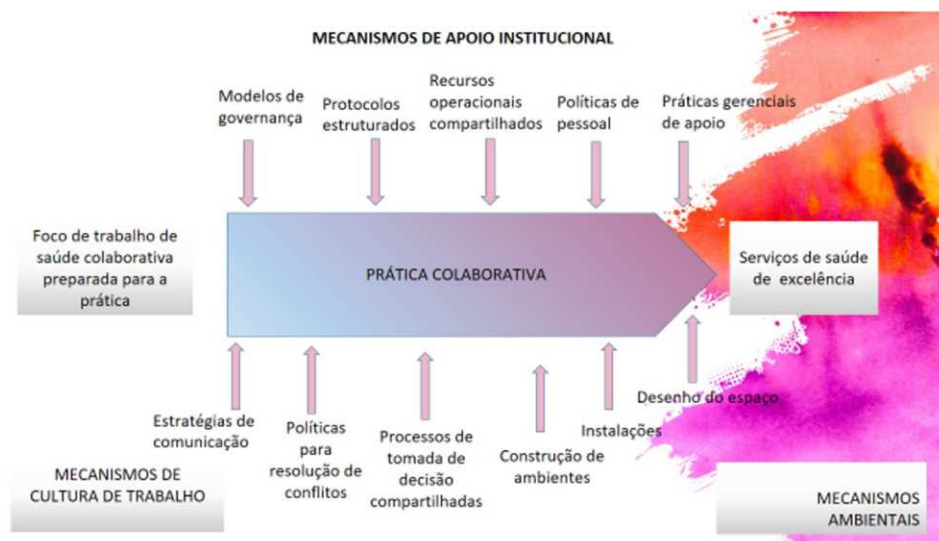


Fonte: adaptado de D'Amour et al. (2008).

A OMS integra os elementos abordados por D'Amour et al. (2008), mas enfatiza que a equipe não é a única responsável pelo processo da prática

colaborativa. Dessa forma, marca a importância de haver mecanismos de apoio institucional, ambiental e de cultura de trabalho para que a colaboração possa acontecer, conforme ilustra a Figura 3.

Figura 3. Mecanismos que delineiam a prática colaborativa.



Fonte: OMS (2010).

Competências da prática colaborativa

A fim de facilitar o entendimento sobre a PIC houve um grande esforço dos pesquisadores para conceituar e detalhar quais são as principais competências que constituem a prática colaborativa. O ponto central na busca da definição das competências é facilitar seu desenvolvimento, seja processo de ensino, seja na prática profissional, auxiliando na realização da EIP e da PIC.

A educação interprofissional (EIP), segundo Reeves (2009), é uma estratégia de aprendizagem, com abordagens inovadoras, que consiste na interação e envolvimento de estudantes de duas ou mais áreas. Por sua vez, a *Continuing Interprofessional Education* (Cipe), desenvolvida pela Universidade da Carolina do Norte (Estados Unidos), possibilita ao profissional desenvolver conhecimentos e habilidades necessárias para

o desenvolvimento do trabalho – ambas as estratégias têm por finalidade desenvolver a PIC.

O grupo Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC), com financiamento do governo canadense e auxílio de várias entidades e profissionais, identificou seis domínios de competências para a PIC, com o intuito de fortalecer a introdução dessa estratégia e sua multiplicação nas práticas e no ensino do país (Bainbridge; Orchard & Woos, 2010). Os domínios das competências segundo o CIHC (2010) dizem respeito tanto ao processo quanto ao resultado da colaboração:

1. O domínio “clareza de papéis” diz respeito ao conhecimento que cada membro da equipe deve ter sobre seu papel e dos demais profissionais da equipe. Ao ter essa clareza o profissional deve ser capaz de utilizar esse conhecimento para estabelecer metas comuns, a partir das demandas dos pacientes/clientes/famílias/comunidade. Para isto, é necessário que haja respeito e reconhecimento da diversidade entre os membros da equipe, bem como da responsabilidade e das competências de cada profissional, mediado sempre pela comunicação.
2. O domínio “cuidado centrado nos pacientes/clientes/famílias/comunidade” compreende a busca por integração e valores, tais como parceria e encorajamento, e o engajamento dos pacientes/clientes/famílias/comunidade no processo de cuidado. A equipe deve ser capaz de elaborar metas a partir das demandas dos pacientes, propiciando que eles sejam ativos no cuidado. Para isso as informações devem ser sempre compartilhadas em uma linguagem de fácil compreensão, incentivando que eles participem do processo de discussão e de tomada de decisões.
3. O domínio “funcionamento da equipe” requer a compreensão da dinâmica do trabalho da equipe. Para isso, os profissionais devem ser capazes de (re)conhecer o processo de trabalho, desenvolver princípios para o trabalho conjunto que vão ao encontro dos princípios e valores dos participantes da equipe. Além disso, as discussões e interações devem ser sempre incentivadas no sentido de uma participação respeitosa, que inclua o paciente, para que as decisões realmente sejam compartilhadas.

4. O domínio “liderança colaborativa” apoia a tomada de decisões compartilhadas e faz parte essencial da sustentação do modelo de colaboração. E apesar de se pensar em liderança, não se deve deixar de lado a importância de cada membro da equipe por suas ações, responsabilidades e papéis que, conjuntamente, definem o escopo da prática colaborativa. O líder de uma equipe que trabalha colaborativamente é definido pelo próprio grupo e tem diversas atribuições. Ele deve garantir que o trabalho colaborativo seja capaz de alcançar as metas estabelecidas. Deve trabalhar para que haja cada vez mais interdependência facilitando um efetivo processo de trabalho em equipe e de tomada de decisões, estabelecendo um clima colaborativo. Esse clima pode ser alcançado a partir do compartilhamento da liderança e da prática colaborativa. Por fim, deve se atentar aos princípios de um contínuo aprimoramento da qualidade tanto do processo de trabalho quanto dos resultados obtidos.
5. O domínio “resolução de conflitos interprofissionais” diz respeito ao engajamento dos membros da equipe, incluindo pacientes/clientes/famílias/comunidade, em uma abordagem assertiva e construtiva à medida que os conflitos emergem. A equipe deve ser capaz de valorizar o potencial positivo do conflito e trabalhar construtivamente para resolvê-lo. É necessário que se identifique situações que gerem desacordos como ambiguidade de papéis, relações de poder e diferenças nas metas. A equipe deve estabelecer diretrizes para lidar com os conflitos e todos devem conhecer e entender o processo estabelecido. Isso auxilia na identificação das causas e nos encaminhamentos aceitáveis para a resolução dos conflitos. É importante que seja garantido um ambiente seguro para que as pessoas possam se expressar a respeito dos desacordos e que um consenso entre os diferentes pontos de vista seja desenvolvido. É essencial que os membros da equipe sintam que foram ouvidos independentemente dos desfechos dados à questão.

6. O domínio “comunicação interprofissional” é essencial para que diferentes profissões se comuniquem entre si, de forma colaborativa, responsiva e responsável. Para que isso aconteça é necessário que a equipe seja capaz de estabelecer princípios para a comunicação no trabalho em equipe. É importante que haja uma escuta ativa entre os membros da equipe, incluindo pacientes/clientes/famílias/comunidade. É por meio da comunicação que se estabelece uma relação de confiança entre os pacientes e os membros da equipe, o que garante que a discussão leve a um entendimento comum na tomada de decisões. Vale salientar que esse processo de comunicação pode e deve ser mediado por tecnologias que propiciem um melhor cuidado centrado nos pacientes/clientes/famílias/comunidade.

O grupo Interprofessional Education Collaborative (Ipec) também apresentou as seguintes competências centrais para as práticas interprofissionais colaborativas: valores/ética para prática interprofissional, papéis e responsabilidades profissionais, comunicação interprofissional e trabalho em equipe (grupo Interprofessional Education Collaborative [IPEC], 2011, 2016).

Contudo, apesar de mundialmente divulgadas e utilizadas de forma ampla na prática, essas terminologias remetem aos contextos canadense e estadunidense, nos quais foram criadas. Portanto, se faz necessário aprofundar os estudos para a execução nas práticas de cuidados em saúde no Brasil.

Quando essas competências estão presentes nas práticas das equipes de saúde que conseguem trabalhar de forma colaborativa, há a expectativa de que se alcance melhor qualidade da assistência. Mas apoios institucionais e modificação nas culturas de trabalho também são necessários para a eficácia da prática interprofissional colaborativa (OMS, 2010).

É preciso enfatizar que as competências já apontadas têm seu foco na prática e requerem que o conhecimento seja desenvolvido e demonstrado por meio de habilidades, atitudes, valores e julgamentos envolvidos na prática colaborativa, conforme sugere o CIHC (2010).

Prática interprofissional colaborativa: por que trabalhar de modo colaborativo?

Segundo Peduzzi et al. (2020, p. 5), o trabalho desenvolvido em equipe interprofissional tem como pressupostos

a superação da fragmentação do trabalho e da individualização biomédica; a busca da reconstituição da integralidade do trabalho coletivo em saúde; e a qualificação do conjunto dos profissionais sob esses signos que visa democratizar o contexto do trabalho e efetivar integralmente o cuidado.

Essa modalidade de trabalho possui potencial para contribuir na melhoria do acesso e qualidade dos serviços de saúde e é uma das formas de colaboração, que pode ser entre profissionais, entre equipes ou no trabalho em rede envolvendo famílias, comunidade e outras instituições (Reeves et al., 2016; OMS, 2010).

É possível perceber a eficácia da prática interprofissional colaborativa junto às famílias, aos cuidadores, à comunidade e aos pacientes com respostas finais mais efetivas, diferentes das que seriam obtidas se as práticas fossem realizadas pelos mesmos profissionais, porém com ações isoladas. A dinâmica da equipe colaborativa se dá pela tomada de decisão compartilhada e não pela hierarquização e fragmentação dos núcleos (OMS, 2010; Souza, et al., 2016).

Mickan (2005) já reconhecia que a oferta de um tratamento realizado por uma equipe colaborativa, tanto na atenção primária quanto na assistência frente à agudização dos problemas de saúde, melhorava a aceitação da assistência e aumentava o grau de satisfação dos pacientes. Nesse sentido, quando bem utilizada a PIC tem sido cada vez mais considerada uma abordagem eficiente no atendimento ao paciente (Gillan et al. 2011).

É exatamente para garantir um cuidado em saúde consistente, contínuo e confiável que os profissionais devem ser capazes de trabalhar de forma colaborativa em equipes ou grupos interprofissionais. Dessa forma é possível diminuir os erros médicos e a mortalidade populacional, alterar o tempo e a duração das internações e, ainda, melhorar o uso de recursos clínicos e o acesso aos serviços (OMS, 2010). E com isso, questões como a segurança do paciente, escassez de recursos humanos

e populações com necessidades de cuidados em saúde cada vez mais complexas serão mais bem atendidas (Bainbridge et al., 2010; Orchard & Bainbridge, 2016), fortalecendo e transformando os sistemas de saúde (OMS, 2010).

O processo dinâmico e em construção da área considera, por ora, alguns desfechos esperados quando o trabalho interprofissional colaborativo ocorre de forma eficaz. Apontamos aqui os principais: a segurança do paciente, a qualidade da assistência, cuidado centrado na pessoa, custo/efetividade e experiências (OMS, 2010; Gittell, et al., 2013; Earnest & Brandt 2014).

Perspectivas formativas para a prática colaborativa

Como se pode perceber a PIC necessita uma mudança importante na forma e processo da assistência e, para que isso se consolide, é preciso pensar que há duas vias formativas. A primeira é a relação direta com os processos formativos da educação interprofissional vinculados aos currículos das graduações e pós-graduações em saúde das instituições de ensino superior (IES). A segunda é a educação em saúde, na qual profissionais já formados seguem em processos permanentes de formação, tendo o trabalho como disparador da necessidade formativa.

Aqui no Brasil já existem diversas iniciativas de implementação da EIP e da PIC; esses processos estão inseridos nas IES, nas residências multiprofissionais e nos aprimoramentos, na educação em saúde, auxiliando assim a disseminação dessas novas estratégias.

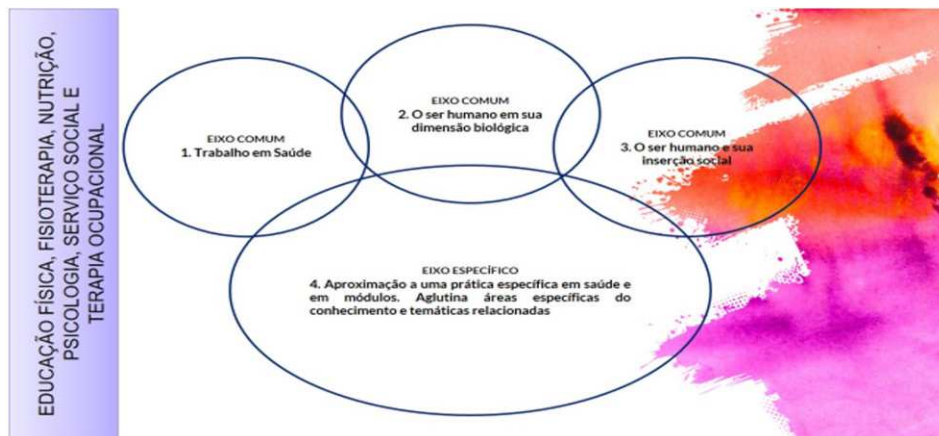
Um dos exemplos da realização dessa perspectiva via graduação é a da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Instituto Saúde e Sociedade (ISS), *campus* Baixada Santista, que em 2006 propôs a construção dos currículos na área da saúde com os cursos de graduação em educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional, com turmas de período integral, e em 2009 o curso de serviço social com turmas vespertina e noturna, tendo a educação interprofissional em saúde como direcionadora da formação (Unifesp, 2006). O desenho curricular é direcionado por eixos de formação comuns e específicos, constituídos por módulos que aglutinam áreas temáticas afins. O eixo “Aproximação a uma prática específica em saúde” é voltado aos estudantes de cada área profissional. Os demais eixos – “O ser humano e sua dimensão biológica

(Bio)”, “O ser humano em sua inserção social (IS)” e “Trabalho em saúde (TS)” – mesclam alunos dos vários cursos e estão orientados pelos conhecimentos que seriam necessários para todos os profissionais de saúde (Unifesp, 2006).

O eixo comum TS percorre os três primeiros anos da graduação e visa possibilitar, desde o início da formação, experiências de trabalho na rede de serviços e na comunidade, a fim de induzir práticas interdisciplinares, interprofissionais e colaborativas, permitindo que os estudantes tenham integração com outras áreas profissionais, contemplando tanto a formação comum quanto a específica. Essa forma de organização tem se mostrado positiva, principalmente nos aspectos de indução e fortalecimento dessas práticas (Batista et al., 2018).

Isso pode ser confirmado pelo estudo de Rossit et al. (2018) ao avaliar os egressos dessa universidade. Foi apontado que esse modelo formativo sensibiliza os profissionais para questões de saúde, tendo a pessoa ou a família como centro do cuidado e valoriza a parceria entre as profissões sem que haja uma perda da identidade profissional.

Figura 4. Desenho curricular por eixos de formação – Unifesp – Baixada Santista.



Fonte: elaborado pelas autoras a partir de dados do Projeto Político Pedagógico do ISS do campus Baixada Santista da Unifesp (2016).

Outra proposta que aborda uma maior integração curricular dos cursos de saúde foi descrita por Nuto et al. (2017), em que se observou que estudantes das áreas de educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia,

odontologia, medicina, nutrição, psicologia e terapia ocupacional manifestaram significativa disponibilidade para a educação interprofissional, principalmente no início da vida acadêmica. Esse é um resultado importante para pensar em estratégias curriculares que fortaleçam as habilidades de trabalho em equipe e colaboração, identidade profissional e atenção centrada no paciente desde o ingresso dos estudantes no ensino superior.

Aguilar-da-Silva, Scapin e Batista (2011) analisaram as atitudes colaborativas para o trabalho em equipe em discentes das ciências da saúde da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Juiz de Fora, que têm a educação interprofissional como estratégia nos currículos, e também descrevem que os estudantes se mostraram dispostos para a aprendizagem compartilhada, sobretudo ao trabalho em equipe e colaboração.

Além das estratégias de EIP já estabelecidas nos currículos, também são descritas na literatura experiências formativas a partir de políticas indutoras como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e os programas de residências multiprofissionais.

O PET-Saúde é uma iniciativa do Ministério da Saúde, desde 2008, visando à capacitação dos profissionais da área conjuntamente com a formação dos estudantes. Tem em sua edição atual, iniciada em 2018, a temática da interprofissionalidade, reforçando o compromisso formativo para o trabalho colaborativo e o fortalecimento da integração ensino-serviço (Brasil, 2020b).

Os programas de residências foram criados em 2005 com o intuito de especializar os profissionais para os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo às necessidades locais. As residências podem ser multiprofissionais ou em área profissional, abrangendo a biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social, terapia ocupacional e veterinária (Brasil, 2020a).

Ao analisar a percepção dos estudantes a respeito do PET Saúde da Família e a formação dos profissionais, Madruga et al. (2015) relataram que a estratégia contribuiu para a integração ensino-serviço-comunidade e suscita novas conformações, por exemplo o papel de preceptores por parte dos profissionais e a atuação em grupos interprofissionais. Afirmam ainda que apesar das dificuldades experimentadas no processo, a maioria dos profissionais e dos estudantes pareceu motivada a participar

ativamente, o que reforça a importância do processo formativo do PET vinculado ao cotidiano do trabalho. Assim, os autores chegam à conclusão da importância da reconfiguração do ensino na área da saúde para facilitar a realização de atividades interprofissionais, bem como do reforço para a formação voltada para o SUS e o fortalecimento da educação permanente em saúde.

Já Câmara (2015), em seu estudo, também mostra que os discentes dos catorze cursos de graduação e egressos do PET-Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) tiveram elevada concordância positiva no que diz respeito ao trabalho em equipe.

A experiência no *campus* Baixada Santista da Unifesp foi iniciada em 2012, com os subprojetos PETs em três campos prioritários para a Secretaria Municipal de Saúde de Santos: Programa Rede Cegonha, área de Urgência/Emergência (ênfase no Programa Hiperdia) e na área de saúde mental, com ações desenvolvidas no município, com participação de todos os cursos do ISS. O Pró-PET iniciou na mesma época do PET-Saúde e uma das atividades propostas foi oferecer o “Curso de especialização em formação e cuidado em rede” para todos os preceptores e supervisores envolvidos com as atividades de graduação, extensão, estágios, PET e residência, com a finalidade de aproximar os profissionais do serviço e oferecer uma formação aos 250 profissionais envolvidos com a universidade naquele momento (Maximino et al., 2014).

O Instituto Saúde e Sociedade (ISS) também foi contemplado no edital subsequente do PET-Saúde GraduaSUS, o que possibilitou ampliar as ações para outros municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista, em que participaram três cidades, Santos, São Vicente e Itanhaém, com a colaboração efetiva do Departamento Regional de Saúde da Baixada Santista (DRS-IV). Nessa proposta também entrou o curso de medicina do Centro Universitário Lusíadas (Unilus) de Santos, compondo o PET com os alunos do ISS, dos cursos de educação física, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional (Unifesp, 2015).

O PET Interprofissionalidade lançado em 2018 acontece nos municípios de Santos, Guarujá, São Vicente e Itanhaém, contando novamente com o DRS-IV e o curso de medicina da Unilus, trabalhando em parceria com os cursos do ISS: a organização se dá em cinco diferentes grupos nos quais os estudantes trabalham com populações nas mais diferentes condições de saúde (Caranti et al., 2020).

Além do PET, no ISS do *campus* Baixada Santista existem outras experiências no contexto da educação interprofissional em saúde e da prática interprofissional colaborativa, como foi o caso do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS). Em 2009, ele foi introduzido para as áreas profissionais de fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, educação física, enfermagem e farmácia (a partir da segunda turma), realizado em parceria com a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos (ISCMS) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Santos. O PRMAS teve como eixo transversal “A atenção à saúde do indivíduo, família e sua rede social”, estruturado para o trabalho baseado na PIC, integralidade no cuidado e atenção centrada na pessoa/família/comunidade/território, sendo desenvolvido nos serviços da rede de atenção básica e no contexto hospitalar. Esse programa terminou em 2016 e contribuiu para uma melhor reflexão das práticas, do processo de trabalho das equipes, ampliação do diálogo entre os diferentes serviços e melhora da integração ensino-serviço-comunidade (Uchôa-Figueiredo et al., 2016).

Um estudo que aponta a importância da prática interprofissional foi realizado por Casanova, Batista e Moreno (2018) que analisaram os princípios, concepções e práticas da educação interprofissional em treze programas de residência multiprofissional em saúde nas instituições de ensino superior (IES) do estado de São Paulo, com ênfase na prática compartilhada. Para isso foi utilizada uma escala atitudinal e perguntas abertas em 76 residentes, emergindo a satisfação dos residentes com a formação para a prática colaborativa, centrada no paciente, apontando para melhores resultados a partir do reconhecimento das necessidades de saúde e a partir do compartilhamento de procedimentos e práticas.

O estudo de Faria e Montilha (2019), feito com dezenove aprimorandos das áreas de fonoaudiologia, pedagogia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional dos programas de aprimoramento profissional realizados na Unicamp/Cepre, também aponta para o mesmo caminho quando os autores reconheceram a necessidade de ter espaço para trocas e discussões nas instituições e a importância dos atendimentos em conjunto com outros profissionais. A experiência mostrou aspectos reconhecidos na EIP e na consequente PIC, como objetivos compartilhados e comunicação entre os membros facilitando a interação entre diversas áreas profissionais. Um

aspecto importante para o êxito do programa foi a experiência formativa em EIP, durante a graduação, de uma das aprimorandas.

Nuto et al. (2017) destacam a relevância do diálogo e parcerias entre as IES, mostrando a necessidade de efetivar a educação interprofissional nos projetos pedagógicos dos cursos da saúde e do desenvolvimento em pesquisas para analisar as experiências que estão sendo efetivadas no Brasil, o que favorece, assim, a produção do conhecimento científico.

Nesse sentido, em 2017, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) lançou um documento orientador para as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação em saúde, a fim de que haja “inovação das propostas pedagógicas, incluindo explicitação dos cenários de práticas e dos compromissos com a integralidade, a *interprofissionalidade* e a produção de conhecimentos socialmente relevantes” (Brasil, 2018, p. 13, grifo nosso).

Diante desse cenário, Peduzzi (2016) afirma que há um avanço do trabalho em equipe e da prática interprofissional nos serviços de saúde do Brasil. Ou seja, os serviços já estão se organizando e efetivando a PIC, utilizando, portanto, a segunda via formativa como já exposto. Isso é importante, pois é necessário que os profissionais que atuam nos serviços, que não tiveram uma formação para a prática colaborativa, possam se capacitar para atuar colaborativamente.

Mertens et al. (2018) descrevem que o ambiente de aprendizagem no trabalho pode ser um eficaz potencializador das práticas colaborativas, principalmente na atenção primária em saúde, pela característica intrínseca do trabalho interprofissional. Na prática cotidiana a demanda do trabalho faz com que a colaboração aconteça e, muitas vezes, de forma tão natural que os profissionais sequer têm consciência de que aquele é um ambiente de aprendizagem colaborativa. Contudo, para que isso aconteça de forma mais eficaz, é necessário que cada profissional tenha conhecimento sobre as demais profissões e reconheça a possibilidade de aprender com os outros no ambiente de trabalho.

Também se aponta que grande parte do aprendizado colaborativo advém das discussões de casos, mas que na maioria das vezes elas essas discussões são realizadas de maneira informal. Daí a importância do gestor nesse processo, para que os espaços de aprendizagem sejam estimulados garantindo, durante o horário de trabalho, momentos para discussão de casos pela equipe e controlando

o excesso da carga de trabalho dos profissionais. Espera-se que a comunicação e a troca de saberes possam melhorar o cuidado do paciente e fortalecer o ambiente de aprendizagem interprofissional (Mertens et al., 2018).

Aqui no Brasil, experiências semelhantes à citada já vêm sendo relatadas na literatura, conforme ilustraremos a seguir.

Previato e Baldissera (2018) estudaram os processos colaborativos na atenção primária em saúde e sugeriram que as equipes gerissem espaços e oportunidades para o diálogo e que investigassem especificamente as oportunidades para a comunicação interprofissional. Para isso, deveriam realizar reuniões frequentes nas equipes, discussões de casos, praticar a tomada de decisão compartilhada e buscar a educação permanente contendo momentos de esclarecimento interprofissional. Os autores recomendaram objetivar a aprendizagem pela prática e assim, por meio dessas ações, ter a possibilidade de expandir oportunidades de um trabalho embasado na prática colaborativa em saúde.

Bispo Júnior e Moreira (2018) relatam outra experiência – também conduzida na atenção primária, mais especificamente com os núcleos de apoio à saúde da família (Nasfs), hoje com o nome Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) – de trabalho colaborativo interprofissional desenvolvido a partir do apoio matricial em municípios da Bahia. A análise do trabalho colaborativo foi conduzida a partir da tipologia da colaboração interprofissional (D’Amour et al., 2008) pela qual foram constatadas fragmentação e pouca coesão entre as equipes de profissionais dos Nasfs e das equipes de saúde da família (EqSF), bem como dificuldades no estabelecimento dos matriciamentos. Essa análise, ao contrário dos achados relatados anteriormente, aponta ainda fragilidades no estabelecimento do trabalho colaborativo e a necessidade da continuidade das pesquisas nesta área, refletindo a importância de pensar a prática colaborativa dentro do contexto do SUS e no embasamento das análises em modelos que reflitam as diretrizes e princípios do sistema de saúde brasileiro.

Em cenários de saúde, como na atenção à saúde mental, a PIC tem condições, entre outras evidências, de “promover melhor a aceitação do tratamento e aumentar a satisfação dos pacientes e profissionais” (OMS, 2010, p. 18).

Segundo Silva (2017), na realidade de muitas equipes da saúde mental na Baixada Santista (SP), o aprendizado ou desenvolvimento de competências

como a comunicação, que figura como elemento central da PIC, ainda não é consenso na prática profissional, nem é fomentado nos programas de educação permanente que continuam direcionados especificamente a cada uma das áreas profissionais, dificultando a consolidação da integralidade no cuidado. Outro aspecto observado pela autora é um distanciamento entre o entendimento teórico e a prática de processos presentes na colaboração e no trabalho em equipe.

As experiências relatadas nos fazem refletir sobre a educação e as práticas em saúde no contexto do SUS e sobre os desafios que temos que considerar ao propor mudanças para efetivação da EIP e da PIC. Essa ideia é marcada neste trecho de Costa (2016, p. 197):

A história de construção e consolidação do SUS é marcada pelo debate sobre integralidade, necessidades sociais e de saúde, com relevantes contribuições teóricas em torno da compreensão de trabalho em saúde, eminentemente coletivo. Nessa direção a EIP, em suas bases teóricas e metodológicas, complementam e fortalecem os ideários do SUS e fornece subsídios para a construção de um projeto novo de sociedade, a partir da concepção ampliada de saúde.

A formação profissional para uma prática colaborativa mostra-se desafiadora e fundamental para dar respostas a uma atenção centrada na perspectiva da integralidade no cuidado. Para isso, a PIC requer um preparo singular voltado aos preceitos do SUS, para o desenvolvimento de competências que favoreçam a sua efetivação.

Considerações finais

Propusemo-nos neste capítulo a contextualizar importantes constructos para fornecer suporte teórico e apresentar o panorama da prática interprofissional colaborativa no Brasil. Como pudemos ver, ao longo do tempo a definição conceitual veio desafiando a comunidade científica, mas reconhecemos avanços.

Entendemos, portanto, que a colaboração não se refere somente a acordo e comunicação, mas sim à criação de sinergia, que pode ocorrer quando dois ou mais indivíduos com diferentes experiências profissionais e habilidades

complementares interagem para criar uma compreensão compartilhada à qual nenhum deles teria chegado sozinho, incluindo a integração e a participação dos pacientes, famílias e comunidade. Assim, mesmo com a diversidade conceitual percebemos que o exercício da prática interprofissional colaborativa, ainda que de diferentes formas, produz modelos que auxiliam a refletir sobre seus elementos e a favorecer sua implementação.

A sinergia de elementos como comunicação, clareza de papéis, liderança compartilhada, funcionamento da equipe, atenção centrada no paciente/cliente/família/comunidade promove um reconhecimento intersubjetivo, facilita o desenvolvimento de autoconfiança, autorrespeito e autoestima. Isso possibilita aos componentes da equipe trabalhar com mais eficácia as situações de conflitos, o que pode gerar bons resultados e ampliar a visão dos profissionais. É a junção desses elementos que caracteriza a prática interprofissional colaborativa.

Enfatizando a complexidade do processo da prática interprofissional colaborativa ressalta-se o potencial para aumentar a resolutividade do trabalho em equipe, reforçando a integralidade do cuidado e revertendo assim o modelo hegemônico de atenção à saúde.

Diante de todas as experiências aqui apresentadas é necessário enfatizar que independentemente da via formativa, seja pelas IES, seja pela prática *in loco*, a PIC deve ser incentivada para que mais experiências sejam conduzidas a fim de fortalecer tanto a formação quanto a assistência em saúde.

Referências

- Aguilar-Da-Silva, R. H., Scapin, L. T., & Batista, N. A. (2011) Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*, 16(1), pp. 165-82.
- Bainbridge, L., Orchard, R.N., & Woos, V. (2010) Competencies for interprofessional collaboration. *Journal of Physical Therapy Education*, 24(1), pp. 6-11. Recuperado em: 15 de abril, 2020, https://www.researchgate.net/publication/285901352_Competencies_for_Interprofessional_Collaboration.
- Barr, H., Koppel, I., Reeves S., Hammick, M., & Freeth, D. (2005). *Effective interprofessional education: argument, assumption and evidence*. Oxford: Blackwell.

- Batista, N. A., Silva, C. C. B., Uchôa-Figueiredo, L. R., & Poletto, P. R. (2018). Educação interprofissional na formação em saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, Santos, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl.2), pp. 1705-15. Recuperado em: 15 de abril, 2020, http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000601705&lng=pt&nrm=iso.
- Biggs, S. (1997) Interprofessional collaboration: problems and prospects. In P. Mathias, J. Ovreteit & T. Thompson (ed.). *Interprofessional working for health and social care*. London: Macmillan. 1, pp. 186–200.
- Bispo Júnior, J. P., & Moreira, D. C. (2018). Cuidado colaborativo entre os núcleos de apoio à saúde da família e as equipes apoiadas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28, p. e280310. Recuperado em: 15 de abril, 2020, <https://www.scielo.org/article/physis/2018.v28n3/e280310/>.
- Brasil. (2017). *Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017*. Diário Oficial da União Brasília, Recuperado em: 15 de abril, 2020, <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>.
- Brasil. (2020a). *Residência Multiprofissional*. Recuperado em: 15 de abril, 2020, <http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-multiprofissional>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2020b). *Pet Saúde*. Recuperado em: 15 de abril, 2020, <https://www.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional/44938-programa-de-educacao-pelo-trabalho-para-a-saude-pet-saude>.
- Câmara, A. M. C. S. (2015). *Educação interprofissional no PET-Saúde: cenário para o desenvolvimento de práticas e competências colaborativas na área da saúde*. Brasília. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília. GO, Brasil.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). 2010. *Chicpis*. Recuperado em: 15 de abril, 2020, <http://www.cihc-cpis.com/publications1.html>.
- Caranti, D. A., Barbi, G. N., Chriguer, R. S., Nakai, L., Burian, J. P., & Miccas, F. L., et al. (2020) Interprofissionalidade e o Projeto SER Ativo: integração do ensino-serviço do programa PET Saúde Interprofissionalidade do município de Itanhaém. *Anais do Congresso Acadêmico da Universidade Federal de São Paulo*, 6, 2020, Universidade Federal de São Paulo.
- Casanova, I. A., Batista, N. A., & Moreno, L. R. (2018). A Educação interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(Supl. 1), pp. 1325-1337.
- Costa, M. V. (2016). A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 197-198.
- D'amour, D., Videla, M. F., Rodriguez, L. S. M., & Beaulie, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), pp. 116-131.
- D'amour, D., Goulet, L., Labadie, J. F., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(188), pp. 1-14.
- Damiani, M. F. (2008). Entendendo o trabalho em educação e revelando seus benefícios. *Educar*, 31(3), pp. 213-30, Recuperado em: 22 de abril, 2020, <http://www.scielo.br/pdf/er/n31/n31a13.pdf>.
- Earnest, M., & Brandt, B. (2014). Aligning practice redesign and interprofessional education to advance triple aim outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 28(6), pp. 497-500.
- Faria, N. M. S., & Montilha, R. C. I. (2019) *Interprofissionalidade e terapia ocupacional: percepções de aprimorandos de um serviço de reabilitação universitária. Trabalho de Conclusão de Curso de Aprimoramento (Especialização)*, Universidade Estadual de Campinas - Unicamp, Campinas, SP, Brasil.
- Ferreira, A. B. H. (1999) *Novo Aurélio Século XXI*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Gillan, C., Lovrics, E., Halpern, E., Wiljer, D., & Harnett, N. (2011). The evaluation of learner outcomes in interprofessional continuing education: a literature review and an analysis of survey instruments. *Medical Teacher*, 33(9).
- Gittell, J. H., Godfrey, M., & Thistlethwaite, J. (2013). Interprofessional collaborative practice and relational coordination: improving healthcare through relationships [Editorial]. *Journal of Interprofessional Care*, 27(3), pp. 210-213.
- Interprofessional Education Collaborative (IPEC) (2011). (Expert Panel). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: report of an expert panel*. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative.
- Interprofessional Education Collaborative (IPEC). (2016). *Core competencies for*

- interprofessional collaborative practice*: update. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative.
- Madruga, L. M. S., Ribeiro, K. Q. S., Freitas, C. H. S. M., Perez, I. A. B., Pessoa, T. R. R. F., & Brito, G. E. G. (2015). O PET Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 19(supl.1), pp. 805-816.
- Maximino, V., Capozzolo, A. C., Casetto, S., Bertuol, C., Kinker, F., Junqueira, V., Silveira, F., Jurdi, A., Uchôa-Figueiredo, L. R., & Moreli, G. (2014). Formação e cuidado em rede: estratégia de articulação entre serviços e destes com a universidade. Anais do Congresso Internacional da Rede Unida, 11, Fortaleza: Rede Unida.
- Meads, G., Ashcroft, J. W., Barr, H., Scott, R., & Wild, A. (2004). The case for interprofessional collaboration in health and social care. Oxford: Blackwell.
- Mertens, F., Gendt, A., Deveugele, M., Hecke, A. V. H., & Pype, P. (2018). Interprofessional collaboration within fluid teams: Community nurses' experiences with palliative home care. *JCN Nurse*, 28(19), pp. 3680-3690.
- Mickan, S. (2005). Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian health review*, 29(2).
- Morgan, S., Pullon, S., & Mckinlay, E. (2015). Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *Int J Nurs Stud*, 52(7), pp. 1217-1230.
- Nuto, S. A. S., Lima Junior, F. C. M., Camara, A. M. C. S., & Gonçalves, C. B. C. (2017). Avaliação da disponibilidade para aprendizagem interprofissional de estudantes de ciências da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 41(1), pp. 50-57. Recuperado em: 07 de maio, 2020, http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022017000100050&lng=pt&nrm=iso.
- Ødegard, A. T. L. E. (2006). Exploring perceptions of interprofessional collaboration in child mental health care. *International journal of integrated care*, 6(e25), DOI:10.5334/ijic.165.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS. Recuperado em 20 de julho, 2021, https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3019:marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa&Itemid=844
- Orchard, C. A., & Bainbridge, L. (2016). Competent for collaborative practice: What does a collaborative practitioner look like and how does the practice context influence interprofessional education? *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 11(6), pp. 526-32.
- Orchard, C. A., Curran, V., & Kabene, S. (2005). Creating a culture of interdisciplinary collaborative professional practice. *Med Educ Online*, 10(1). Recuperado em: 07 de maio, 2020, <http://doi:10.3402/meo.v10i.4387>.
- Peduzzi, M. (2009). Trabalho em equipe. In I.B Pereira, J.C Lima (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: EPJV, Fiocruz, pp. 419-426.
- Peduzzi, M. (2016). O SUS é interprofissional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 199-201,
- Peduzzi, M., Agreli, H. L. F., Silva, J. A., Souza, M., & Souza, H. S. (2020). Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(supl.1).
- Pinho, M. C. G. (2006). Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Ciência & Cognição*, 8, pp. 68-87.
- Previato, G. F., & Baldissera, V. D. A. (2018). Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in primary health care. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl.2), pp. 535-547.
- Reeves S. (2009). An overview of continuing interprofessional education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 29(3), pp. 142-146.
- Reeves, S. (2016). Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 185-196.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). Interprofessional teamwork: key concepts and issues. In S. Reeves. *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford: Wiley-Blackwell, pp. 39-56.
- Rocha, F. A. A., Barreto, I. C. H. C., & Moreira, A. E. M. M. (2016). Colaboração interprofissional: estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(57), pp. 415-426.
- Rossit, R. A. S., Freita, S. M. A., Batista, S. H. S. S., & Batista, N. A. (2018) Construção da identidade profissional na educação interprofissional em saúde: percepção de egressos.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 22(supl.1), pp. 1399-410.

Sicotte, C., D'Amour, D., & Moreault, M. (2002). Interdisciplinary collaboration within Quebec community health care centers. *Social Science & Medicine*, 55(6), pp. 991-1003.

Silva, I. P. (2017). *A educação interprofissional na formação e aprimoramento das equipes dos Caps*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, Santos, SP, Brasil.

Souza, G. C., Peduzzi, M., Silva, J., & Carvalho B. G. (2016). Trabalho em equipe de enfermagem: circunscrito à profissão ou colaboração interprofissional? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), pp. 642-649.

Uchôa-Figueiredo, L. R., Rodrigues, T. F., & Dias, I. M. Á. (org.) *Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde*. Porto Alegre: Rede Unida, 2016. (Série Vivências em Educação na Saúde).

Universidade Federal de São Paulo. (2006). *Projeto Político Pedagógico: A educação interprofissional na formação em saúde: a competência para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado*. Santos: Unifesp, campus Baixada Santista. Recuperado em 25 fev. 2016, <http://www.unifesp.br/campus/san7/todas-noticias/415-projeto-politico-pedagogico-do-campus-baixada-santista-e-citado-no-relatorio-final-da-global-ipe>.

Universidade Federal de São Paulo. Campus Baixada Santista. (2015). *Projeto PET-Saúde GraduaSUS 2016-2017*. Santos: Unifesp.

PARTE II

Educação Interprofissional em Saúde como estratégia de formação e prática

03 A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA FORMAÇÃO E NO TRABALHO EM SAÚDE: notas de uma professora

Sylvia Helena Souza da Silva Batista¹

... consciência de que o conhecimento não pode ser dissociado da experiência.

Em última análise, há a consciência de que o conhecimento enraizado em experiência molda o que valorizamos e, conseqüentemente, como sabemos o que sabemos – e, da mesma forma, como usamos o que sabemos.

(bell hooks, 2020, p. 277)

Um indício fecundo do eixo que aproxima e cria um campo comum ao conjunto de capítulos que compõe esta parte de nosso livro é a *experiência*, termo tão central nas obras de bell hooks. Como professora, partilho três notas que desejo sejam disparadoras de leituras criadoras e inspiradoras de *experiências colaborativas*.

Nota 1: do lugar que falo

A construção deste capítulo ecoa, ressoa e reverbera as experiências que vivencio no Instituto Saúde e Sociedade, no *campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo: como nos apresenta Bondía (2002, p. 21), experiência “é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca”. Na intersubjetividade, tecemos os sentidos das aprendizagens colaborativas, dos desafios e das perspectivas de práticas inventivas e comprometidas com as demandas e necessidades das pessoas.

¹ Universidade Federal de São Paulo - Instituto Saúde e Sociedade, Campus Baixada Santista Santos - S.P., e-mail: sylvia.batista@unifesp.br

Por entre ecos e ressonâncias, a formação ressignifica-se, trazendo

em si uma intencionalidade que opera tanto nas dimensões subjetivas (caráter, mentalidade) como nas dimensões intersubjetivas, aí incluídos os desdobramentos quanto ao trajeto de constituição no mundo de trabalho (conhecimento profissional). Portanto, não se trata de algo relativo a apenas uma etapa ou fase do desenvolvimento humano, mas sim como algo que percorre, atravessa e constitui a história dos homens como seres sociais, políticos e culturais (Batista, 1996, p. 134)

Esta ressignificação traz as marcas das leituras de L. S. Vygotski (1997) e Paulo Freire (1996), reconhecendo os planos epistemológico e prático (experiencial) no processo de aprendizagem, desvelando os movimentos formativos em seus desdobramentos de processo (transformação, criação) e projeto (devir). Trata-se de formar-se e formar como um par dialético que instaura o diálogo como pressuposto e dispositivo nas práticas educativas.

Nos cotidianos formativos, professores, estudantes, profissionais dos serviços e usuários têm no diálogo via de conversação e de troca: dialogar implica a escuta atenta e ativa, reconhecer o outro como interlocutor legítimo, em um movimento de relações horizontais, críticas, reflexivas e potencialmente transformadoras das condições de existência (Freire, 1996; Vaniel et al., 2013).

Vaniel, Laurino e Novello (2013, p. 149) afirmam que “é o conversar e o problematizar que desejamos e nos quais acreditamos que possibilitam a transformação reflexiva e a reflexão-ação ética em todo fazer”. Explicita-se, dessa maneira, a dimensão sociopolítica que constitui todo e qualquer modo de formar, ensinar, aprender (Opfer & Pedder, 2011). Expressa-se a convivência na perspectiva freireana, implicando todos, todas e todes nos momentos e movimentos de colocar-se no mundo, transformando-o e sendo transformado.

Nota 2: tecendo as aprendizagens na educação interprofissional

Ao compreender que a experiência “não é o caminho até um objetivo previsto, até uma meta que se conhece de antemão, mas é uma abertura para o

desconhecido, para o que não se pode antecipar nem ‘pré-ver’ nem ‘pré-dizer’” (Bondía, 2002, p. 19), a inserção e imersão no cotidiano acadêmico do *campus* Baixada Santista revelou-se, desde o início, prenhe de encontros, possibilidades, desafios e construções singulares (Aguiar Júnior et al., 2020)

A liderança amorosa e cuidadosa do professor idealizador do Projeto Pedagógico do *campus* Baixada Santista da Unifesp, Nildo Alves Batista, constituiu um convite-convocação para a participação construtiva e propositiva no campo da expansão da educação superior pública brasileira, ampliando a luta pelo direito ao acesso e permanência de estudantes nas universidades federais. Fomos chegando de diferentes lugares disciplinares e profissionais e estamos compondo um projeto formativo que, ao declarar-se “ancorado na educação inteprofissional”, reafirma seu compromisso com a vida, com a saúde, com a educação, com a defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) (Aguiar Jr et al., 2020; Batista et al., 2018).

Dessa forma, participar de uma proposta de educação inteprofissional na formação em saúde não se define somente por caracterizar um contexto institucional; antes, constitui-se fundante do aprender sobre, junto com outros e outras, em práxis colaborativa, no trabalho em equipe que cria, recria, dialoga, interage, tensiona e constrói caminhos (inspirados no *inédito viável* freireano). Em um movimento de ação-reflexão-ação, foi sendo tecida uma rede teórico-conceitual-metodológica sobre educação interprofissional.

Reeves et al. (2013, p. 4) conceituam a educação interprofissional (EIP) como “a ocasião em que membros de duas ou mais profissões aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados e o bem-estar de pacientes/usuários, famílias e comunidades”.

Os autores realçam a integração e a intencionalidade como estruturantes de práticas formativas que investem em equipes de saúde que pautem suas ações na colaboração interprofissional. Assim, destacam que o ensino interprofissional não se reduz a mero arranjo de atividades comuns ou tarefas conjuntas, e sim implicam aprendizagem de uma cultura educacional e de trabalho que situam as práticas de atenção em saúde como construções históricas, articuladas, colaborativas e em sintonia com as pessoas, suas histórias, saberes e necessidades (Goldman et al., 2009; Oandasan et al., 2005; OMS, 2010; Reeves, 2016).

As ênfases que a literatura apresenta conversam com nossas experiências, redimensionando-as, possibilitando momentos de inflexão e configuração de novas rotas. Faz-se e refaz-se as cartografias formativas, indagando-as, problematizando-as, buscando redes de conversações que envolvam todos, todas e todes: estudantes, professores, técnicos(as), profissionais de saúde, usuários, conselhos e comunidade. A reescrita do projeto pedagógico concretiza-se a partir da reflexão sobre o vivido: encarnam-se as palavras de Paulo Freire (1989): “a leitura do mundo antecede a leitura da palavra”.

E nessas leituras, forja-se a sustentabilidade e a ampliação da proposta. O *campus* Baixada Santista/Unifesp cresce e se complexifica. A rede formativa, da graduação à pós-graduação *lato e stricto sensu*, abrangendo educação em saúde, educação permanente em saúde e gestão, demanda que os mapas cognitivos que apartam e compartimentalizam sejam superados, abrindo espaço para experimentações e invenções (Kastrup et al., 2008).

Oandasan e Reeves (2005) avaliam como fundamental para a sustentabilidade da educação interprofissional o acolhimento, o respeito, a diversidade e o apoio institucional; destacam, também, o enfrentamento das assimetrias entre as profissões, reconhecendo e discutindo as relações de poder e as condições do trabalho em saúde. As diferentes epistemologias e suas circulações nas realidades acadêmicas, a formação docente, as relações entre ensino-serviço e comunidade, a indissociabilidade de ensino, pesquisa e extensão e articulação entre as políticas públicas, na perspectiva da intersetorialidade também emergem como importantes constituintes de sustentabilidade para a educação interprofissional na formação em saúde (Costa et al., 2018).

Nota 3: partilhar histórias como espaço de aprendizagem colaborativa sobre educação interprofissional

Bell Hooks e Krenak nos convidam a contar histórias: “Uma forma poderosa de nos conectar com um mundo diverso é ouvindo as diferentes histórias que nos contam. Essas histórias são um caminho para o saber. Portanto, elas contêm o poder e a arte da possibilidade” (Bell Hooks, 2020, p. 94).

Nosso tempo é especialista em criar ausências: do sentido de viver em sociedade, do próprio sentido da experiência da vida. Isso gera

uma intolerância muito grande com relação a quem ainda é capaz de experimentar o prazer de estar vivo, de dançar, de cantar. E está cheio de pequenas constelações de gente espalhada pelo mundo que dança, canta, faz chover (Krenak, 2019, p. 13)

As histórias se constituem em narrativas das experiências e, assim, mobilizam sentidos, sentimentos, afetos, familiaridades e estranhamentos. As histórias, com seus contextos, falas, saberes e potências, fazem circular dialeticamente singular e coletivo, subjetividades e intersubjetividades, privado e público, inscrevendo sócio-historicamente o vivido.

Os próximos capítulos trazem *histórias* que são narradas a partir da extensão universitária, do PET Saúde Interprofissionalidade, da pós-graduação, do contexto hospitalar, das práticas pedagógicas, da segurança do paciente, da humanização e do cuidado centrado na pessoa. Nas teias da colaboração interprofissional, das metodologias ativas, das políticas e das docências, configuram-se experiências que nos inspiram perguntas provocativas e problematizadoras da educação interprofissional na formação em saúde.

Freire e Fagundez (1985) afirmam:

A existência humana é, porque se fez perguntando, a raiz da transformação do mundo. Há uma radicalidade na existência, que é a radicalidade do ato de perguntar [...]. Radicalmente, a existência humana implica assombro, pergunta e risco. E, por, tudo isso, implica ação, transformação.

Somente porque existimos e podemos perguntar, interrogar e indagar é que podemos contar *histórias-experiências*: partilhando encantamentos, descobertas, frustrações, potências e limites, itinerários são narrados como memórias de miudezas. Diz Manoel de Barros (2018, p. 25):

Não gosto das palavras fatigadas de informar. Dou mais respeito às que vivem de barriga no chão tipo água pedra sapo... Tenho abundância de ser feliz por isso. Meu quintal é maior do que o mundo. Sou um apanhador de desperdícios. Queria que a minha voz tivesse um formato de canto. Porque eu não sou da informática: eu sou da invencionática.

São narrativas prenches de saberes e lugares habitados do compromisso ético, estético, político e cultural com outra sociedade, justa e garantidora dos direitos às pessoas.

Referências

- Aguiar Jr., O. *et al.* (2020). O *campus* Baixada Santista da Unifesp: compromisso social, expansão e inovação em perspectiva histórica. In A. Nemi, A. D. Gallian, M. A. P. Minhoto, (orgs.). *Unifesp 25 anos: histórias e reflexões*. São Paulo: Editora Unifesp [livro eletrônico].
- Barros, M. (2018). *Memórias inventadas*. Rio de Janeiro: Alfaguara.
- Batista, S. H. S. S. (1996). Formação. In I. Fazenda, (org). *Interdisciplinaridade: um dicionário em construção*. São Paulo: Cortez.
- Batista, N. A., Silva, C. C. B., Uchôa-Figueiredo, L. R., & Poletto, P. R. (2018). Educação interprofissional na formação em saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, Santos, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl.2), pp. 1705-1715.
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, 19, pp.20-8.
- Costa, M. V., Freire Filho, J. R., Brandão, C., & Silva, J. A. M. (2018). A educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl.2), pp. 1507-1510.
- Freire, P. (1989) A importância do ato de ler: em três artigos que se completam. São Paulo: Autores Associados, Cortez.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra.
- Freire, P. & Fagundez, A. (1985). *Por uma pedagogia da pergunta*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Goldman, J., Zwarenstein, M., Bhattacharyya, O., & Reeves, S. (2009). Improving the clarity of the interprofessional field: implications for research and continuing interprofessional education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 29(3), pp. 151-156.

Hooks, B. (2020). *Ensinando pensamento crítico: sabedoria prática*. Tradução de Bhuvli Libanio. São Paulo: Elefante.

Kastrup, V., Tedesco, S., & Passos, E. (orgs.). (2008). *Políticas da cognição*. Porto Alegre: Sulina.

Krenak, A. (2019). *Ideias para adiar o fim do mundo*. São Paulo: Companhia das Letras.

Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key Elements of interprofessional education. Part 2: factors, processes and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 19, pp. 39-48, 2005.

Opfer, V. D., & Pedder, D. (2011). Conceptualizing teacher professional learning. *Review of Educational Research*, 81(3), pp. 376-407.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS.

Reeves, S. (2016). Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 20(56), pp. 185-197.

Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D., & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. Recuperado em 3 de maio, 2020, <http://doi:10.1002/14651858.CD002213.pub3>.

Vaniel, B. V., Laurino, D. P., & Novello, T. P. (2013) (Co)educar: formação de professores em redes de conversação. *Revista Contexto & Educação*, 28(90), pp. 134-151.

Vygotski, L. S. (1997) Problemas teóricos y metodológicos de la psicología. In Vygotski, L. S. *Obras escogidas*. Madri: Visor.

04 A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NO CONTEXTO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PARA A SAÚDE

Andrea Ribeiro da Costa¹
 Carla Cilene Baptista Silva²
 Patrícia Danielle Feitosa Lopes Soares¹
 Sylvia Helena Souza da Silva Batista²
 Nildo Alves Batista²

Introdução³

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua criação a partir da Lei nº 8.080, em 1990, provocou profundas transformações no cenário da saúde, ressaltando-a como um dever do Estado, o qual tem o compromisso de assegurar acesso universal da população brasileira aos serviços de saúde.

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) tem trazido muitas novidades para a sociedade brasileira. Como uma importante reforma de Estado, construída com base na mobilização de amplos setores sociais, o sistema de saúde está baseado em princípios e valores inovadores: conceito ampliado de saúde, ação intersetorial, integralidade da atenção (Brasil, 2004, p. 3)

A formação como eixo de intervenção do SUS encontra-se definida na Lei nº8.080, em seu artigo 6º, que dispõe, dentre suas atribuições e objetivos, a ordenação da formação dos recursos humanos na área da saúde. Essa atribuição já está prevista também na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200 (Brasil, 1988).

¹ Universidade Federal do Pará - Instituto de Ciências da Saúde, Belém - Pará, e-mail: andreacosta@ufpa.br, patriciadfls.ufpa@gmail.com

² Universidade Federal de São Paulo - Instituto Saúde e Sociedade, Campus Baixada Santista Santos - S.P., e-mail: carla.silva@unifesp.br, sylvia.batista@unifesp.br, nbatista@unifesp.br

³ Esta seção deste capítulo compreende uma adaptação de trechos apresentados na dissertação *Experiência de integração ensino e serviço*, de Andrea Costa, no Cedess - Unifesp, orientada por Sylvania Helena Batista.

O processo de integração ensino, serviço e comunidade vem sendo construído em meio a experiências e parcerias realizadas pelos Ministério da Educação e Ministério da Saúde, possíveis pela Portaria nº 2.118 (Brasil, 2005), que estabelece a cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde, delineando caminhos propositivos e inovadores para o eixo formativo por meio de políticas, programas, projetos e estratégias que situam o SUS como ordenador da formação em saúde.

Em 2005 ocorreu o lançamento do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), por meio da Portaria nº 2.101 de 3 de novembro, instituído pelo Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e Ministério da Educação/Secretaria de Educação Superior (Sesu) e Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep) (Brasil, 2007a). O Pró-Saúde surgiu objetivando reorientar a formação profissional sustentada em uma abordagem integral do processo saúde-doença e ampliar a integração ensino-serviço, enfatizando a Atenção Básica e com o intuito de promover transformações na prestação de serviços à população (Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde [SGTES], 2015).

Em sua trajetória histórica, o Pró-Saúde contemplou, em sua primeira edição, os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia, e em 2007, por meio da Portaria nº3.019/2007, o programa foi ampliado, passando a contemplar outros cursos de graduação de saúde, previstos pelo Conselho Nacional de Saúde, constituindo o Pró-Saúde II (SGTES, 2015).

A trajetória do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), instituído pela Portaria Interministerial nº1.802, de 26 de agosto de 2008, se origina como estratégia do Pró-Saúde, especificamente no eixo cenário de prática com os vetores integração ensino-serviço, diversidade dos cenários formativos e de aprendizagem, e articulação das ações das instituições de ensino com o SUS (Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde [OMS/OPAS], 2019).

O PET-Saúde, situado como instrumento de política indutora, dispõe de pressupostos para fomentar mudanças formativas para a saúde, para a integração ensino-serviço-comunidade, visando incentivar a iniciação ao trabalho, voltado aos estudantes de saúde de acordo com as necessidades do SUS (Brasil, 2010a; SGTES, 2015; Brasil, 2018a).

O PET-Saúde, formado por grupos de aprendizagem tutorial para o desenvolvimento de atividades em áreas estratégicas do SUS, apresenta-se como “política pública desafiadora à consolidação do SUS, visando induzir o desenvolvimento, pelas instituições de ensino, de atividades que envolvam o ensino, a pesquisa e a extensão universitária e a participação social” (Brasil, 2018a, p. 13).

Desde 2008, foram lançados os seguintes editais: PET-Saúde/Saúde da Família (2008), Saúde da Família (2009), Vigilância em Saúde e Saúde Mental (2010), PRÓ-PET-Saúde (2011), PET-Saúde – Redes de Atenção à Saúde (2013), PET GraduaSUS (2015) e PET-Saúde Interprofissionalidade (2018) (Brasil, 2018a; OMS/OPAS, 2019).

É relevante destacar que o PET-Saúde configura-se como um programa que tem contribuído para a formação em saúde, apresentando como alicerces ações de integração ensino-serviço (SGTES, 2015).

Na perspectiva de compreensão do PET-Saúde na rede de políticas indutoras, duas características se destacam: a indução intencional à reunião de grupos tutoriais constituídos por estudantes de duas ou mais profissões da saúde e a inserção dos estudantes nos territórios aprendendo com profissionais dos serviços (preceptores), docentes (tutores) e usuários (comunidade). Emerge, desta forma, a hipótese de que as bases para a interprofissionalidade foram tecidas desde o primeiro edital, exigindo questionar: *Há outros indícios de interprofissionalidade, nas propostas dos diferentes editais do PET-Saúde? Em que constituem esses indícios?*

Os caminhos da pesquisa

Para responder a essas indagações, recorreremos à análise documental, por entendê-la como método revelador de aspectos novos sobre um tema, que requer procura e interação com as informações em busca de novos significados (Kripka et al., 2015).

A busca dos documentos analisados se deu no site oficial da SGTES, utilizando a palavra-chave “PET-Saúde”. Foram selecionados os documentos oficiais do programa e de fonte primária, por terem sido emitidos por autoridade e não apresentarem nenhum tipo de tratamento interpretativo (Cellard, 2012).

Foram encontrados 48 documentos, dos quais foram selecionados 16 a partir da aplicação dos critérios de inclusão (documentos que pudessem trazer respostas às questões norteadoras do estudo): as portarias de instituição do PET-Saúde 2007, 2008 e 2010; a Portaria nº 40/2008; as portarias que instituíram as versões temáticas (Saúde da Família, Vigilância em Saúde e Saúde Mental) e os editais temáticos de seleção para o PET-Saúde da Família (2008 e 2009), PET Vigilância em Saúde (2010 e 2012), PET-Saúde Mental, Pró-PET-Saúde, Redes de Atenção à Saúde, GraduaSUS e o Interprofissionalidade.

O Quadro 1 apresenta os documentos que constituíram o *corpus* da análise.

Quadro 1. Documentos da análise.

COD.*	Documento	Emissão	Objetivo Central
1.	Portaria nº 1507/2007	Gabinete do Ministério da Saúde Data: 22/06/2007	Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde (Brasil, 2007b)
2.	Portaria Interministerial nº 40/2008	Gabinete do Ministério da Saúde Data: 14/01/2008	Altera a Portaria Interministerial nº 1.507, de 22 de junho de 2007 (Brasil, 2008a)
3.	Portaria nº 1802/2008	Interministerial Saúde e Educação Data: 26/08/2008	Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET - Saúde (Brasil, 2008b)
4.	Edital nº 12 de 2008	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Data: 03/09/2008	Convida à apresentação de projetos de Instituições de Educação Superior apresentarem propostas com (IES) em conjunto com Secretarias Municipais de Saúde para participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde (Brasil, 2008c)
5.	Edital nº 18 de 2009	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Data: 16/09/2009	Convida à apresentação de propostas com vistas à seleção de projetos de Instituições de Educação Superior em conjunto com Secretarias Municipais de Saúde para participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde (Brasil, 2009)
6.	Portaria nº 02 de 2010	Gabinete do Ministério da Saúde Data: 03/03/2010	Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), o PET-Saúde/Saúde da Família (Brasil, 2010b)

7.	Portaria nº 03 de 2010 PET-Saúde Vigilância	Gabinete do Ministério da Saúde Data: 03/03/2010	Institui o PET-Saúde Vigilância em Saúde Família (Brasil, 2010c)
8.	Edital nº 07 de 2010 Seleção PET-Saúde Vigilância em Saúde	Gabinete do Ministério da Saúde Data: 03/03/2010	Seleção de Projetos para o PET Vigilância em Saúde Família (Brasil, 2010d)
9.	Portaria nº 421 de 2010 Instituição do PET-Saúde	Gabinete do Ministério da Saúde Data: 03/03/2010	Institui o PET-Saúde e dá outras providências. Revoga a Portaria nº 1802/2008 Família (Brasil, 2010a)
10.	Portaria Conjunta nº 06 de 2010	Interministerial Data: 17/09/2010	Institui o PET-Saúde Mental Família (Brasil, 2010e)
11.	Edital nº 27 de 2010 PET-Saúde Mental	Interministerial Data: 17/09/2010	Seleção de projetos Saúde Mental Família (Brasil, 2010f)
12.	Edital nº 24 de 2011 Seleção Pró e PET-Saúde	Ministério da Saúde Data: 15/12/2011	Apresentação de Projetos Pró e PET-Saúde que contemplem de forma articulada suas ações considerando o planejamento da saúde segundo as Regiões de Saúde e as Redes de Atenção à Saúde Família (Brasil, 2011)
13.	Edital nº 28 de 2012 Seleção PET-Saúde Vigilância	Ministério da Saúde Data: 22/11/2012	Seleção de projetos participarem do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Vigilância em Saúde (PET/VS) (Brasil, 2012)
14.	Edital nº 14 de 2013 Seleção PET Redes de Atenção à Saúde	Ministério da Saúde / SGTES Data: 08/03/2013	Projetos para participarem do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/Redes de Atenção à Saúde (PET-Saúde/Redes) (Brasil, 2013)
15.	Edital nº 13 de 2015 PET GraduaSUS	SGTES Data: 28/06/2015	Seleção para o programa de educação pelo trabalho para a saúde PET-Saúde/ GraduaSUS - 2016/2017(Brasil, 2015)
16.	Edital nº 10 de 2018	SGTES Data: 23/07/2018	Seleção para o programa de educação pelo trabalho para a saúde PET-SAÚDE/ Interprofissionalidade- 2018/2019 (Brasil, 2018b)

Fonte: elaborado pelos autores (2021).

* Códigos: os números nesta coluna do quadro indicam os documentos aos quais mais adiante nos referiremos como DOC 1, 2, 3 etc. no Quadro 2 e também no momento da análise, nas citações, para facilitar sua identificação e deixá-la mais sucinta.

Definido o *corpus final de análise*, empreendeu-se a etapa de análise propriamente dita, baseada na análise de conteúdo na modalidade temática, abrangendo a pré-análise e o momento analítico (Flick, 2009; Franco, 2008; Bardin, 2011). Assim, esse *corpus final* foi organizado em um quadro que registrou as características dos documentos, as unidades de registro e contexto, categorias e subcategorias, primando pela confiabilidade e lógica interna das informações (Cellard, 2012). Podemos ver a sistematização desses dados no Quadro 1 e no Quadro 2, mais adiante.

A apreensão analítica inspirou-se no referencial indiciário proposto por Ginzburg (1990): as pistas e os indícios são apreendidos nos documentos, nas memórias e na reflexão sobre essas experiências, registros e memórias. A análise de conteúdo foi conduzida por perguntas norteadoras, embasadas nas compreensões teóricas sobre educação interprofissional (EIP), buscando indícios nos documentos oficiais:

- O PET-Saúde apresenta-se como uma proposta para que alunos ou membros de duas ou mais profissões aprendam com, a partir e sobre o outro para melhorar a colaboração e a qualidade do cuidado?
- É uma proposta de formação de profissionais para o trabalho em equipe para melhorar a colaboração entre as diferentes profissões, visando à integralidade do cuidado e à qualidade da assistência dos serviços?
- É uma proposta de aprendizagens e práticas colaborativas entre os estudantes das diferentes profissões participantes do PET-Saúde?

Essas questões⁴ constituíram núcleos direcionadores da análise.

Os apontamentos apreendidos

Na leitura dos documentos foram identificadas 102 unidades de contexto com 143 unidades de registro das quais emergiram sete categorias e quatro subcategorias, sinalizando que o PET-Saúde, a partir de sua implementação e ao longo de suas diferentes versões temáticas, reúne *indícios* da interprofissionalidade. O Quadro 2, a seguir, apresenta as categorias e subcategorias.

⁴ Essas questões foram elaboradas a partir do que traz a literatura sobre educação interprofissional (CIHC, 2010; OMS, 2010; Baar, Low, 2012; Reeves et al., 2016).

Quadro 2. Categorias e subcategorias da análise.

Categorias	Subcategorias / Documentos
C1 - Indução e apoio ao desenvolvimento dos processos formativos em saúde	Todos os documentos
C2 - Fomento à integração entre dois ou mais cursos ou profissões da área da saúde em situações e vivências de aprendizagem	Todos os documentos - Integração entre os cursos e os atores do PET-Saúde (DOCs: 4, 5, 8, 11, 12, 13, 14) - Aprendizagem tutorial de natureza coletiva (DOCs: 6, 7, 9, 10) - Atuação coletiva e objeto de trabalho comum (DOCs: 4, 5, 8, 11, 12, 13) - Atuação interprofissional (DOCs: 14, 15, 16)
C3 - Fomento à atenção centrada no usuário e na comunidade	DOCs: 11, 15, 16
C4 - Incentivo da formação para integralidade da assistência à saúde	DOCs: 12, 13, 14, 15, 16
C5 - Fomento à interdisciplinaridade e multiprofissionalidade	DOCs: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16
C6 - Incentivo à educação interprofissional e à interprofissionalidade	DOCs: 14, 15, 16
C7 - Fomento para o desenvolvimento de competências colaborativas e o trabalho colaborativo	DOC: 16

Fonte: elaborado pelos autores (2021).

A categoria “Indução e apoio ao desenvolvimento de processos formativos em saúde” aparece em todas as edições do PET-Saúde, situando-o como uma política indutora para a formação adequada às necessidades de saúde da população, das políticas públicas de saúde e do SUS:

São objetivos do PET-Saúde [...] possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais; contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do Brasil. (DOC9)

A indução e apoio a mudanças formativas foram contemplando diferentes temáticas, como atenção básica, saúde da família, vigilância em saúde, saúde mental e redes de atenção à saúde, até alcançar a explicitação da interprofissionalidade:

O PET-Saúde Interprofissionalidade contemplará projetos que se proponham a desenvolver: mudanças curriculares alinhadas às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para todos os cursos de graduação na área da saúde, considerando-se estratégias alinhadas aos princípios da interprofissionalidade [...]. (DOC16)

Outra categoria presente em todas as edições do PET-Saúde é o “Fomento à integração entre dois ou mais cursos ou profissões da área da saúde em situações e vivências de aprendizagem”. Os documentos enfatizam a “Integração entre os cursos e os atores do PET-Saúde” em propostas que deverão ser elaboradas de forma a contemplar os seguintes aspectos gerais:

Atuação coletiva, envolvendo ações conjuntas por bolsistas de diferentes cursos e estágios de adiantamento no curso de graduação, que possuam objetos de trabalho em comum. (DOC4)

É válido ressaltar que a participação dos cursos nas versões do PET-Saúde se apresenta de forma diferenciada nas portarias e nos editais. No que se refere às portarias de instituição do PET-Saúde foi possível identificar que a de 2007 enfatiza os cursos de Enfermagem, Medicina e Odontologia; a de 2008 abrangeu cursos da saúde e profissionais da Atenção Básica e ESE, e a portaria de 2010 enfatizou cursos/estudantes da área da saúde e profissionais dos serviços de saúde (Brasil, 2007b, 2008a, 2010a).

Os editais delimitam as participações dos cursos/profissões: os editais do Saúde da Família solicitam que os projetos contemplem a Resolução nº 287 de 1998 do Conselho Nacional de Saúde, que relaciona as 14 categorias profissionais da saúde. Os editais seguintes, até o Edital PET-Saúde Mental em 2010, exigiram que os projetos contemplassem estudantes e profissionais da saúde e áreas afins (BRASIL, 2008b, 2009, 2010a).

O Edital Pró-PET Saúde volta a destacar a inserção dos 14 cursos da saúde, e a partir do PET-Saúde Redes de Atenção são inseridos os cursos de graduação

em saúde coletiva ou áreas afins, reconhecidos pelo Ministério da Educação (Brasil, 2011, 2013).

A “Aprendizagem tutorial de natureza coletiva” é trazida também nas portarias que instituíram as versões PET-Saúde da Família, Vigilância em Saúde, PET-Saúde Mental e a Portaria nº 421 (Brasil, 2010a):

São objetivos do PET-Saúde/VS: [...] desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar na área de vigilância em saúde. (DOC7)

A “Atuação Coletiva e objeto de trabalho comum” são enfatizados:

Atuação coletiva, envolvendo ações conjuntas por bolsistas de diferentes cursos e estágios de adiantamento no curso de graduação, que possuam objetos de trabalho em comum. (DOC13)

O PET Redes de Atenção à Saúde enfatiza, explicitamente, a “Atuação interprofissional”:

[...] Atuação coletiva, interprofissional, envolvendo ações conjuntas por bolsistas de diferentes cursos e estágios de adiantamento na graduação, que possuam objetos de trabalho em comum. (DOC 14)

Já o edital do PET Interprofissionalidade sublinha:

Os projetos também devem prever a realização de atividades interprofissionais, com o envolvimento dos mais diversos profissionais de serviços de saúde, de todos os níveis de atenção, e de forma prioritária a Atenção Básica, a fim de estimular a maior interação entre os profissionais e a superação da forte fragmentação do trabalho em saúde [...]. (DOC16)

O termo interprofissionalidade é utilizado no PET-Saúde GraduaSUS e no PET Saúde Interprofissionalidade, objetivando a sua incorporação nos processos formativos na graduação:

Devem ser propostas ações específicas por grupo [...] além de ações comuns e articuladas entre eles, promovendo a interprofissionalidade com vistas à sua incorporação enquanto lógica na estruturação dos cursos, inclusive de seus projetos político-pedagógicos. (DOC 15)

No Edital Redes de Atenção à Saúde é citada a expressão “educação interprofissional” (Brasil, 2013, p.117), que passa a ser demandada nas ações e atividades a serem desenvolvidas pelos projetos, o que é enfatizado no Edital PET Saúde GraduaSUS e assumido como intencionalidade estruturante no Edital PET-Saúde Interprofissionalidade (Brasil, 2013, 2015, 2018b).

Os documentos sinalizam um investimento na aprendizagem compartilhada e ações integradas entre diferentes cursos e profissões da saúde, seja por sua instituição e/ou objetivos, seja pelas exigências dos editais, e/ou ainda, pela explícita intenção de influir nas mudanças na graduação em saúde.

O “Fomento à atenção centrada no usuário e na comunidade” é uma categoria que emerge especialmente no PET-Saúde Mental:

O projeto deve descrever ações a serem trabalhadas: [...] na interface com a estratégia de Saúde da Família, por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf 1, Nasf 2 e Nasf 3). (DOC11)

O Edital do PET-Saúde Mental demanda ações de integração com familiares e comunidade, bem como ações que apresentem a interface com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, considerando assim uma dinâmica de trabalho com responsabilização compartilhada entre as equipes da ESF e do NASF, atuação integrada entre os profissionais de saúde e acompanhamento longitudinal visando à integralidade do cuidado (Brasil, 2010b; Conselho Nacional de Secretários de Saúde [Conass], 2015).

O “Incentivo da formação para integralidade da assistência à saúde” é abordado diretamente em cinco documentos, que compreendem as seleções para Pró-PET Saúde, Vigilância em Saúde, Redes de Atenção à Saúde, GraduaSUS e o Interprofissionalidade.

Critério de seleção do projeto: incorporação do conceito do trabalho em rede na saúde –integralidade da atenção, continuidade dos cuidados nos diferentes níveis de atenção à saúde e região de saúde [...]. (DOC 14)

A Portaria do PET-Saúde da Família objetivava a formação em saúde alinhada à atenção básica, enquanto os editais temáticos do Saúde da Família solicitavam que as atividades se coadunassem com a Política Nacional de Atenção Básica, que apresenta, dentre suas diretrizes e atributos, a integralidade da assistência à saúde (Brasil, 2008b, 2009, 2010c, 2017a; Conass, 2015).

As portarias de instituição do PET-Saúde apresentaram, entre seus objetivos, “contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País” (Brasil, 2010a, p.1). Essa ênfase também é identificada na portaria do PET-Saúde Vigilância em Saúde, e na portaria e edital do PET-Saúde Mental.

As evidências refletem a integralidade, como princípio do SUS, das redes de atenção à saúde (RAS), atributo da atenção básica e valores e princípios da Política Nacional de Promoção à Saúde solicitadas nos documentos do PET-Saúde (Brasil, 1990; Conass, 2015). Para Peduzzi (2016), isso se apresenta como potente e justifica práticas que visem fomentar o trabalho colaborativo intencionando a atenção e o cuidado integral em saúde.

O “Fomento à interdisciplinaridade e multiprofissionalidade” é uma categoria que emerge na análise de conteúdo de todos os editais, nos quais se destacam as orientações para elaboração das propostas e/ou critérios de seleção dos projetos, o caráter interdisciplinar e multiprofissional.

Proposta que apresente caráter multiprofissional e interdisciplinar, com projeto ou implantação de disciplinas curriculares ou eletivas que envolvam 2 (dois) ou mais cursos. (DOC12)

Costa et al. (2018), ao sublinharem que a formação em saúde no contexto brasileiro foi, historicamente, marcada pela lógica uniprofissional, produtora e reprodutora de relações fragmentadas no trabalho em saúde, apontam que a expressão “multiprofissionalidade” tem uma circulação significativa nos

textos legais e nos artigos científicos, apresentando um grande patamar de apropriação no cotidiano das práticas de atenção à saúde. E os autores alertam que é necessário um trabalho de distinção conceitual entre interdisciplinaridade, multiprofissionalidade e interprofissionalidade, demandando uma discussão sobre as práticas ancoradas em princípios distintos, que encaminham as intencionalidades formativas em direções diferentes.

É importante ressaltar que os editais PET-Saúde GraduaSUS e o PET Interprofissionalidade reiteraram a ênfase na interdisciplinaridade, abandonaram a expressão multiprofissional e assumiram as expressões interprofissional, educação interprofissional e interprofissionalidade:

Devem ser propostas ações específicas por grupo [...] além de ações comuns e articuladas entre eles, promovendo a interprofissionalidade com vistas à sua incorporação enquanto lógica na estruturação dos cursos, inclusive de seus projetos político-pedagógicos. (DOC15)

O “Incentivo à educação interprofissional e à interprofissionalidade” aparece como recomendação explícita nos editais Redes de Atenção à Saúde, GraduaSUS e Interprofissionalidade, com ênfase em fomentar a educação e formação interprofissional e o desenvolvimento de ações com foco na interprofissionalidade.

O projeto proposto deve ter obrigatoriamente a participação integrada de no mínimo 2 (dois) cursos [...], privilegiando-se a educação interprofissional. (DOC14)

Devem ser propostas ações específicas por grupo [...], além de ações comuns e articuladas entre eles, promovendo a interprofissionalidade com vistas à sua incorporação enquanto lógica na estruturação dos cursos, inclusive de seus projetos político-pedagógicos. (DOC 15)

[...] qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade, de forma articulada entre o Sistema Único de Saúde – SUS e as instituições de ensino, de modo a promover a Educação Interprofissional – EIP e as Práticas Colaborativas em Saúde. (DOC 16)

O PET-Saúde Interprofissionalidade traz orientações e fundamentações teórico-metodológicas sobre a EIP, solicitando que os projetos se proponham a desenvolvê-las (Brasil, 2018b).

O PET-Saúde Interprofissionalidade explicita o “Fomento para o desenvolvimento de competências colaborativas e o trabalho colaborativo”:

Os grupos de aprendizagem tutorial do projeto devem estar direcionados a estimular o desenvolvimento de competências colaborativas, devendo também demonstrar capacidade de estimular mudança curricular em cada curso envolvido, sem dispensar a discussão e desenvolvimento de competências específicas (complementares) e comuns nos processos de mudança dos cursos entre si. (DOC16)

O trabalho colaborativo é enfatizado no trecho:

Para este Edital, as ações propostas podem tomar como base [...] Trabalho colaborativo: deve ser entendido enquanto complementaridade das práticas das diferentes categorias profissionais, atuando de forma integrada, compartilhando objetivos em comum para alcançar os melhores resultados de saúde [...] (DOC16)

A análise empreendida neste estudo indica que o PET-Saúde, ao ser instituído em 2007 como instrumento para possibilitar que o Ministério da Saúde ordene a formação de profissionais, mediante indução e apoio ao desenvolvimento de processos formativos em saúde, conforme o previsto na Constituição (Brasil, 2007b), é a essência daquilo que ao longo de suas versões temáticas vai revelando indícios importantes para a educação e o trabalho interprofissional, como expresso:

[...] a discussão sobre a educação e o trabalho interprofissional, sob suas bases teórico-conceituais e metodológicas, são recentes no Brasil. Nos últimos anos algumas propostas governamentais existentes no país, como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421 em 2010 e a revisão das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) podem ser pontos importantes de reflexão da historicidade de uma transformação em curso (Brasil, 2017b, p. 6)

Os indícios de indução ao fomento da educação interprofissional e a interprofissionalidade se apresentam diretamente em três versões temáticas do PET-Saúde: Redes de Atenção à Saúde, GraduaSUS e Interprofissionalidade. Os indícios indiretos se apresentaram nas portarias de implementação do programa e nos editais temáticos do PET-Saúde.

Assim, os indícios corroboram a assertiva de Batista (2012) ao considerar que o PET-Saúde, como política indutora, mediante o desenvolvimento de suas atividades, vivências e experiências de aprendizagens compartilhadas, se revela oportuno e com potencialidade para a educação interprofissional.

A análise documental contribuiu no movimento de reflexão e aprendizagem sobre o PET-Saúde em seus diferentes editais, na perspectiva do fortalecimento e defesa do SUS, do trabalho interprofissional em saúde e da reorientação da formação em saúde.

Referências

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Barr, H., & Low, H. (2012). *Interprofessional learning in pre-registration education courses: A Caipe guide for commissioners and regulators of education*. Fareham: Caipe, 2012. Disponível em: <https://www.caipe.org/resources/publications/barr-h-low-h-2012-ipe-pre-registration-courses-caipe-guide-commissioners-regulators-education>. Acesso: 19 out. 2019.
- Batista, N. A. (2012). Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, 2, pp. 25-28. Recuperado em 15 de setembro, 2020, http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf.
- Brasil. (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, Diário Oficial da União, Brasília. Recuperado em 15 de setembro, 2020, <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao>.
- Brasil. (1990). *Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília. Recuperado em 10 de agosto, 2020, http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm.
- Brasil. (2004). *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 10 de agosto, 2020, http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/11_politica_ed_permanente.pdf.
- Brasil. (2005). *Portaria interministerial no 2.118, de 3 de novembro de 2005*. Diário Oficial da União, ano XLVI, n.212. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 14 de setembro, 2020, https://download.inep.gov.br/download/superior/2005/avaliacao_institucional/portaria_interministerial_2118.pdf.
- Brasil. (2007a). *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação.
- Brasil. (2007b). *Portaria Interministerial nº 1507/200, de 22 de junho de 2007*. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 04 de dezembro, 2019, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri1507_22_06_2007.html.
- Brasil. (2008a). *Portaria Interministerial nº 40, de 14 de janeiro de 2008*. Altera a Portaria Interministerial nº 1.507, de 22 de junho de 2007. DOU seção 1, n.9, p. 37, Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 04 de dezembro, 2019 http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri0040_11_01_2008.html.
- Brasil. (2008b). *Portaria Interministerial nº 1802, de 26 de agosto de 2008*. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Diário Oficial da União, seção 1(165), p. 27. Recuperado em 04 de dezembro, 2019, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html.
- Brasil. (2008c). *Edital nº 12, de 3 de setembro de 2008*. Convidam à apresentação propostas com vistas à seleção de projetos de Instituições de Educação Superior apresentarem propostas com (IES) em conjunto com Secretarias Municipais de Saúde para participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Diário Oficial da União, 171(seção 3), p. 81. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 04 de dezembro, 2019, <https://www.saude.gov.br/legislacao-da-saude>.
- Brasil. (2009). *Edital nº 18 de 2009*. Convida à apresentação de propostas com vistas à seleção de projetos de Instituições de Educação Superior em conjunto com Secretarias Municipais de Saúde para participação no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Diário Oficial da União, 178(seção 3), p. 90. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 04 de dezembro, 2019, <https://www.saude.gov.br/legislacao-da-saude>.

- Brasil. (2010). *Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010*. a Institui o Programa de Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 04 de dezembro, 2019, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html.
- Brasil. (2010b). *Portaria Conjunta nº 2, de 3 de março de 2010*. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) o PET-Saúde/Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 04 de dezembro, 2019, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2010/poc0002_03_03_2010.html.
- Brasil. (2010c). *Portaria Conjunta nº 3, de 3 de março de 2010*. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) o PET-Saúde/Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 04 de dezembro, 2019, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2010/poc0003_03_03_2010.html.
- Brasil. (2010d). *Edital nº 7, de 3 de março de 2010*. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 04 de dezembro, 2019, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html
- Brasil. (2010e). *Portaria conjunta nº 6 de 17 de setembro de 2010*. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)/Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 04 de dezembro, 2019, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html.
- Brasil. (2010f). *Edital nº 27, de 17 de setembro de 2010*. Seleção para o Programa de Educação Pelo Trabalho Para a Saúde/Saúde Mental – crack, álcool e outras drogas. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 04 de dezembro, 2019, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sgtes/2010/poc0006_17_09_2010.html.
- Brasil. (2011). *Edital Conjunto nº 24 de 16 de dezembro de 2011*. Pró Saúde e PET-Saúde. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em: 04 de dezembro, 2019, <https://www.saude.gov.br/legislacao-da-saude>.
- Brasil. (2012). *Edital nº 28, de 22 novembro de 2012*. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde. Vigilância em Saúde 2013/2014. Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 04 de dezembro, 2019, <https://www.saude.gov.br/legislacao-da-saude>.
- Brasil. (2013). *Edital nº 14, de 8 de março de 2013*. Institui no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) o PET-Saúde Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 04 de dezembro, 2019, http://www.sbfa.org.br/porta/pd/foru_348.pdf.
- Brasil. (2015). *Edital nº 13, de 28 de setembro de 2015*. Seleção para o programa de educação pelo trabalho para a saúde PET –Saúde/GraduaSUS(2016/2017). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 04 de dezembro, 2019, <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/29/Edital-PET-GraduaSUS.pdf>.
- Brasil. (2017a). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, Recuperado em 04 de dezembro, 2019. https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
- Brasil. (2017b). *Relatório Final da Oficina de Alinhamento Conceitual sobre Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 28 de abril, 2020, https://www.educacioninterprofesional.org/sites/default/files/fulltext/2018/pub_relatoria_eip_bra_2017_po.pdf.
- Brasil. (2018a). *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: um panorama da edição PET-Saúde/GraduaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 4 de dezembro, 2020, <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/dezembro/13/Programa-de-Educacao-pelo-Trabalho-para-a-Saude-SaudeGraduaSUS-FINAL-WEB.pdf>.
- Brasil. (2018b). *Edital nº10, de 23 de julho de 2018*. Seleção para o programa de educação pelo trabalho para a saúde PET-Saúde/Interprofissionalidade (2018/2019). Brasília: Ministério da Saúde.
- Cellard, A. (2012). A análise documental. In J. Poupart, J. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperriere, R. Mayer, & A. Pires. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. 3.ed. Rio de Janeiro: Vozes, pp. 295-316.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). (2010). *National Interprofessional Competency Framework: quick reference guide*. Vancouver: University of British Columbia, Recuperado em 16 de outubro, 2019, <http://ipcontherun.ca/wp-content/uploads/2014/06/National-Framework.pdf>.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). (2015). *A atenção primária e as redes de atenção à saúde*. Recuperado em 10 de agosto, 2020, <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>.
- Costa, A. R. da. (2013). *Experiência de integração ensino e serviço: um estudo do PET-*

Saúde a partir da ótica do profissional de saúde. Dissertação de Mestrado Profissional, Universidade Federal de São Paulo. Recuperado em 14 de setembro, 2020, <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/47078>.

Costa, M. V., Freire Filho, J. R., Brandão, C., & Silva, J. A. M. (2018). A educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl.2), pp. 1507-1510.

Flick, U. (2009). *Introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.

Franco, M.L.P.B. (2008). *Análise de conteúdo*. Brasília: Liber Livro

Ginzburg, C. (1990). *O queijo e os vermes*. São Paulo: Cia. das Letras.

Kripka, R. M. L., Scheller, M., & Bonotto, D. L. (2015). *Pesquisa documental: considerações sobre conceitos e características na pesquisa qualitativa*. CIAIQ v.2. Recuperado em 14 de dezembro, 2019, <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252>.

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS.

Organização Pan-Americana da Saúde Representação no Brasil (OPAS). (2019). *Relatório final 2008 – 2018. Gestão do Trabalho e Educação no SUS*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 10 de agosto, 2020, https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1940-tc-57-relatorio-final-130320&category_slug=relatorios-de-avaliacao&Itemid=965.

Peduzzi, M. (2016). O SUS é interprofissional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 199-201.

Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., Mcfadyen, A., Rivera, J., & Kitto, S. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide (39), pp.656-668, *Medical Teacher*, doi: 10.3109/0142159X.2016.1173663.

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). (2015). *Relatório de Gestão 2014*. Brasília. Recuperado em 5 de agosto, 2020, <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/06/Relatorio%20de%20Gestao%202014%20SGTES.pdf>.

05 A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA GRADUAÇÃO DE CURSOS DA SAÚDE: a experiência do *campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo

Patrícia Rios Poletto¹
Sylvia Helena Souza da Silva Batista¹
Nildo Alves Batista²

Introdução

O propósito deste capítulo é descrever, crítica e analiticamente, a experiência do Instituto Saúde e Sociedade (ISS) do *campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp, 2006; Batista et al., 2018), com sua proposta formativa fundamentada na educação interprofissional em saúde dos cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

E o que entendemos por experiência? – Experiência como criação, produção espaço-tempo que promove deslocamentos, inquietações, estudos, conversas: “A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não o que se passa, não o que acontece, ou o que toca” (Bondía Larrosa, 2002, p. 21).

Para além das informações, das opiniões, da falta de tempo e da sobrecarga de trabalhos (estamos exaustos), a experiência tem que ser habitada pelos nossos modos de ser: “teremos que aprender a viver de outro modo, a pensar de outro modo, a falar de outro modo, a ensinar de outro modo” (Bondía Larrosa, 2002, p. 20).

E nessa aprendizagem, é fundamental que possamos ser sujeitos da experiência:

O sujeito da experiência se define não por sua atividade, mas por sua passividade, por sua receptividade, por sua disponibilidade,

¹ Universidade Federal de São Paulo - Instituto Saúde e Sociedade, Campus Baixada Santista Santos - S.P., e-mail: patricia.poletto@unifesp.br; sylvia.batista@unifesp.br

² Universidade Federal de São Paulo, CEDESS – campus São Paulo – SP, ISS – campus Baixada Santista-Santos – SP, e-mail: nbatista@unifesp.br

por sua abertura. Trata-se, porém, de uma passividade anterior à oposição entre ativo e passivo, de uma passividade feita de paixão, de padecimento, de paciência, de atenção, como uma receptividade primeira, como uma disponibilidade fundamental, como uma abertura essencial. (Bondía Larrosa, 2002, p. 25)

E assim, ainda nas palavras de Bondía Larrosa (2002, p. 26),

se a experiência é o que nos acontece, e se o sujeito da experiência é um território de passagem, então a experiência é uma paixão. [...] há na paixão um assumir os padecimentos, como um viver, ou experimentar [...] A paixão funda sobretudo uma liberdade dependente, determinada, vinculada, obrigada, inclusa...

E é como sujeitos da experiência que projetamos este capítulo: partimos de uma breve contextualização sobre a incorporação da educação interprofissional (EIP) na formação em Saúde, para em seguida narrar³ a experiência do ISS no *campus* Baixada Santista da Unifesp, apresentamos alguns olhares avaliativos sobre esta experiência formativa e, finalizando, partilhamos perspectivas da, sobre e com a experiência que pulsa no ISS!

Incorporação da educação interprofissional na graduação da área da saúde: trilhas no contexto brasileiro

A análise dos processos de formação desenvolvidos na graduação em saúde no contexto brasileiro permite reconhecer desafios importantes – dicotomias no ensino e aprendizagem, tendência hospitalocêntrica, centralidade na transmissão de informações – situando o estudante em lugar de passividade, com currículos desvinculados da realidade social e falta de preparo para o trabalho em equipe colaborativo, dentre outros aspectos (Amâncio Filho, 2004; Almeida Filho, 2011; Feurwerker, 2014).

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Ministério da Educação (Brasil, 2001), a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde,

³ Parte-se da compreensão de narrativa de Fiorentini (2006, p. 29): “As narrativas representam um modo bastante fecundo e apropriado de os professores produzirem e comunicarem significados e saberes ligados à experiência. As narrativas fazem menção a um determinado tempo (trama) e lugar (cenário), onde o professor é autor, narrador e protagonista principal. São histórias humanas que atribuem sentido, importância e propósito às práticas e resultam da interpretação de quem está falando ou escrevendo. Essas interpretações e significações estão estreitamente ligadas às suas experiências passadas, atuais e futuras”.

o processo de expansão das Universidades Federais (Brasil, 2007a) e as políticas indutoras de reorientação da formação em saúde apresentadas pelos Ministério da Saúde (Brasil, 2007b, 2009, 2013) exemplificam um conjunto de circunstâncias educacionais que marcam a primeira década do século XXI no Brasil e que configuraram contextos favoráveis e indutores de transformações no ensino superior em saúde, abrindo espaço para inovações nos modos e maneiras de fazer formação.

Faz-se mister sublinhar que os novos modos e maneiras de fazer formação em saúde tem como pedra angular a promulgação da Constituição Brasileira de 1988 – a Constituição Cidadã – e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS): políticas públicas, garantia de direitos, compromisso com a democracia e com a justiça social provocarão inflexões fundantes nas perspectivas sobre os profissionais da saúde, os processos de organização do trabalho, os dispositivos de formação e educação permanente (Brasil, 2004).

O momento nacional dialoga com as políticas e realidades internacionais, tendo ecos bastantes significativos a posição assumida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) sobre a EIP na formação em saúde: “Há evidências suficientes para indicar que a educação interprofissional possibilita uma prática colaborativa eficaz, que por sua vez otimiza os serviços de saúde, fortalece os sistemas de saúde e melhora os resultados das ações em saúde”.

A EIP caracteriza-se como proposta que privilegia o trabalho em equipe coletivo e colaborativo (Reeves, 2016), favorecendo a integração, as trocas de saberes e experiências pautadas pelo respeito à diversidade e pela cooperação para o desenvolvimento de práticas de saúde transformadoras (Silva et al., 2015).

É importante colocar em destaque as definições de EIP pela perspectiva de três distintos autores. “A EIP ocorre quando membros de duas ou mais profissões aprendem com o outro, sobre o outro e a partir de sua própria profissão para melhorar a colaboração e a qualidade da atenção à saúde”. (Barr, 2002, p. 1). “A EIP ocorre quando membros de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a colaboração eficaz e melhorar os resultados na saúde”. (OMS, 2010, p. 10) e “A EIP ocorre quando membros de duas ou mais profissões aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados” (Reeves, 2016).

Oandasan and Reeves (2005), ao destacar os principais elementos para a EIP, questionam: “Quando a EIP deve ser introduzida nos programas de educação profissional em saúde?”. A recomendação tem sido que a EIP seja incorporada já nos primeiros anos da graduação, pois pode fomentar e induzir a ruptura da criação dos estereótipos profissionais que levam aos tribalismos entre as profissões da saúde, pois nesse momento da aprendizagem a EIP pode afetar mais diretamente atitudes e comportamentos (Oandasan & Reeves, 2005). Essa recomendação dos autores torna-se premente quando deparamos com os atuais processos formativos na graduação das profissões da área da saúde no Brasil.

E o debate nacional sobre a EIP na formação em saúde tem se ampliado de maneira robusta (Ely & Toassi, 2018; Freire Filho, 2019; Paro & Pinheiro, 2018; Wetzel et al., 2018). Uma publicação singular que traduz o investimento brasileiro nas perspectivas de compreensão, implementação e avaliação das propostas de EIP na formação em saúde é o *Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde* (Brasil, 2017), no qual se pode apreender a abrangência das experiências no Brasil (graduação, residência multiprofissional em saúde, pós-graduação *stricto sensu*, educação permanente em saúde).

Peduzzi (2016) ressalta que é preciso intensificar as iniciativas e recursos para impulsionar a EIP, com a participação de docentes e profissionais de saúde ligados aos serviços nos quais os estudantes estão inseridos, nos locais de aprendizagem na prática. E com isso, a autora nos possibilita pôr em relevo o compromisso ético-político expresso na assunção da EIP no ISS do *campus* Baixada Santista da Unifesp, assumindo que não se trata de uma estratégia metodológica ou de rearranjo curricular. Busca-se, sempre, um projeto pedagógico de formação em saúde que tenha o SUS como ordenador, as necessidades e demandas sociais como sentido nuclear das práticas de atenção à saúde, as aprendizagens inventivas e criativas como construções colaborativas entre professores, estudantes, técnicos, profissionais dos serviços, usuários, comunidade – um projeto pedagógico de formação em saúde ancorado na democracia, nos direitos humanos, na justiça social.

Relato da experiência do *campus* Baixada Santista da Unifesp

O *campus* Baixada Santista da Unifesp iniciou suas atividades de ensino, pesquisa e extensão na graduação em 2006 com a implantação dos cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional e amplia-se em 2009 com a criação do curso de serviço social (Batista et al., 2018; Costa et al., 2015). Em 2012, implanta-se o bacharelado interdisciplinar em ciências e tecnologia do mar (BICTMar) e, em 2015 são iniciados os cursos de engenharia do petróleo e energias renováveis e engenharia ambiental (Aguiar Júnior et al., 2020).

O projeto pedagógico do *campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp, 2006, 2016) assume como princípios direcionadores:

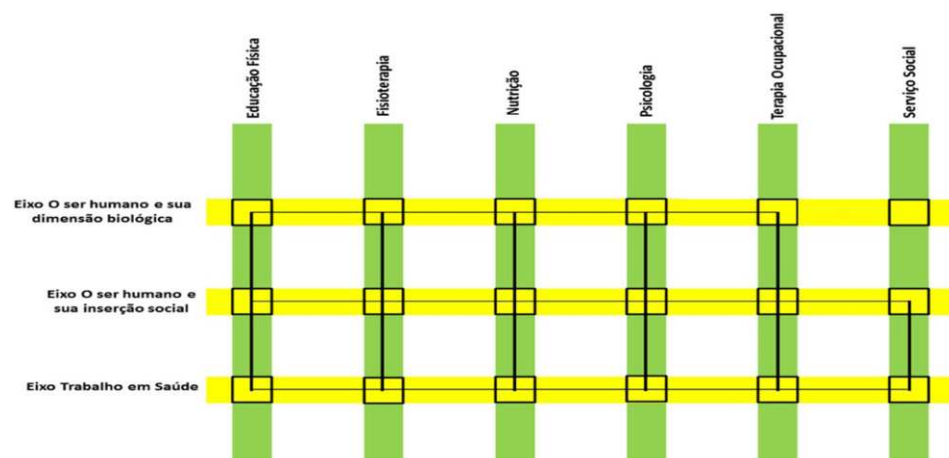
- a indissociabilidade ensino, pesquisa e extensão;
- a prática profissional como eixo norteador do projeto pedagógico;
- a problematização do ensino a partir da prática e da pesquisa;
- a interdisciplinaridade;
- a postura ativa do estudante na construção do conhecimento;
- a postura facilitadora/mediadora do docente no processo ensino/aprendizagem;
- a integração com a comunidade, reconhecendo sua participação ativa e interativa na produção dos planos de cuidado, por meio dos projetos de aprendizagem construídos a partir dos territórios, dos projetos de extensão, abrangendo diferentes grupos populacionais e dos projetos de pesquisa desenvolvidos da graduação à pós-graduação *stricto sensu*;
- a avaliação formativa como *feedback* do processo de aprendizagem;
- o desenvolvimento docente.

Esses princípios ancorarão e inspirarão o projeto pedagógico do Instituto Saúde e Sociedade, compreendendo a formação em saúde como um processo de práticas sociais permeado pelas concepções de saúde e adoecimento e comprometido com a formação de profissionais da saúde preparados para o trabalho em equipe interprofissional, de forma que sejam capazes de desenvolver um cuidado integral em consonância com os princípios do Sistema Único de

Saúde (SUS) e demais políticas sociais, articulando as dimensões éticas, políticas, técnico-científicas e humanas na formação e atuação no campo da saúde (Unifesp, 2006; Batista et al., 2018; Poletto & Jurdi, 2018).

Para configurar as formas, espaços e tempos curriculares, elaborou-se uma proposta formativa inovadora, rompendo com a estrutura tradicional centrada nas disciplinas e na formação específica de determinado perfil profissional. O desenho curricular dos cursos de graduação da área da saúde está estruturado em quatro eixos e centrado nos enfoques problematizador, colaborativo e produtor de saberes em diálogo. São três eixos comuns (eixo “O ser humano em sua dimensão biológica”, eixo “O ser humano e sua inserção social” e eixo “Trabalho em saúde”) e um eixo específico que perpassam os anos de graduação para cada um dos cursos. Em cada um dos eixos, os módulos agregam áreas temáticas afins que constituem a proposta curricular (Figura 1).

Figura 1. Representação esquemática da articulação entre os eixos de formação⁴.



Fonte: elaborado pelos autores (2021).

O projeto pedagógico do ISS insere o estudante desde o início do curso nos territórios e serviços em que se expressam as práticas profissionais com aproximações ao agir do cuidado, possibilitando o desenvolvimento de atividades de complexidade

⁴ Em nosso desenho curricular, o curso de serviço social não participa das atividades do eixo comum “O ser humano em sua dimensão biológica”: a interprofissionalidade é construída das profissionalidades e, assim, a construção da unidade, na diversidade.

e responsabilidade crescentes. Investe-se, insistente e persistentemente, em aprendizagens inventivas, criativas e colaborativas. As trajetórias formativas, com as trilhas múltiplas de aprender com e sobre o outro, ampliam as possibilidades de formação e intervenção em espaços diversos e intersetoriais.

Os eixos comuns desenvolvem suas atividades de formação e aprendizagem em uma busca permanente de articulação da prática com a teoria, dialogando entre si e com os eixos específicos em saúde, procurando superar a concepção que desarticula saberes entre básico e profissional. Ao possibilitar o encontro, a escuta sensível, o olhar ampliado e os movimentos de deslocamentos, a produção acadêmica em duplas e/ou trios de estudantes de diferentes cursos tem ampliado e criado espaços inventivos de produção de conhecimento e do cuidado interprofissional em saúde.

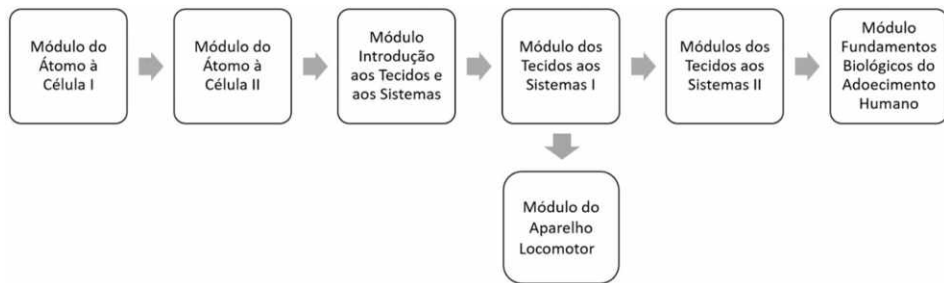
A dinâmica dos eixos comuns se desenrola a partir de turmas mistas (estudantes dos diferentes cursos constituindo grupos de aprendizagem) e assim se torna um importante traçado para a aprendizagem da interprofissionalidade, pois ao partilhar espaços conjuntos de estudo e discussão teórica, e aulas práticas em laboratórios e práticas nos territórios, os estudantes aprendem uns com os outros sobre a produção comum do cuidado, bem como sobre o próprio fazer profissional. Tal dinâmica tem o “aprender junto” como uma das condições para a construção de uma formação interprofissional em saúde.

O desenho misto das turmas dialoga com a proposição de organização curricular em eixos e módulos permitindo superar a métrica disciplinar, buscando redesenhar as fronteiras e constituir novos territórios, sem negar os campos profissionais e científicos já existentes. E em nossa narrativa, acreditamos relevante fazermos uma incursão nos eixos comuns, ainda que breve por conta dos limites deste capítulo.

O eixo “O ser humano em sua dimensão biológica” (Eixo BIO) constitui-se de dois núcleos: um núcleo comum de conhecimentos necessários para os cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional, e um núcleo específico de aprofundamento a partir das necessidades de cada curso. Este eixo instrumentaliza os estudantes a respeito dos temas biológicos para a formação na área da Saúde de forma integrada e crescente em complexidade de acordo com o previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) em cada

uma das cinco profissões de saúde elencadas. Os módulos se articulam de forma interdisciplinar e contínua ao longo dos períodos de formação (Figura 2).

Figura 2. Unidades curriculares que compõem a trajetória do eixo “O ser humano em sua dimensão biológica”⁵.

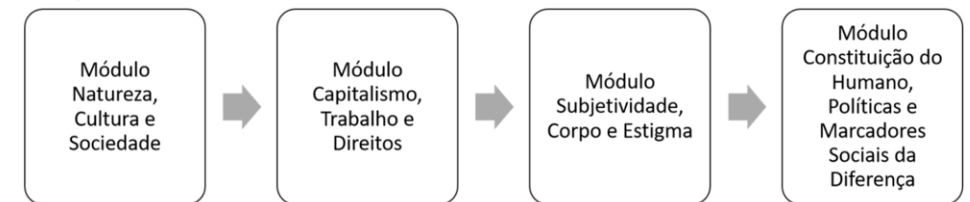


Fonte: elaborado pelos autores (2021).

Os movimentos de integração, tanto nas atividades teóricas quanto práticas, no Eixo BIO (30% da carga horária dos módulos deste eixo é prática com atividades em laboratórios experimentais e de anatomia humana), expressam-se na utilização de situações-problema, de dinâmicas de grupo voltadas para o contexto interprofissional, casos motivadores, situação integradora (situações normais ou patológicas com informações básicas e estudo dirigido para construir as reflexões e respostas de forma interprofissional), de mapas conceituais interprofissionais e do trabalho interprofissional de conclusão de módulo.

O eixo “O ser humano e sua inserção social” (Eixo “IS”) tem como ponto de partida a compreensão da formação em saúde como um processo de práticas sociais, permeado pelas concepções de saúde, adoecimento e condicionantes históricos, abrangendo diferentes dimensões da produção da vida humana (cultura, trabalho, educação, condições de vida, subjetividade, relações sociais, marcadores sociais da diferença). A trajetória desse eixo se concretiza a partir de quatro módulos ofertados nos dois primeiros anos dos cursos (Figura 3).

Figura 3. Unidades curriculares que compõem a trajetória do eixo - “O ser humano e sua inserção social”.

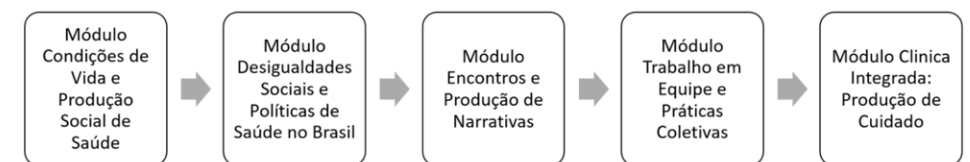


Fonte: elaborado pelos autores (2021).

No Eixo “IS”, as estratégias e os arranjos pedagógicos para a concretização da intencionalidade da educação interprofissional tem se dado nas interações reflexivas em sala de aula a partir dos temas e discussões do módulo, seminários interprofissionais, ensaios críticos, portfólios, problematização, casos motivadores, diários de campo articulando a teoria com as visitas realizadas, além dos colóquios interprofissionais.

O eixo “Trabalho em saúde” (Eixo “TS”) possibilita ao estudante a compreensão das múltiplas dimensões envolvidas no processo saúde-doença e produção de cuidado; o conhecimento e compreensão da realidade de saúde e do SUS; a vivência e convivência entre as diversas profissões e práticas de saúde; a compreensão do processo de trabalho em saúde. Tais conhecimentos são distribuídos ao longo de cinco módulos nos três primeiros anos dos cursos (Figura 4).

Figura 4. Unidades curriculares que compõem a trajetória do eixo - “Trabalho em saúde”



Fonte: elaborado pelos autores (2021).

Os módulos do Eixo “TS”, dentro da perspectiva da aprendizagem pela experiência, valorizam a singularidade do cuidado por meio da ida a campo para vivência da prática em situações reais de cuidado em saúde (CApozzolo et al.,

⁵ O módulo do aparelho locomotor é para os cursos de educação física, fisioterapia e terapia ocupacional.

2018). Um dispositivo que se destaca é a produção de narrativas de histórias de vida: em duplas, os estudantes de cursos diferentes realizam visitas domiciliares quinzenais e constroem uma narrativa da história de vida e saúde em conjunto com os acompanhados, durante a oferta do módulo no semestre.

Sobre esta experiência com narrativas, Capozzolo et al. (2014, p. 453) afirmam:

utilizar o recurso das narrativas na formação de profissionais de saúde nos ensina que os sentidos compartilhados são mais potentes, e que a elaboração conjunta destes últimos tem uma eficácia maior que a da prescrição técnica unilateral. [...] Trata-se de exercícios para uma clínica comum.

O arranjo dos módulos no itinerário formativo se desenha da seguinte forma: no primeiro ano dos cursos, os eixos comuns ocupam cerca de 75% da carga horária semanal e as unidades curriculares do eixo específico 25%. Essa proporção muda à medida que os estudantes avançam no curso, e no último ano da graduação, os eixos específicos assumem centralidade por meio dos estágios curriculares profissionalizantes e trabalhos de conclusão de curso.

Os eixos específicos em saúde seguem também as recomendações das DCNs para cada uma das áreas do *campus* de formação em saúde. Os módulos específicos são desenvolvidos desde o início do curso, de maneira progressiva, abordando as questões específicas de cada uma das seis profissões dos cursos propostos. A cada ano aumenta a carga horária dos módulos dos eixos específicos em saúde, sem perder de vista a garantia de horários semanais voltados para práticas interprofissionais de pesquisa, extensão e ensino (Jurdi et al., 2018; Domene et al., 2017; Casetto et al., 2016)

Todo o contexto apresentado traz uma marca de interprofissionalidade singular que reconhecemos inscrita nesta proposta curricular inovadora. Também identificamos as marcas interprofissionais do projeto pedagógico dos cursos da saúde do ISS do *campus* Baixada Santista desde o ingresso dos estudantes na universidade. Na Semana de Integração dos Calouros têm sido desenvolvidas atividades concebidas por docentes, técnicos e estudantes veteranos do *campus* para a acolhida dos ingressantes por meio de vivências que valorizem as equipes interprofissionais e iniciem o exercício da escuta, da troca e da construção coletiva.

Por conseguinte, nossa proposta formativa tem procurado em todo o itinerário do estudante trazer oportunidades de experimentar a interprofissionalidade, e isso tem se dado também nas atividades de extensão e pesquisa (integradas com o ensino). Por isso garantimos um período protegido de quatro horas semanais, no qual se investe no desenvolvimento de projetos colaborativos, integrando professores e técnicos em um conjunto de ações extensionistas e investigativas. Nesse período protegido não se desenvolvem atividades de unidades curriculares (situações semelhantes a uma aula).

Nessa conjuntura, é relevante mencionar que a participação nas políticas indutoras do Ministério da Saúde e Ministério da Educação favorece e fomenta as discussões e a implementação de novas ações para formação dos profissionais da saúde. Dentre estas políticas destacam-se o Pró-Saúde, PET Saúde, a residência multiprofissional em saúde e o mestrado profissional em ensino na saúde.

Em nosso percurso de formação em saúde no *campus* deparamos com alguns questionamentos que nos instigaram à reflexão: *Como imaginamos o futuro na graduação em saúde do campus Baixada Santista? Como discutir algo que é comum a diversos cursos tão diversos? Como visitar o que é comum a todos os cursos da saúde? Quais profissionais queremos formar? Qual lugar os eixos comuns ocupam na trajetória dos estudantes?*

A partir disso, de 2014 a 2015 foi realizado um processo de reformulação das matrizes curriculares dos cursos de educação física, fisioterapia, nutrição e terapia ocupacional, psicologia e serviço social por meio de oficinas interativas com representantes de toda a comunidade acadêmica por meio de planejamento, participação, registro, pactuação, diálogos e embates múltiplos, e vivências avaliativas em uma perspectiva de formação interprofissional, tendo como premissas “estabelecer aproximações sucessivas entre os interlocutores da formação; redução de carga horária, revisão de conteúdo e método das matrizes curriculares com ênfase na flexibilização curricular” (Poletto & Jurdi, 2018).

O processo de revisão curricular vivenciado no *campus* proporcionou resultados importantes para o fortalecimento dos princípios norteadores de seu projeto pedagógico. As maiores transformações obtidas na revisão das matrizes foram em relação à flexibilização curricular com o redimensionamento da carga horária em unidades curriculares dos eixos de formação comuns e específicos;

criação/ampliação de unidades curriculares eletivas; revisão e readequação de conteúdos nas unidades curriculares dos três eixos comuns, de forma a privilegiar as temáticas realmente comuns aos seis cursos de graduação, uma maior articulação e aproximação entre os eixos de formação e seus interlocutores; criação de uma comissão assessora da Câmara de Graduação para auxiliar nos processos de avaliação (Poletto & Jurdi, 2018).

Todo processo de formação demanda elaboração, planejamento, execução e avaliação de forma a garantir sua continuidade de acordo com os princípios direcionadores pactuados.

Olhares avaliativos em diálogo: a graduação em foco

A produção de pesquisa se constitui em uma estratégia de intervenção, avaliação e assunção de novos rumos. Assim, elegemos algumas pesquisas que se ocupam da graduação em saúde, iluminando nossos itinerários.

Partimos da pesquisa inaugural – *Educação interprofissional na graduação em saúde: preparando profissionais para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado* – que assumiu o projeto pedagógico do *campus* como objeto central (Batista et al. 2007; Batista et al., 2009) e permitiu apreender a *potência dos espaços interprofissionais*, o quanto deslocam os lugares previsíveis da divisão disciplinar e, com isto, movimentam expectativas, crenças e valores que presidem as ações dos estudantes, professores, profissionais dos serviços e gestores.

Uma segunda pesquisa assumiu como objetivo analisar a interdisciplinaridade como princípio formativo em uma proposta inovadora na graduação em saúde, analisando suas potencialidades, desafios e perspectivas no ensino superior na área. Os processos de análise de dados permitiram afirmar que a interdisciplinaridade emerge, nos documentos analisados e nas vozes dos docentes, como alicerce, perspectiva, instrumento e interface, representando, respectivamente, um modo diferente de ser, conhecer, fazer e viver junto. As dificuldades relatadas abrangeram a resistência dos profissionais, a formação ainda centrada na fragmentação dos conteúdos, a ausência de trabalhos em equipe e a dificuldade de construir interações mais articuladas. No âmbito das vantagens há uma convergência em torno dos ganhos que a formação em saúde pode ter com

práticas interdisciplinares: aprendizagem significativa e produção de um cuidado interprofissional em saúde (Batista et al., 2018).

Essas pesquisas iniciais ancoraram o desenvolvimento de cinco investigações (Rosa, 2007, 2008; Souza, 2011; Souto et al., 2014; Santos & Batista, 2015) que focalizaram as perspectivas de estudantes e docentes dos cursos de fisioterapia, terapia ocupacional e psicologia, além da análise da potência do estágio curricular e da monitoria desenvolvidos na perspectiva interprofissional. Os estudos em tela evidenciaram confluência em relação à valorização da EIP por parte dos estudantes como uma formação em saúde que possibilita a aprendizagem do trabalho em equipe, da ação colaborativa e da interdisciplinaridade.

A investigação de Rossit, Batista e Batista (2014) centrou a análise sobre a percepção dos egressos em relação à experiência formativa fundada na EIP que vivenciaram no *campus* Baixada Santista. Os resultados sinalizaram o desenvolvimento de competências essenciais para as profissões da saúde – resolução de problemas, tomada de decisões, liderança, confiança e respeito uns aos outros, comunicação com pacientes e outros profissionais, compreensão da natureza dos problemas, entendimento dos casos clínicos na perspectiva do paciente. Oitenta e quatro por cento dos egressos mostram-se satisfeitos com a formação recebida e forneceram contribuições para a análise da formação em saúde, na perspectiva da EIP.

Perspectivas produzidas em ato: a experiência que pulsa

Viver e participar da construção do projeto pedagógico do ISS do *campus* Baixada Santista trocando saberes e práticas, estudos e sínteses provisórias, inquietações e questionamentos, nos permite partilhar esboços de fortalezas, avanços, barreiras e desafios que atravessam a nossa experiência.

Como fortaleza evidencia-se o tempo de duração da oferta de educação interprofissional e o número de cursos envolvidos. Reeves et al. (2016), em uma atualização da revisão sistemática sobre a eficácia da educação interprofissional, encontraram apenas dois estudos que incorporaram um grande número de cursos, em iniciativas de EIP. Os autores destacam que a maior diversidade de profissões envolvida traz um diferencial na ampliação da aprendizagem colaborativa (Reeves et al., 2016).

Outro aspecto que merece destaque é a diversidade de atividades educacionais desenvolvidas, visto que se percorrem desde atividades teóricas em sala de aula até vivências práticas em território real dos serviços de saúde e assistência social, esporte, educação e arte. A combinação de dispositivos pedagógicos em uma iniciativa de EIP pode tornar a experiência mais estimulante e interessante e, portanto, contribuir para um maior nível de aprendizado (Reeves, 2016). Requer ênfase igualmente a oportunidade de aprendizagem pela experiência que tem sido realizada, pois como afirma Bondía Larrosa (2002, p. 26), “o saber da experiência se dá na relação entre o conhecimento e a vida humana”.

Também é importante mencionar como fortaleza o apoio institucional pela gestão local do *campus*, que ao longo dessa trajetória procurou viabilizar e garantir o funcionamento das atividades interprofissionais do projeto pedagógico. As experiências internacionais de EIP apontam que esse é um elemento chave para o sucesso de programas de educação interprofissional (Oandasan & Reeves, 2005; Reeves et al., 2016).

Dentre os avanços alcançados no percurso formativo ganham relevância os seguintes elementos: identificação de novos caminhos a seguir para fortalecimento dos princípios direcionadores; maior articulação entre eixos de formação; maior aproximação entre os interlocutores da formação; construção coletiva horizontalizada com o reconhecimento das diferenças; ampliação do comprometimento com as novas práticas educativas; redimensionamento da carga horária das matrizes curriculares; flexibilização curricular; criação de uma comissão de assessoramento da Câmara de Graduação nos processos avaliativos.

Porém, mais importante talvez do que destacar as fortalezas e os avanços é dar atenção às barreiras ainda existentes que podem interferir na consolidação da educação interprofissional. As barreiras até então dizem respeito à sustentabilidade e financiamento para viabilizar as visitas no campo, pois essa prática exige a viabilização de transporte por parte da universidade, o que precisa ser seguidamente defendido, sobretudo em tempos de cortes de recursos (Capozzolo et al., 2018); à estrutura curricular que inviabiliza um programa de eletivas para todos os cursos da saúde; à necessidade de apropriação e discussão contínua dos aspectos teórico-conceituais da educação interprofissional e da prática colaborativa; à relação ainda frágil com as secretarias e prefeituras; às defasagens de infraestrutura física

e de recursos humanos; às resistências à mudança; às dificuldades para sustentar projetos de desenvolvimento docente.

E por entre fortalezas, avanços e barreiras, emergem os desafios. Com nossas inserções, conseguimos configurar como desafios a enfrentar para fortalecimento do projeto pedagógico os seguintes: constituição de práticas interprofissionais nos estágios profissionalizantes; necessidade de novas pactuações para o desenvolvimento de atividades interprofissionais no noturno, bem como para que o *campus* possa garantir sua estrutura acadêmica (biblioteca, laboratório de informática, serviço de apoio ao estudante, por exemplo) nos três turnos de funcionamento; recriação de um programa de desenvolvimento da docência apoiado na EIP de forma que o educador (docente, técnico em assuntos educacionais, preceptor) (re)aprenda o lugar da aprendizagem inventiva e implicada, superando a ilusão do acúmulo das informações, dos conhecimentos e das tarefas em si, além da vivência do trabalho colaborativo, comprometido com as demandas sociais e que articule rigor científico, qualidade técnica, postura ética e compromisso social; ampliação dos processos de avaliação formativa; desenvolvimento de módulos eletivos interdisciplinares e de atividades curriculares interunidades realizadas por dois ou mais eixos; criação de mais cenários da prática e do trabalho colaborativo que articulem universidade e serviços; pactuação mais sustentável das relações com os serviços públicos.

A natureza dinâmica e inovadora do projeto pedagógico do *campus* Baixada Santista da Unifesp na formação em saúde sob a perspectiva da educação interprofissional, com mais de cinquenta turmas formadas nos seis cursos da área da saúde, trouxe inúmeros frutos ao longo dessa trajetória, desde inúmeras oportunidades de aprendizagem, construção de afetos, marcação de posição em defesa do ensino público de qualidade, até vivências de colaboração produtiva e efetiva.

Reconhecemos que os movimentos de experienciar, refletir sobre a experiência, escrever e registrar as práticas e partilhar as narrativas são produtos e produtores de conversações, de procuras, de buscas, de produção de sentidos – conversações que criam zonas dialógicas, de circulação de compreensões, de continuidades e de rupturas; que desvelam que “a experiência não é o caminho até um objetivo previsto, até uma meta que se conhece de antemão, mas é uma abertura para o desconhecido, para o que não se pode antecipar nem ‘pré-ver’ nem ‘pré-dizer’” (Bondía Larrosa, 2002, p. 28).

E encontramos ressonância em Guimarães Rosa e Clarice Lispector:

*O correr da vida embrulha tudo.
A vida é assim: esquentada e esfria,
aperta e daí afrouxa,
sossega e depois desinquieta.
O que ela quer da gente é coragem.*
Guimarães Rosa

*Repito por pura alegria de viver:
a salvação é pelo risco,
sem o qual a vida não vale a pena!*
Clarice Lispector

É nessa aprendizagem criadora que reconhecemos sentidos ético-científico-políticos na proposta curricular do nosso Instituto Saúde e Sociedade e de nosso *campus* Baixada Santista, com a certeza de estarmos determinados a superar os desafios, propor novas perguntas sobre a formação em saúde, implementar novas lógicas para formar profissionais e produzir conhecimentos como estratégias de defesa do Sistema Único de Saúde e da universidade pública brasileira.

Referências

- Aguiar Júnior *et al.* (2020). *Campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo: compromisso social, expansão e inovação em perspectiva histórica. In A. L. Nemi, M. A. Minhoto (orgs.). *Unifesp 25 anos*. São Paulo: Editora Unifesp.
- Almeida Filho, N. (2011). Higher education and health care in Brazil. *The Lancet*, 377(4), pp. 1898-1900.
- Amâncio Filho, A. (2004). Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 8(15), pp. 375-380.
- Barr, H. (2002). *Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow: a review*. Londres: UK Higher Education Academy, Health Sciences and Practice Network, Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). Recuperado em 15 de julho, 2020, <https://doi.org/OccasionalPaperNo1>.
- Batista, N. A. et al. (2007). *Educação interprofissional na graduação em saúde: preparando profissionais para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado*. Projeto de pesquisa. CNPq. Processo 409389/2006-4.
- Batista, N. A. et al. (2009). *Relatório final de pesquisa - Educação interprofissional na graduação em saúde: preparando profissionais para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado*. CNPq. Processo 409389/2006-4.
- Batista, N. A., Rossit, R. A. S., Batista, S. H. S. S., Silva, C. C. B., Uchôa-Figueiredo, L. R., & Poletto, P. R. (2018). Educação interprofissional na formação em saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, Santos, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl.2), pp. 1705-1715.
- Bondía Larrosa, J. (2002). Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, 19, pp. 20-28.
- Brasil. (2001). *Resolução CNE/CES nº 4 de 7 de novembro de 2001*. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Brasília: Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diário Oficial da União 9 nov. 2001. Seção 1, p. 38.
- Brasil. (2004). *AprenderSUS: o SUS e os cursos de graduação da área da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde.
- Brasil. (2007a). *Decreto n. 6.096, de 24 de abril de 2007*. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – Reuni. Diário Oficial da União, Brasília. Seção I, p. 4.
- Brasil. (2007b). *Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009). *A educação e o trabalho na saúde: a política e suas ações*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.
- Brasil. (2013). *Pró-Saúde e PET-Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 15 jul., 2020, http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pro_saude_pet_saude.pdf.
- Brasil. (2017). *Relatório final da oficina de alinhamento conceitual sobre educação e trabalho interprofissional em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde.

- Capozzolo, A. A. et al. (2014). Narrativas na formação comum de profissionais de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde* 12(2), pp. 443-456.
- Capozzolo, A. A., Casetto, S. J., Nicolau, S. M., Junqueira, V., Gonçalves, D. C., & Maximino, V. S. (2018). Formação interprofissional e produção do cuidado: análise de uma experiência. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl.2), pp. 1675-1684.
- Casetto, S. J., Henz, A. O., Garcia, M. L., Aguiar, F. B., Montenegro, J. T., Unzueta, L. B., & Capozzolo, A. A. (2016). A good training based on insufficiency: work in health care as an ethics. *Journal of Health Psychology*, 21, pp. 291-301.
- Costa, M. V. et al. (2015). Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 19(suppl.1), pp. 709-720.
- Domene, S. M. Á., Pezzato, L. M., Juzwiak, C. R., & Zangirolani, L. T. O. (2017). Avaliação dos egressos do curso de nutrição da Unifesp: subsídios para a reforma da matriz curricular. *Demetra: alimentação, nutrição & saúde*, 12, pp. 593-610.
- Ely, L. I., & Toassi, R. F. C. (2018). Integração entre currículos na educação de profissionais da Saúde: a potência para educação interprofissional na graduação. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl.2), pp. 1563-1575.
- Feurwerker, L. C. M. (2014). Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida.
- Fiorentini, D. (2006). Uma história de reflexão e escrita sobre a prática escolar em matemática. In D. Fiorentini, & E.M. Cristovão (org.). *Histórias e investigações de/em aulas de matemática*. Campinas: Alínea. pp. 13-36.
- Freire Filho, J. R. et al. (2019). Educação interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde em Debate*, 43(no.spe.1), pp. 86-96
- Jurdi, A. P. S. et al. (2018). Revisitar processos: revisão da matriz curricular do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Paulo. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(65), pp. 527-538.
- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*, suppl.1, pp. 21-38.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS. Recuperado em 31 de junho, 2017, https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3019:marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa&Itemid=844
- Paro, C. A., & Pinheiro, R. (2018). Interprofissionalidade na graduação em saúde coletiva: olhares a partir dos cenários diversificados de aprendizagem. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl.2), pp. 1577-1588.
- Peduzzi, M. (2016). O SUS é interprofissional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 199-201.
- Poletto, P. R., & Jurdi, A. P. S. (2018). A experiência de revisão das matrizes curriculares em um projeto pedagógico inovador: caminhos para fortalecer a educação interprofissional em Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22, pp. 1777-1786.
- Rosa J. (2007). *A interdisciplinaridade no ensino da fisioterapia: um estudo no campus Baixada Santista*. Santos: Unifesp.
- Rosa J. (2008). *A graduação do fisioterapeuta numa perspectiva interdisciplinar e interprofissional: as visões dos professores do campus Baixada Santista*. Santos: Unifesp.
- Reeves, S. (2016). Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 185-96.
- Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., & Davies, N., et al. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No.39, pp. 656-68, *Medical Teacher*, Recuperado em 3 de maio, 2020, <http://doi:10.3109/0142159X.2016.1173663>.
- Rossit, R. A. S., Batista, S. H., & Batista, N. A. (2014). Análise de um projeto de educação interprofissional na formação em saúde: percepção de egressos. *Espaço Saúde*, 15(supl.1), pp. 381-386.
- Santos, G. M., & Batista, S. H. S. S. (2015). Monitoria acadêmica na formação em/para a saúde: desafios e possibilidades no âmbito de um currículo interprofissional em saúde. *ABCS Health Sciences*, 40(3), pp. 203-207.
- Silva, J. A. M., Peduzzi, M., Orchard, C., & Leonello, V. M. (2015). Educação interprofissional e prática colaborativa na atenção primária à saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(, n.spe.2), pp. 16-24.

Souto, T. S., Batista, S. H., & Batista N. A. (2014). A educação interprofissional na formação em psicologia: olhares de estudantes. *Psicol. cienc. prof*, 34(1), pp. 32-45.

Souza, S. (2011). Educação e saúde: o trabalho em equipe interdisciplinar e interprofissional. Trabalho de conclusão de curso da Unifesp, Santos, SP, Brasil.

Universidade Federal de São Paulo. (2006). *Projeto Político Pedagógico - A educação interprofissional na formação em saúde: a competência para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado*. Santos: Unifesp, *campus* Baixada Santista.

Universidade Federal de São Paulo. (2016). *Plano de desenvolvimento institucional*. Disponível em: www.unifesp.br. Acesso em: 10 ago. 2020.

Wetzel, C. et al. (2018). Análise sobre a formação interprofissional em serviço em um Centro de Atenção Psicossocial. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl.2), pp. 1729-1738.

06 NARRATIVAS COMO RESSIGNIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS NA FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE

Cláudia Maria de Oliveira¹
Maria José da Silva²
Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo¹

A necessidade de adoção de novas estratégias educativas na formação em saúde

Aprender para nós é construir, reconstruir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito
(Freire, 1996, p. 69)

O objetivo deste capítulo é discutir as vantagens de desenvolver as narrativas como metodologia ativa de ensino na formação interprofissional e interdisciplinar em saúde. Para isso, serão apresentados os resultados de um estudo desenvolvido na Universidade Federal de São Paulo – *campus* Baixada Santista (Unifesp-BS), em que foi utilizada essa ferramenta educativa na formação de futuros assistentes sociais, educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Entre outras ações, compreendemos que a adoção de novas metodologias se faz necessária na medida em que a formação em saúde vigente em grande parte das instituições de ensino superior (IES) brasileiras encontra-se centrada na transmissão e na memorização de informações, na aplicação de teorias, na reprodução de procedimentos, nas tecnologias duras e na dificuldade de exercer a escuta qualificada dos pacientes. Isso mostra que existe um abismo entre o perfil

¹ Universidade Federal de São Paulo – Instituto Saúde e Sociedade, *campus* Baixada Santista, Santos – SP – Brasil, e-mail: claudia.oliveira@unifesp.br, uchoa.lucia@unifesp.br

² Departamento Regional de Saúde (DRS) IV Baixada Santista, Núcleo de Educação Permanente, Santos – São Paulo – Brasil, e-mail: majosilze@gmail.com

profissional que tem sido formado pelas IES e aquele esperado para atendimento integral das necessidades de saúde da população e para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) (Feuerwerker, 2003; Gomes et al., 2010; González & Almeida, 2010; Lopes et al., 2007).

Essa questão tem sido promotora de diversos debates sobre a necessidade de reorientar a organização curricular dos cursos de graduação, com o objetivo de romper com o modelo “tradicional ou bancário” (Freire, 2005). A criação de programas de incentivo às mudanças (Carvalho & Ceccim, 2012; Ceccim & Feuerwerker, 2004), visa à consolidação do SUS. A aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação em Saúde e Medicina, em 2001 e 2014 (Brasil, 2001, 2014), e a publicação da Resolução nº 569, em 8 de dezembro de 2017, denotam esse esforço.

As DCNs de 2001 (Brasil, 2001) traçam o perfil de um formando egresso/profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva na medida em que contemplam, além dos conteúdos específicos e técnicos, aqueles provenientes das ciências sociais e humanas para o desenvolvimento integral desses profissionais.

Levando em consideração que algumas questões no atendimento em saúde não podem ser objetivadas, é importante adotar práticas de ensino que criem condições favoráveis à formação desse perfil profissional que poderá estar mais comprometido com a criação de vínculo entre profissional da saúde e paciente, sobretudo a partir de uma escuta empática.

Essas DCNs mostram também que entre as competências e habilidades gerais adquiridas por meio da formação profissional está a educação permanente (EP) como um dos caminhos que possibilita modificações capazes de desencadear e ampliar o pensamento crítico e a ação estratégica, no sentido de difundir e dinamizar os processos de mudanças.

Para isso, a Resolução n. 569 prevê, entre outros pressupostos, o desenvolvimento de “metodologias de ensino que promovam a aprendizagem colaborativa e significativa”, “a participação e a autonomia dos estudantes” (Brasil, 2017, p. 5) e a “inserção dos estudantes nos cenários de práticas do SUS e outros equipamentos sociais desde o início da formação, integrando a educação e o trabalho em saúde” (Brasil, 2017, p. 3).

A EP pode ser uma importante estratégia para a construção compartilhada das políticas e práticas de saúde, desenvolvendo ferramentas para o conjunto de usuários, trabalhadores, gestores municipais, alunos e universidades, criando espaços para o “saber fazer” das equipes. Ela possibilita que gestores e trabalhadores analisem suas próprias práticas, identifiquem limites e produzam alternativas para qualificar o cuidado.

[...] a Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, de modo que o aprender e o ensinar se incorporam no cotidiano das organizações e ao trabalho. Por conseguinte, a Educação Permanente baseia-se na *aprendizagem significativa* e na possibilidade de transformação das práticas profissionais. A Educação Permanente empreende, também, um trabalho articulado entre o sistema de saúde em suas esferas de gestão e as instituições formadoras, tanto na identificação de problemas cotidianos no processo de trabalho na saúde quanto na construção de soluções. [...] deve ser considerada uma parte constitutiva da gestão democrática, ou seja, uma estratégia para a cogestão de coletivos. (Castro, Vilar & Liberalino, 2018, p. 159, grifo do original)

A ruptura com o modelo hegemônico de formação, mesmo necessária, representa um grande desafio, tendo em vista que diversas IES ainda apresentam resistência à abertura de espaço para novos conteúdos curriculares e à adoção de metodologias que viabilizem a participação dos estudantes na construção de seu conhecimento.

Porém, um rompimento com os modos tradicionais de ensinar e de aprender, de maneira efetiva, de acordo com Batista (2013), requer antes a resignificação de educação e de saúde, em que a primeira passe a representar um instrumento de transformação social, a partir da construção de conhecimento dialógico e crítico entre professor e aluno, e a segunda passe a ser compreendida a partir de uma concepção mais abrangente, ou seja, sócio-histórico-cultural, privilegiando a integralidade do cuidado e a atuação em equipe interprofissional.

Essa nova compreensão de educação, em que o estudante é deslocado do lugar de objeto da aprendizagem para ocupar o lugar de sujeito, nos dá a noção da importância e da urgência de adotar novas práticas de ensino, buscando apoio nas metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

As metodologias ativas de ensino-aprendizagem se contrapõem às práticas pedagógicas tradicionais, na medida em que podem promover a autonomia dos estudantes, a articulação entre teoria e prática e o “mergulho na experiência” (Kastrup, 2013, p. 151). No campo da saúde elas podem favorecer a aproximação entre ensino, serviços de saúde e usuários desses serviços, orientado para um contato com o “corpo vivo”:

Em muitos cursos da área da saúde só vamos enfrentar o corpo vivo no final da graduação, por meio dos estágios supervisionados, internatos e treinamento clínico, por exemplo. Isso complica tudo porque o corpo vivo é a pessoa, que carrega uma história, dilemas, sofrimentos, alegrias, gostos, necessidades, compreensões e cultura. Tudo se complica também para o usuário porque aquele conhecimento dos primeiros anos, que está desvinculado da dinâmica das relações, organiza o olhar do estudante que, quando vai assistir, inicia por uma imagem de “dissecção” do corpo e não pela escuta ou contato com a alteridade (Carvalho & Ceccim, 2012, p. 159).

A aprendizagem precisa, então, ser significativa para favorecer a construção dos conhecimentos pelo aprendiz, baseado naquilo que já sabe, em seus conhecimentos prévios, relacionando-os “com suas ideias, inteligência, sentimentos, cultura, profissão, sociedade” (Castro et al., 2018, p. 171), com a finalidade de propiciar inovações no processo de ensino-aprendizagem.

Segundo Cyrino e Pereira (2004, p. 782) “o método ‘dos problemas’ valoriza experiências concretas e problematizadoras, com forte motivação prática e estímulo cognitivo para solicitar escolhas e soluções criativas”, estando o professor como provocador do raciocínio do aluno. Este último passa a utilizar “diferentes processos mentais (capacidade de levantar hipóteses, comparar, analisar, interpretar, avaliar), desenvolvendo capacidade de assumir responsabilidade por sua formação”.

Com o método da problematização o professor atua como facilitador ou orientador, deixa de ser o centro do processo de ensino e passa a se comportar como pesquisador, que acompanha e colabora com a relação ação-reflexão-ação transformadora, capaz de intervir na parcela da realidade.

Além de desvendar a realidade, a educação problematizadora possibilita o envolvimento ativo dos alunos e profissionais no que concerne a conhecer e esmiuçar os problemas e propor soluções para o seu próprio desenvolvimento, bem como para a melhoria da prestação dos serviços de saúde, fortalecendo a visão crítica da relação entre educação e sociedade.

A integração crescente entre as instituições de ensino e as Redes de Atenção à Saúde vem impulsionar a articulação ensino-gestão-serviço-comunidade, melhor qualificar a formação em saúde, a assistência e a gestão. Essa articulação, proporcionada pelo fortalecimento e empoderamento trazido pela EP na gestão do trabalho, para Lima e Padilha (2018, p. 120) “reside no compartilhamento de poder, na produção de coletivos democráticos e na abertura e disposição das organizações para aprender a se transformar”.

Nesse sentido, o desenvolvimento dos alunos e profissionais resultará como produto sujeitos críticos, reflexivos, autônomos e instituições compromissadas com a transformação da realidade e de suas próprias.

Por que ensinar competências narrativas na formação em saúde?

Escrever é procurar entender, é procurar reproduzir o irreproduzível, é sentir até o último fim o sentimento que permaneceria apenas vago e sufocador. Escrever é também abençoar uma vida que não foi abençoada. (Lispector, 1984, p. 191)

Embora a população já possa contar com avanços tecnológicos e terapêuticos para atender às suas demandas de saúde, não é raro escutar pacientes queixando-se de haver recebido um atendimento em saúde pouco comprometido pois, de maneira geral, as consultas são mais centradas na doença, no saber do médico ou do profissional da saúde, no resultado de exames e na medicalização do que numa relação médico-paciente estabelecida por meio de uma escuta sensível.

Grande parte das pesquisas sobre esse tema apontam que a vida em si vem sendo crescentemente medicalizada, e que médicos e medicamentos estão sendo vistos como soluções para as dificuldades humanas (Conrad, 2007).

Essa afirmativa é evidenciada em estudo desenvolvido em uma unidade infantil da rede pública de Santos (SP), cujos resultados indicaram que a medicalização da infância sofre interferência direta do capital nos domínios da vida e que os profissionais participantes do estudo (psicólogo, fonoaudiólogo, acompanhante terapêutico, assistente social e psiquiatra) mostraram-se críticos a respeito do diagnóstico do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e de seu tratamento medicamentoso (Silva et al., 2014).

As estratégias crescentes de marketing de medicamentos demonstram que as propagandas “educacionais” televisivas destacam primeiro a doença e, a partir disso, colocam o foco na venda da droga propriamente dita. Com isso, a atuação descomedida da indústria farmacêutica reflete-se na prática dos serviços de saúde, na relação médico-paciente, que comumente está influenciada por uma perspectiva médica intervencionista, por um curto tempo das consultas médicas, entre outros aspectos que distanciam o paciente do cuidado propriamente dito.

Devido a essa prática intervencionista, diversos pacientes reclamam de haver recebido um cuidado despersonalizado, baseado em pouca, quando não em nenhuma escuta. Há profissionais que, sem olhar para seus pacientes, fazem apenas um breve questionamento acerca dos sintomas apresentados, interpretam essas informações rapidamente, preenchem prontuários e receitam algum medicamento.

Em alguns casos, o paciente retorna à consulta sem ter apresentado melhoras em relação ao tratamento inicial e, novamente, o profissional indica novos exames ou procedimentos medicamentosos.

Por que não investigar os motivos da ineficácia do tratamento antes de adotar novos procedimentos? Por que não escutar o que o paciente tem a dizer, em relação à sua experiência com o adoecimento e com os problemas de identidade trazidos pela enfermidade? Por que não considerar a experiência do adoecimento e do contexto de vida desse paciente como mais um elemento norteador para o diagnóstico e para a eficácia do tratamento, a fim de superar os resultados de exames e imagens que, geralmente, levam em consideração principalmente as evidências obtidas por meio de estudos randomizados ou de corte populacional?

É pela linguagem que o homem se constitui e se humaniza. Pela palavra, ele revela toda a complexidade de seu existir, ou seja, ao contar-se o homem mostra a sua forma de pensar, agir e de ser em seus mundos. Neste trecho do texto “Notas

sobre a experiência e o saber da experiência”, Bondía (2002, p. 21) nos convida à reflexão sobre a importância e a força das palavras no cotidiano humano:

[...] as palavras determinam nosso pensamento porque não pensamos apenas com pensamentos, mas com palavras, não pensamos a partir de uma suposta genialidade ou inteligência, mas a partir de nossas palavras. E pensar não é somente “raciocinar” ou “calcular” ou “argumentar”, como nos tem sido ensinado algumas vezes, mas é, sobretudo, dar sentido ao que somos e ao que nos acontece. E isto, o sentido ou o sem sentido, é algo que tem a ver com as palavras. E, portanto, também tem a ver com as palavras o modo como nos colocamos diante de nós mesmos, diante dos outros e diante do mundo em que vivemos [...] o homem é um vivente com palavra. E isto não significa que o homem tenha a palavra ou a linguagem como uma coisa, ou uma faculdade, ou uma ferramenta, mas que o homem é a palavra, está tecido de palavras, que o modo de viver próprio desse vivente, que é o homem, se na palavra e como palavra.

Se o “homem é a palavra”, ao narrar-se ele dá acesso de si a quem o escuta. Metaforicamente, ele passa a ser um texto – porque “está tecido de palavras” – que pede atenção e cuidado para ser lido e interpretado porque se dirige a um eu que o lê ou o escuta.

A palavra, então, tem duas faces porque tem um locutor e um ouvinte, ou seja, ela é “produto da interação” e depende do outro para ser interpretada, pois é por meio da palavra que um indivíduo se define em relação ao outro. Portanto, ela “é o território comum do locutor e do interlocutor” (Bakhtin, 2009, p. 11).

Isso diz respeito também às interações entre paciente e profissional da saúde. Portanto, o trabalho com as narrativas na formação profissional em saúde não deveria ser motivo de estranhamento e resistência à inovação nos modos de ensinar e de aprender, pois é sobre a vida que elas nos falam e de um alguém que traz sua experiência construída no tempo.

Como assinalado por Benjamin (1994), todos os narradores recorrem à experiência que é passada de pessoa para pessoa e, como destacado por Ricoeur (2013, p. 36), ser afetado pelas situações e compreensão, decorrentes de um “estar no mundo”, faz com que o ser humano seja capaz de trazer a sua experiência à linguagem:

[...] o narrador figura entre os mestres e os sábios. Ele sabe dar conselhos: para alguns casos, como o provérbio, mas para muitos casos, como o sábio. Pois pode recorrer ao acervo de toda uma vida (uma vida que não inclui apenas a própria experiência, mas em grande parte a experiência alheia. O narrador assimila à sua substância mais íntima aquilo que sabe por ouvir dizer). Seu dom é poder contar sua vida; sua dignidade é contá-la inteira (Benjamin, 1994, p. 221).

As narrativas são discutidas sob a ótica da Teoria Literária como um gênero textual estruturado sob narrador, enredo, tempo, espaço e personagem (personagens), porém a cada dia elas ganham força também no âmbito da formação em saúde. Em uma compreensão ampla, narrativa é o nome dado “a um conjunto de estruturas linguísticas e psicológicas, transmitidas cultural e historicamente, delimitadas pelo nível do domínio de cada indivíduo e pela combinação de técnicas sociocomunicativas e habilidades linguísticas” (Brockmeier & Harré, 2003).

Entre os aspectos mais importantes da narrativa estão a possibilidade de construir conhecimento/saber, por meio de seu potencial ordenador de eventos, cronológica e subjetivamente. Ela permite a elaboração de relações de causalidade entre tais eventos e o estabelecimento de papéis e propósitos aos supostos agentes (Castiel, 1999). Por isso, as narrativas têm papel primordial na interação do indivíduo com sua consciência, na medida em que ele pode perceber, vivenciar e julgar suas ações e o curso de sua vida, o que possibilita um movimento de estruturação e reestruturação dessa consciência (Favoreto & Camargo, 2011).

A partir da década de 1990, Charon, Greenhalgh e Hurwitz passaram a sistematizar questões relativas às narrativas de pacientes. Em 2006, Charon criou a expressão *narrative medicine* para referir-se a uma metodologia que aposta em uma prática médica centrada no paciente, em sua escuta com atenção e empatia. Para tanto, as práticas médicas precisam incluir habilidades de reconhecimento, assimilação e interpretações das histórias de adoecimento dos pacientes (*stories of illness*) como ferramenta terapêutica (Greenhalgh & Hurwitz, 1998; Charon, 2006).

Tais estudos mostram como as narrativas podem contribuir para o tratamento de pacientes, a partir da interpretação de suas experiências com o adoecimento, da forma como lidam com esse adoecimento, de como se sentem

e das mudanças trazidas pela enfermidade, não só para esses pacientes, como também para os que fazem parte de seus contextos de vida.

Além disso, as narrativas colaboram para o desenvolvimento da empatia dos profissionais, da confiança do paciente, da compaixão pela dor e sofrimento desse paciente. Esse gênero do discurso pode também promover a reflexão dos profissionais sobre suas próprias práticas, em busca de melhores diagnósticos e abordagens (Charon, 2006).

Embora a doença seja um fenômeno biológico, uma mesma enfermidade pode ser experienciada de formas diferentes, devido à singularidade humana diante de seu sofrimento. Nessas experiências estão contidos os aspectos contextuais de história de vida mais subjetivos (sociais, culturais, emocionais, familiares e financeiros, dentre outros), que são únicos e constituem a maneira de cada um estar no mundo. O profissional necessita ter empatia e habilidade para interpretar as narrativas de seu paciente (Grossman & Cardoso, 2006).

Enfim, ninguém melhor do que o paciente para fornecer informações sobre seu próprio corpo, sobre a forma como ele lida com suas dores, suas crenças, quando os sintomas se iniciaram, em que circunstâncias, o que o faz melhorar ou piorar, ou por que ele não aderiu ao tratamento quando isso ocorre. O próprio paciente é quem melhor pode descrever situações de seu cotidiano que podem estar associadas ao surgimento ou agravamento da doença. Nesse caso, a narrativa pode representar uma nova possibilidade hermenêutica e dialógica, resultante do encontro entre profissional de saúde e paciente.

A escrita de narrativas em um contexto de formação interprofissional: problematização e reflexão a partir do campo

*Eu quase que nada não sei.
Mas desconfo de muita coisa.*
(Rosa, 2001, p.31)

Para proporcionar uma experiência que articula a produção de uma aprendizagem crítica-reflexiva e autônoma com a aprendizagem e o conhecimento a partir da prática e de diferentes saberes, a Universidade Federal de São Paulo/

Campus Baixada Santista (Unifesp-BS) utiliza as narrativas como metodologia ativa de ensino-aprendizagem, visando possibilitar aos alunos, narradores (moradores/usuários do SUS) e profissionais da saúde o desenvolvimento de processos de aprendizagem que consideram as dimensões da reflexão na ação, da reflexão sobre a ação e da reflexão sobre a reflexão na ação.

A atividade, que já vem sendo desenvolvida em determinados módulos dos cursos de psicologia e terapia ocupacional da Unifesp-BS, a exemplo do eixo comum denominado Trabalho em Saúde, tem sido utilizada como instrumento de avaliação em substituição às práticas tradicionais, ou seja, “como uma resistência com relação a certos modos de transmitir conhecimentos calcados na cisão entre sujeito e contexto sociocultural, arte e vida” (Imbrizi et al., 2018 p. 7).

Os encontros realizados nos serviços de saúde pelos alunos, supervisionados pelos docentes e acompanhados pelos profissionais da unidade de serviço, surgem como espaços formativos para o desenvolvimento de um novo profissional de saúde, comprometido e empático, características fundamentais para a base da integração ensino-gestão-serviço-comunidade, consolidação e fortalecimento do SUS. Há que romper com estruturas estagnadas e modelos de ensino que distanciam a prática e o saber que ainda se encontram centrados na passividade do aluno para a obtenção de conhecimentos, na transmissão de informações de disciplinas exageradamente “conteudistas”, distantes do contexto real de trabalho.

Na esteira da aprendizagem significativa em que se baseia a EIP, o aluno, ao registrar a narrativa dos usuários dos serviços de saúde, anota problemas ou situações desse cotidiano que podem gerar dúvidas, fragilidades ou dificuldades intelectuais, entre outras questões, levando-os a problematizar os conflitos que emergem desses encontros.

Em 2014 foi realizada uma pesquisa de mestrado intitulada: A formação interprofissional em saúde e o processo de produção de narrativas: construindo caminhos de aprendizagem (Oliveira, 2014), que tinha como objetivo geral descrever e analisar o percurso feito pelos estudantes do 2º ano de graduação dos cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional da Unifesp-BS para produzirem narrativas de histórias de vida.

Essa estratégia, desenvolvida pelo eixo Trabalho em Saúde, no módulo Prática Clínica Integrada: análise de demandas e necessidades, propunha o

desenvolvimento de uma atividade de escrita em duplas interprofissionais de estudantes, a partir da escuta de história de vida de moradores de regiões de maior vulnerabilidade social da cidade de Santos (SP): Centro, Morro e Zona Noroeste.

Visando à coleta do maior número possível de informações sobre o processo de produção de narrativas, as entrevistas foram realizadas durante um semestre letivo, com 18 estudantes, em três etapas: a primeira, no início do módulo, com o objetivo de coletar dados sobre conhecimentos prévios de narrativas em saúde e sobre as dificuldades que os estudantes pressupunham encontrar para a escrita desse gênero textual. A segunda, após a supervisão feita em sala de aula com os docentes, no sentido de obter informações sobre o processo de escrita e as dificuldades e facilidades encontradas na prática. A terceira, ao final da elaboração da narrativa, para obter informações sobre a contribuição dessa produção textual para a vida dos estudantes (Oliveira, 2014).

Os resultados foram analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo, modalidade análise temática (Bardin, 2011), permitindo a criação de três grandes temas:

1. Dificuldades e facilidades encontradas no processo de produção de narrativas.
2. A produção de narrativas no contexto interprofissional.
3. Impactos da experiência de produção de narrativas para os estudantes (Oliveira, 2014).

Para este capítulo, escolhemos apresentar os resultados da categoria 3, pois a partir mais especificamente dela, evidenciou-se como a construção conjunta de narrativas mostrou-se favorável ao desenvolvimento de habilidades essenciais para a atuação em equipe, como saber escutar, dialogar, negociar procedimentos, tomar decisões, reconhecer os limites próprios de cada profissão, respeitar as diferenças. Além disso, essa metodologia foi capaz de permitir ao estudante uma reflexão sobre si, sobre o outro e sobre seu processo formativo, colocando-o no centro da construção do conhecimento de forma criativa (Oliveira et al., 2016a; Oliveira et al., 2016b).

Na atividade de escrita de narrativas, os graduandos são expostos a um espaço físico que difere de seus contextos de vida e de relações pessoais a que estão habituados (família, amigos ou vizinhos, dentre outras). Eles saem da segurança de

um lugar que já lhes é familiar para encontrar-se com o inusitado, o surpreendente. A novidade poderia ser o fato de o aluno não saber lidar com situações de extrema pobreza material; o receio de entrar na casa do narrador; de conhecer a realidade dura de quem vive em palafitas ou em cortiços; de não saber iniciar uma conversa; de não saber o que fazer quando a emoção toma conta de si, do colega de dupla e/ou do seu (sua) narrador(a), ou até mesmo quando o silêncio se torna perturbador.

Deve-se levar em consideração que esses estudantes acabavam de ingressar na universidade (encontravam-se no 2º ano da graduação), tinham idade entre 19 e 31 anos em sua grande maioria (96,6%) e eram provenientes de condições de vida diferentes daquelas que encontravam nas visitas. Um aluno de educação física aponta essas diferenças:

[...] eu acho que o contato com outra pessoa... com o indivíduo foi o que mais mexeu comigo... porque é uma realidade totalmente diferente da minha... a que a munícipe vivia... até a idade também... porque ela é bem idosa... os valores que ela tinha são diferentes dos meus [...] no começo... foi meio estranho eu conviver com essas diferenças.

A perplexidade em relação à pobreza e à felicidade, por exemplo, pode ser observada nas palavras de um aluno de serviço social:

[...] eu fiquei muito chocada... o local era muito insalubre... então vem também aquela parte da gente, não sei se te dizer se preconceituosa... não foi preconceito... foi não aceitar que um ser humano ainda viva morando nessas condições... malcheiroso... imundo... então eu ficava imaginando a pessoa acordar... dormir naquele local... e crianças muito felizes, sabe? Correndo... jogando bola e eu com medo de elas caírem dentro do rio lá! E elas lá todas felizes e aquilo me tocou mais ainda [...].

O estranhamento também pode advir da própria atividade de escrita, ou seja, de não ser fiel aos relatos do(a) narrador(a) no momento da escrita, de não ser imparcial, de expor informações indevidas ou até mesmo de não conseguir entrar em acordo com o(a) colega da dupla.

Para Kastrup (2001), a aprendizagem é experiência de problematização, porém esta última difere da experiência de reconhecimento porque envolve uma

síntese convergente das faculdades, ou seja, ocorre uma associação entre sensação e memória. Essa síntese apenas proporciona o reconhecimento de tudo aquilo que já é familiar: pessoas, lugares, situações, objetos e outros. Aprender, então, não é um ato de adaptação, apenas, a um meio ambiente dado ou a um meio ambiente físico absoluto, mas é um ato que compreende a criação do próprio mundo.

Nos encontros com os usuários dos serviços de saúde, os alunos pareciam não encontrar um elemento de comparação anterior a essa experiência para que se sentissem seguros e retornassem ao seu mundo familiar. Mas quando regressavam, não eram mais os mesmos, porque enxergavam o que lhes era habitual de maneira nova, ou seja, problematizada. Esse encontro com as diferenças os levou à reflexão, ao questionamento e à consequente busca de sentidos.

O trabalho com as narrativas está permeado por uma dimensão estética (Kastrup, 2010) na medida em que não é facilmente esquecida pelos estudantes, pois os encontros marcam suas vidas, de um modo geral. Essa experiência envolve as dimensões intelectual, emocional e prática, pois é atravessada por sensações não só de prazer, mas também de dor. Um estudante de fisioterapia, que já se encontrava na fase final do processo de escrita da narrativa, nos deu a noção do quanto a experiência foi inesquecível:

Ah, eu acho que a narrativa dá no início aquele choque... aquele medo de você lidar com uma pessoa e aprender a ouvir..., é aquele choque... aquela vergonha de não saber o que perguntar pra pessoa... mas depois é uma experiência que todos deveriam passar... porque é muito gratificante você conseguir ouvir uma pessoa e [...] depois ela se emocionar e retribuir a você por ter só escutado ela, sabe? A gente não fazia NADA praticamente... a gente estava lá pra escutar ela e o gesto de amor dela com a gente dava pra ver [...] então foi muito gratificante fazer esse trabalho... foi bem legal.

Ainda que a experiência estética seja sempre associada à Arte, ela também emerge da vida cotidiana, porque é uma experiência emocional que provoca marcas e promove a reflexão, como um *breakdown*, porque provoca uma quebra no fluxo cognitivo habitual (Kastrup, 2010)

Essas experiências foram estimuladoras do desenvolvimento de habilidades essenciais para o trabalho em equipe, como o reconhecimento dos limites próprios de atuação profissional e a possibilidade de aprendizagem conjunta como facilitadora da troca de saberes e da agregação de novos conhecimentos. O depoimento de uma estudante do curso de terapia ocupacional é revelador:

[...] creio eu que quando eu sair da faculdade eu não vou trabalhar sozinha... então eu preciso ter esse contato com os outros cursos... outras pessoas. [...] porque muitas vezes as duplas são formadas não com pessoas do nosso cotidiano assim... eu não converso tanto com a pessoa... mas na sala de aula ela é a minha dupla... então a gente vai aprendendo a respeitar o espaço do outro... saber mesmo no que atua... porque muitas vezes a gente pensa “Ah...Nutrição...é só passar cardápio e acabou” e não é assim... entendeu? [...].

Essa estratégia também orientou os estudantes para a superação das diferenças existentes entre as duplas, por meio do respeito mútuo. Constituir dupla com um amigo facilitou claramente o trabalho a ser desenvolvido, porém quando isso não acontecia, eles aprenderam a lidar com as dificuldades relacionais, conforme relatado por um aluno de educação física:

[...] tanto eu quanto meu outro parceiro também a gente tinha diferenças, aí eu achei importante porque no futuro, como profissional... a gente tem que saber entender essas diferenças e compreender todos os aspectos sociais...culturais e políticos para juntar com aspectos biológicos do paciente... né? Do indivíduo que a gente vai trabalhar [...].

Os relatos dos alunos de nutrição apontam que a escrita da narrativa ajuda a despertar a consciência de que características individuais – como ser paciente, saber escutar, estar aberto às opiniões do outro e saber ceder – são essenciais para que o estudante reconheça no colega de dupla um parceiro no momento de construção do conhecimento. Ao tomar essa consciência, os graduandos já vão aprendendo a lidar também com sentimentos de competição, além das diferenças:

[...] você tem que assim... tá aberto... sabe? Pra opinião do dupla, né? [...] e tentar achar um ponto comum... sabe? Que às vezes você tem uma ideia, a pessoa tem outra... mas se tiver paciência, parar... escutar... dá pra achar um ponto comum que fica bom para as duas pessoas... [...] cada um escreve de uma forma... mas deu tudo certo.

Como experiência estética, a atividade de escrita de narrativas favoreceu a transformação dos participantes durante os encontros dialógicos. A escuta foi indicada pelos alunos entrevistados como uma das aprendizagens mais significativas desenvolvidas durante o processo de produção de narrativas (Oliveira *et al.*, 2016b). De fato, a atividade proposta pelo módulo tem como alicerce o desenvolvimento da habilidade de escutar com atenção, conforme enfatiza um aluno de educação física: “[...] eu acho que o principal objetivo da narrativa é você escutar e entender o contexto... porque para mim o que ficou foi isso, que a narrativa...ela serve pra você entender o contexto que a pessoa vive [...]”.

Estar aberto atentamente ao que o outro tem a dizer, na formação em saúde, significa compreender o ser humano em um contexto mais amplo. A valorização do contexto de vida dos moradores para a compreensão de suas necessidades de saúde exprime a relevância de estar atento não só aos sinais da enfermidade, mas também à sua relação com o mundo que os cerca, às suas crenças e valores. O estudante de psicologia enfatizou essa importância, visando ultrapassar os limites de uma atenção fragmentada, na qual a cura do corpo está separada das questões subjetivas dos pacientes:

[...] não cair nesse reducionismo da doença... né? De enxergar no indivíduo só a doença do indivíduo... analisar o conjunto de crenças... emoções...valores dele... respeitar isso também e ... de certo modo... tem influência também das emoções ali na doença [...] o indivíduo... ele é a história dele... né? Ele é aquilo que foi marcado nele pelo tempo... né? Então é importante ver esse lado também.

A estimulação da habilidade de escuta na formação interprofissional em Saúde

A palavra é uma espécie de ponte lançada entre mim e os outros.
(Bakhtin, 2009, p. 117)

A escrita de narrativas tem como elemento central a escuta sensível, pois trata-se de uma atividade construída a partir de encontros dialógicos, mediados pela linguagem (verbal e não verbal) de diversos atores envolvidos.

A escuta sensível caracteriza-se por um escutar-ver que se apoia na empatia, na totalidade comunicativa da pessoa e na integração de todos os sentidos, na suspensão de julgamentos e na total disponibilidade para a fala do outro, para os seus gestos e diferenças (Barbier, 2002; Freire, 1996).

Segundo Barbier (2002), a escuta sensível no âmbito da educação em saúde envolve direção (da cura ou alívio do sofrimento), significação (significado da enfermidade para o doente e também de sua vida, ao sentir que ela se esvai) e sensação (que envolve a relação do doente com seu corpo e com o seu sofrimento).

Essas dimensões da escuta possibilitaram aos graduandos ter noções de valorização do contexto de vida de pacientes como elemento complementar para o diagnóstico de doenças e como forma de compreendê-los em sua integralidade, como possibilidade de rompimento de preconceitos e paradigmas, de estabelecimento do vínculo terapêutico. Além disso, despertaram a consciência de uma oferta de atendimento em saúde mais personalizado.

O depoimento do estudante de serviço social enfatizou a importância de ultrapassar os limites de uma atenção em saúde que separa o corpo do paciente de suas questões subjetivas:

[...] suprime o julgamento que a gente pode ter diante de uma determinada situação... você aprende quando você... vê a situação a partir do contexto geral... histórico... socioeconômico e cultural e ... que a pessoa está inserida [...] acho que foi muito interessante nesse aspecto de escuta sensível... de se aproximar da situação como um todo [...].

Neste trecho da entrevista da aluna de psicologia observa-se o rompimento de preconceitos, quando ela percebe que um paciente do Núcleo de Apoio Psicossocial de Santos-SP (Naps) está tão inserido em um contexto social, político, cultural e histórico quanto ela. A doença desse paciente não o impedia de ser afetado pelas transformações do mundo tecnológico nem o isolava desse mesmo mundo:

[...] poxa vida... eu tenho tanto preconceito..., mas eu que não sou a mocinha da história... Né? Então... por exemplo... a questão do gravador... eu tentei demovê-lo da ideia... falei que não era o propósito... expliquei para ele tudo... e ele falou que fazia questão... que ele queria demais... que a gente não perdesse nada... e eu falei “e a gente nem veio preparado para isso... eu não tenho como fazer”... e ele falou “como não tem como fazer? Você não tem celular? Hoje em dia ... qualquer celular grava”... aí eu fiquei MORRENDO de vergonha... sabe? Eu falei: “Deus... é verdade... ele está neste mundo como eu... ele sabe que as coisas existem” ... né? Então foi a primeira paulada [...].

Depois dessa atividade, os graduandos denotaram maior compreensão da importância da escuta para a criação do vínculo terapêutico entre profissionais da saúde e pacientes. Este recorte do discurso do aluno de fisioterapia mostra que a escuta pode ser o lugar em que reside a confiança cultivada entre o profissional da saúde e o paciente: “[...] fisioterapeuta tem que escutar o paciente... tem que saber para depois aplicar o exercício e não ir só pelos livros... acho que isso também... [...] a pessoa ela precisa confiar em você... se a pessoa não confiar... acho que o tratamento não vai ser bom... não vai ser como a pessoa espera [...]”.

Uma das mais significativas características do processo de escrita de narrativas é a interação, na medida em que o cuidado oferecido se faz na troca que, por sua vez, está mediada pela linguagem, pelo agenciamento das relações e pela escuta sensível. Logo, o ouvinte é inevitavelmente afetado, levado à reflexão de si e de seu narrador, que se transforma à medida que se narra. Quem acompanha a reinvenção da identidade narrativa do outro, por um escutar multissensorial, participa de uma transformação mútua quando está aberto para essa experiência.

Alguns estudantes chegaram desconfiados à primeira entrevista, às vezes fechados para a experiência da aprendizagem inventiva. Mas, ao final, eles tinham

sido visivelmente tocados pelos encontros, transformados por uma prática plena de incertezas, construída à medida que eram sendo vivenciadas na interação, ainda que muito se tivesse planejado até chegar ao trabalho de campo. O fato é que, como ressalta Barbier (2002, p. 3), a “escuta sensível aceita surpreender-se pelo desconhecido que, incessantemente, anima a vida”.

Reinventar-se pode ser um processo desconfortável, provocar angústia, incertezas, levar à autorreflexão, exigir que se fale de um novo lugar que necessita ser construído aos poucos. O processo de transformação, relatado pelos estudantes durante a atividade proposta pelo eixo Trabalho em Saúde, ocorre por meio de uma aprendizagem que, em sua dinâmica inventiva e estética, desestrutura e surpreende. A declaração do aluno de psicologia ilustra bem o processo de reflexão sobre si:

[...] eu não esperava ter encontrado tantas coisas que surtiram efeito em mim... né? Quando você fala de fazer a narrativa de alguém... parece que você fica mais como ouvinte e depois vai transcrever isso sem se envolver..., mas... assim... eu... pessoalmente... acho que tive um crescimento muito grande... e de uma maneira bem dolorosa... né? Porque eu nunca quis e continuo não querendo trabalhar no Naps... apesar de fazer psicologia... eu nunca quis saúde mental... e aí eu percebi que eu tinha uma visão estereotipada do doente mental [...] e aí isso me dá a medida do quanto eu sou arrogante... o quanto eu me acho melhor... e não é bom você se deparar com isso, né? [...].

O aluno do curso de psicologia se reconhece “outro”, em “um crescimento muito grande”, ao dar-se conta de que “realidades diferentes” existem e que o preconceito não será a saída para aprender a trabalhar com essas realidades:

[...] você perceber que tinha tanto preconceito... que você era tão ignorante acerca do assunto... e refletir sobre isso e tentar ter uma visão diferenciada... e transpor isso para outros lugares... porque por mais que eu não queira trabalhar com saúde mental... vou ser um profissional de saúde e eu vou lidar com realidades diferentes da minha... e a minha não é o melhor padrão... então... de repente... né? [...]. Foi um crescimento muito grande... eu achei uma experiência muito rica [...].

Encerrando essas discussões, fica aqui uma belíssima reflexão do educador brasileiro, Paulo Freire (1996, p. 134), segundo o qual o conhecimento de si mesmo passa antes pela superação de diferenças:

[...] é na minha disponibilidade permanente à vida a que me entrego de corpo inteiro, pensar crítico, emoção, curiosidade, desejo, que vou aprendendo a ser eu mesmo em minha relação com o contrário de mim. E quanto mais me dou à experiência de lidar sem medo, sem preconceito, com as diferenças, tanto melhor me conheço e construo meu perfil.

O trabalho de escrita de narrativas desenvolvido no eixo Trabalho em Saúde deixa muitas lições sobre uma aprendizagem permeada pelas relações entre serviço de saúde/docentes, professores/alunos, alunos/alunos, alunos/serviços de saúde e alunos/municípios. Trata-se de uma atividade hermenêutica, na medida em que permite aos alunos uma aprendizagem acerca do outro, de suas necessidades de saúde, a fim de oferecer-lhe cuidado em saúde integral, maior compreensão de si mesmos e dos aspectos que envolvem sua atuação como futuro profissional da saúde.

Para finalizar...

*O real não está na saída nem na chegada:
ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.*
(Rosa, 2001, p. 80)

A atividade de escrita conjunta de narrativas na formação interprofissional em saúde mostrou-se uma experiência criativa, crítica, reflexiva e inovadora para o ensino das Ciências da Saúde, na medida em que tem sido uma prática transformadora para os educadores, estudantes, serviços de saúde e comunidade.

No contexto de formação apresentado, essa atividade pode ser considerada uma possibilidade a mais de contraposição às práticas pedagógicas tradicionais, pois ao colocar o aluno em contato com experiências concretas e problemas que emergem do campo, ele passa a desenvolver uma visão mais comprometida com os seus processos de aprendizagem e com a sociedade.

Essa ação educativa também se mostrou promotora de metamorfoses na subjetividade de todos os envolvidos, em particular nos estudantes, que ao serem expostos à escuta da história de vida dos moradores, a um território totalmente diferente daquele a que estavam habituados e às relações com colegas e serviços de saúde, aprenderam muito a respeito de si mesmos a partir da palavra do outro.

Referências

- Bakhtin, M. (2009). *Marxismo e filosofia da linguagem*. São Paulo: Hucitec.
- Barbier, R. (2002). *Escuta sensível na formação de profissionais da saúde*. In Anais. Conferência na Escola Superior de Ciência da Saúde. Brasília: Fepecs ses-gdf, pp. 1-17.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. (2011). São Paulo: Edições 70.
- Batista, N. A. (2013). A educação interprofissional na formação em saúde. In: Capozollo, A., Casetto, S.J. & Henz, A. (orgs.). *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec, pp. 59-67.
- Benjamin, W. (1994). O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. São Paulo: Brasiliense, pp. 197-221.
- Bondía, J. L. (2002). Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*, 19, pp. 20-28.
- Brasil. *Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área de saúde*. (2001) Brasília, DF: Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Recuperado em 30 de julho, 2020, <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>.
- Brasil. *Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em medicina*. (2014). Brasília, DF: Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Recuperado em 30 de julho, 2020, <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>.
- Brasil. *Resolução no. 569*, de 8 de dezembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Recuperado em 7 de agosto, 2020, <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>.
- Brockmeier, J., & Harré, R. (2003). Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(3), pp.525-535.
- Carvalho, Y. M., & Ceccim, R. B. (2012). Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In G.W.S. Campos, et al. (org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, pp. 137-170.
- Castiel, L. D. (1999). *A medida do possível: saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Livraria Fiocruz.
- Castro, J. L., Vilar, R. L. A., & Liberalino, F. N. (2018). *Gestão do trabalho e da educação na saúde*. Rio Grande do Norte: EDUFRRN.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), pp. 1400-1410.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Cyrino, G. E., & Pereira, M. L. T. (2004). Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(3), pp. 780-788.
- Favoreto, C. A. O., & Camargo Jr., K. R. de. (2011) A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 15(37), pp. 473-483.
- Feuerwerker, L. (2003). Educação dos profissionais em saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista da Abeno*, 3(1), pp. 24-27.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz & Terra.
- Freire, P. (2005). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz & Terra.
- Gomes, M. P. C., Ribeiro, V. M. B., Monteiro, D. M., Leher, E. M. T., & Louzada, R. C. R.

- (2010). O uso de metodologias ativas no ensino de graduação nas ciências sociais e da saúde – avaliação dos estudantes. *Ciência & Educação*, 16(1), pp. 181-198.
- González, A. D., & Almeida, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20(2), pp. 551-570, 2010.
- Greenhalgh, T., & Hurwitz, B. (1999). Why study narrative? *THE BMJ*, 318, pp. 48-50.
- Grossman, E., & Cardoso, M.H.C.A. (2006). As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(1).
- Imbrizi, J. M., Kinker, F. S., Azevedo, A. B., & Jurdi, A. P. S. (2018). Narrativas de vida como estratégia de ensino-aprendizagem na formação em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(66), pp. 928-938.
- Kastrup, V. (2001). Aprendizagem, arte e invenção. *Psicologia em estudo*, 6(1), pp. 17-27.
- Kastrup, V. (2010). Experiência estética para uma aprendizagem inventiva: notas sobre a acessibilidade de pessoas cegas a museus. *Informática na Educação: teoria & prática*, 13(2), pp. 38-44.
- Kastrup, V. (2013). Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais em saúde. In A. A. Capozollo, S. J. Casetto, A. O. Henz (org.). *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec, pp. 151-162.
- Lima, V. V., & Padilha, R. Q. (2018). *Reflexões e inovações na educação de profissionais de saúde*. v.1. Rio de Janeiro: Atheneu, pp. 326-332.
- Lispector, C. (1984). *A descoberta do mundo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira,
- Lopes, S. R. S., Piovesan, E. T. A., Melo, L. O., & Pereira, M. F. (2007). Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 18(2), pp. 147-155.
- Oliveira, C. M. (2014). *A formação interprofissional em saúde e o processo de produção de narrativas: construindo caminhos de aprendizagem*. Dissertação de Mestrado Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil.
- Oliveira, C. M., Batista, N. A., Batista, S. H. S. S., & Uchôa-Figueiredo, L. R. (2016a). A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(59), pp. 1005-1014.
- Oliveira, C. M., Jesus, P., Junqueira, V., & Uchôa-Figueiredo, L. R. (2016b). Histórias de vida e compreensão empática: uma pesquisa qualitativa sobre a estimulação da competência narrativa em estudantes de saúde. *Ciência & Educação*, 22(4), pp. 975-991.
- Ricoeur, P. (2013). *Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação*. Portugal: Edições 70.
- Rosa, J. G. (2001). *Grande sertão: veredas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Silva, M. J., Casetto, S. J., & Henz, A. O. (2014). *O uso do cloridrato de metilfenidato em unidade infantil da rede pública de Santos: remediando a desmedida?* Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo campus Baixada Santista, Santos, SP, Brasil.

07 DESENVOLVIMENTO DA DOCÊNCIA PARA A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE

Patrícia Rios Poletto¹
Carla Cilene Baptista da Silva¹
Sylvia Helena Souza da Silva Batista¹

A responsabilidade ética, política e profissional do ensinante lhe coloca o dever de se preparar, de se capacitar, de se formar antes mesmo de iniciar sua atividade docente. Sua experiência docente, se bem percebida e bem vivida, vai deixando claro que ela requer uma formação permanente do ensinante. Formação que se funda na análise crítica de sua prática.

Partamos da experiência de aprender, de conhecer, por parte de quem se prepara para a tarefa docente, que envolve necessariamente estudar [...] insistindo em que há sempre algo diferente a fazer na nossa cotidianidade educativa, quer dela participemos como aprendizes, e portanto ensinantes, ou como ensinantes e, por isso, aprendizes também.

Paulo Freire

O objetivo deste capítulo é trazer elementos para a reflexão sobre os programas de desenvolvimento docente e sua relação com a educação interprofissional em saúde. Essa reflexão é importante para a construção de estratégias de consolidação da educação interprofissional e das práticas colaborativas.

Não basta apenas ter domínio da teoria e saber ser professor. É necessário que o professor universitário tenha algo mais contundente na relação de pessoa a pessoa estabelecendo um vínculo que ultrapasse os limites da relação pedagógica e alcance uma dimensão humana: pessoa a pessoa.

Diante de todos esses elementos e adentrando na docência na área da saúde, deparamos com a teoria do “nativo *versus* estrangeiro” apresentada por Batista e Batista (2019). O docente da área da saúde foi formado para atuar em território específico da saúde, o que faz (ou já fez) com propriedade e confiança. Porém, os profissionais da saúde não foram formados para a docência e por isso acabam sendo estrangeiros nela, visto que desconhecem os temas específicos da educação,

¹ Universidade Federal de São Paulo – Instituto Saúde e Sociedade, campus Baixada Santista, Santos – SP – Brasil, e-mail: patricia.poletto@unifesp.br, carla.silva@unifesp.br, sylvia.batista@unifesp.br

do ensino (Batista & Batista, 2019). Essa dualidade tem contribuído para a criação do mito da “história natural da docência em saúde”, ou seja, de que uma boa prática profissional específica seja garantia para uma boa docência, o que leva os docentes a reproduzirem modelos por meio dos quais foram ensinados, aprendendo a ser docentes de forma intuitiva, autodidata (Pimenta & Anastasiou, 2014).

Porém, as evidências têm cada vez mais deixado claro que isso não é suficiente para que o profissional de saúde se torne professor, pois há necessidade de incorporação dos saberes da docência, ou seja, os saberes das áreas de conhecimento, os saberes pedagógicos, os saberes didáticos e os saberes da experiência (Pimenta & Anastasiou, 2014), e já que o profissional de saúde não se forma professor, mas sim se torna professor, são necessários programas e ações que tragam esses novos saberes.

Assim, programas de desenvolvimento docente são fundamentais. De acordo com Steinert (2014), o desenvolvimento docente pode ser definido como o conjunto de atividades que os professores realizam para aprimorar seus conhecimentos, habilidades e comportamentos como educadores tanto em ambientes individuais quanto de grupo.

Nesse contexto, tem havido debate sobre a melhor maneira de denominar tais programas, contrapondo os de *formação* docente e os programas de *desenvolvimento* docente. Diversos autores têm defendido o termo “desenvolvimento” associado ao processo de constituição do sujeito, um vir a ser, se transformar ao longo do tempo ou a partir de movimento de dentro para fora que aparece em oposição à “formação”, cujo sentido versa sobre dar forma a algo ou alguém, movimento de fora para dentro (Fiorentini & Crecci, 2013; Pimenta & Anastasiou, 2014). É com essa perspectiva que assumimos as expressões desenvolvimento da docência e desenvolvimento docente como expressões equivalentes.

A implementação e a sustentabilidade dos programas de desenvolvimento docente (PDD) têm sido o grande desafio, deparando com inúmeras barreiras como adesão *versus* resistência à regulação das políticas educacionais, limitações de tempo, falta de apoio institucional, baixo prestígio do ensino, descontinuidade dos programas, condescendência e defensividade, elitismo acadêmico, formação em silos (Oliveira Júnior et al., 2018; Vasconcellos & Sordi, 2016; Hall & Zierler, 2014).

Cunha (2008) aponta que a mera existência de espaços para desenvolvimento da docência não garante que se tornem o lugar de desenvolvimento da docência.

Para um “*espaço*” se tornar “*lugar*” ele precisa adquirir significado. O que transforma “*espaço*” em “*lugar*” é a dimensão humana do processo. Quando dizemos que “esse é o lugar de” extrapolamos a condição de espaço e atribuímos sentido cultural e de pertença (Cunha, 2008).

Então, para a consolidação dos programas de desenvolvimento docente demanda-se imersão no cotidiano; reflexão sobre as práticas; troca de saberes e vivências; (re)elaboração das ações; estudo crítico dos pressupostos educacionais; investigação do próprio fazer; produção de conhecimento (Batista & Batista, 2019). E para esses programas se sustentarem ao longo do tempo ainda é necessário que se tenha uma política institucional bem organizada, recursos orçamentários, incentivos institucionais para a inserção dos docentes e mecanismos de avaliação e socialização das experiências formativas (Oliveira Júnior et al., 2018).

Esses programas podem oferecer aos docentes conhecimentos e habilidades sobre o processo ensino-aprendizagem, desenho curricular, avaliação da aprendizagem, avaliação de programas, liderança e administração; reforço ou alteração de atitudes e crenças; revisão de responsabilidades; base conceitual para o que é intuitivo; inserção em uma comunidade com os mesmo objetivos; ajuda para apoiar mudanças curriculares; aprimoramento das competências para ensinar; mudanças nas práticas de ensino; oferta de base conceitual para o trabalho do docente; desencadeamento de mudanças institucionais, e, finalmente, impacto na aprendizagem do aluno (Steinert, 2014; Steinert et al., 2012).

Hall e Zierler (2014), em estudo piloto de um programa de desenvolvimento docente, indicam como fator de sucesso a comunidade criada entre os participantes do programa fornecendo substrato para a aprendizagem por pares e a colaboração interprofissional contínua estendendo-se além do fim do programa. O’Sullivan e Irby (2011) observam que essas comunidades são produtos importantes dos esforços do corpo docente e são um reflexo dos participantes, programas, conteúdo, facilitadores e contexto das atividades.

Programa de desenvolvimento da docência e educação interprofissional

O desenvolvimento do corpo docente tem sido identificado como fator chave para o êxito de iniciativas de educação interprofissional (EIP) com foco

no desenvolvimento de habilidades de colaboração interprofissional (Hall & Zierler, 2014). Programas de desenvolvimento da docência nos quais os professores de diferentes profissões da saúde aprendem juntos sobre métodos de ensino e conteúdo de EIP são fundamentais para o sucesso das iniciativas de EIP (Steinert, 2005).

Reeves (2016) acrescenta que o desenvolvimento da docência é fundamental para a EIP, pois para a maioria dos docentes oferecer atividades que criem oportunidade de os estudantes aprenderem um assunto uns com os outros, aprenderem sobre os outros e a partir da aprendizagem do outro é uma experiência complexa. O desenvolvimento do corpo docente pode reduzir sentimentos de isolamento, proporcionando uma perspectiva mais colaborativa e compartilhada de conhecimento, experiência e ideias.

Batista e Batista (2016) apontam que um dos desafios da atuação do docente na EIP é a ampliação da competência como mediador. Essa competência abrange um conjunto de dimensões que vão desde as experiências prévias, passam pelas intenções do trabalho em colaboração interprofissional, envolvem a flexibilidade e a criatividade para vivenciar as situações compartilhadas com os/as estudantes, até o envolvimento e compromisso docente com a EIP.

O desenvolvimento da docência para a EIP é uma oportunidade para o corpo docente experimentar e entender os processos de aprendizagem e prática interprofissional, compreendendo o trabalho e os valores dos colegas de outras profissões (Anderson et al., 2014). Um papel importante do desenvolvimento docente inclui um trabalho crítico e reflexivo para apreciar as características dos grupos mistos de estudantes e para possibilitar aos educadores repertórios epistemológicos e metodológicos necessários para apoiar os alunos a aprender sobre, aprender um com o outro e aprender a partir do outro (Anderson et al., 2014).

O programa deve ser constituído sob a ótica da EIP, isto é, precisa ter a perspectiva da colaboração, ter significado, ser interativo, ser produtor de saberes compartilhados, ser transformador (Batista & Batista, 2016). Assim, tais programas necessitam de planejamento e execução para a EIP assegurar o comprometimento institucional; ter clareza sobre os objetivos do programa;

criar uma estrutura adequada à realidade dos participantes; privilegiar o aprendizado por experiências; garantir tempo para reflexão; utilizar barreiras ou dificuldades para crescimento do grupo de docentes; utilizar recursos e material já produzido por outras instituições; avaliar resultados durante o processo; ter apoio de organizações mais experientes; identificar estratégias de ampliar o programa (Hall & Zierler, 2014).

Inicialmente se ressalta que os programas de desenvolvimento da docência devem favorecer o fortalecimento das parcerias com os serviços parceiros (Anderson et al., 2014). Temos diversas recomendações para o sucesso dos programas de desenvolvimento da docência: compromisso dos principais líderes institucionais; lideranças colaborativas que reflitam a tomada de decisão compartilhada dos docentes; clareza sobre os objetivos do programa e das atividades propostas; atualização contínua sobre o tema de desenvolvimento docente relacionado à área da saúde; criação de estrutura de desenvolvimento docente compatível com o contexto; foco na aprendizagem pela experiência; garantia de espaço/tempo para a reflexão; utilização das barreiras/falhas como oportunidades de aprimoramento da EIP; mensuração contínua dos resultados para aprimoramento do programa; exposição dos participantes a uma ampla variedade de teorias educacionais aplicáveis à EIP e incentivá-los a usá-las para alcançar uma aprendizagem interprofissional efetiva (Anderson et al., 2014; Hall & Zierler, 2014).

Hall e Ziegler (2014) destacam que duas características são fundamentais para o sucesso de programas de desenvolvimento docente para a EIP: autenticidade (no sentido de estar no contexto real de atuação do corpo docente) e personalização (no sentido de serem adaptados às preferências ou necessidades dos docentes).

Cabe ainda apresentar o trabalho de Steinert (2005), que nos traz sete recomendações de forma sistematizada que nos auxiliam como um roteiro norteador na constituição de programas de desenvolvimento da docência na EIP: elas podem ser vistas no Quadro 1.

Quadro 1. Recomendações para o desenvolvimento da docência na EIP.

<p>1. Promover transformações níveis individual e organizacional:</p> <p>ÂMBITO INDIVIDUAL = eliminar crenças e atitudes que podem impedir a EIP; construir conhecimentos sobre ensino, aprendizagem e prática interprofissionais; desenvolver competências para o ensino, o planejamento curricular e o trabalho interprofissional.</p> <p>ÂMBITO ORGANIZACIONAL = criar oportunidades para o aprendizado compartilhado; empoderar grupos e dar reconhecimento para as práticas colaborativas; focar das barreiras sistêmicas que podem impedir a EIP.</p>
<p>2. Ser direcionado a todos os atores envolvidos:</p> <p>Docentes, discentes, usuários, profissionais de saúde, gestores das instituições de educação e de saúde etc.</p>
<p>3. Abranger, dentre outras, três áreas principais:</p> <p>a) Educação e trabalho interprofissional em saúde = o que é EIP; importância da EIP; evidências da EIP; barreiras que se impõem à sua implementação; modelos de EIP; estratégias de promoção da EIP e da atenção centrada na pessoa; trabalho em equipe e colaboração.</p> <p>b) Ensino e aprendizagem = planejamento curricular; fundamentação teórica; metodologias ativas; metodologias problematizadoras; estratégias de ensino-aprendizagem; avaliação.</p> <p>c) Liderança e transformação institucional = liderança e habilidades gerenciais; comportamento, estrutura e comportamento institucional; planejamento e desenvolvimento organizacional; gerenciamento de conflitos; negociação.</p>
<p>4. Acontecer em diversos contextos e utilizando múltiplos formatos e estratégias:</p> <p>Contextos = universidade, serviços de saúde, comunidade.</p> <p>Formatos = oficinas, seminários e encontros de curta duração, programas de longa duração, peer coaching, aprendizagem autodirigida, clinical teaching rounds.</p> <p>Estratégias = análise de experiências exitosas, estudos de caso, atividades colaborativas cooperativas, estudo sobre as diferentes profissões da saúde, reflexão sobre as experiências reais dos docentes, treinamento em técnicas específicas.</p>
<p>5. Manter os princípios da educação e do trabalho interprofissional</p>
<p>6. Incorporar princípios de um efetivo desenho educacional:</p> <p>Planejamento dinâmico e participativo Objetivos claros e ousados Aprendizagem interativa, participativa e baseada na experiência Apoio institucional Respeito, ética e horizontalidade nas relações Avaliação</p>
<p>7. Adotar um modelo de disseminação/multiplicação</p>

Fonte: elaborado pelos autores a partir do trabalho de Steinert (2005).

Steiner (2005) aponta alguns valores e atitudes do corpo docente que podem se tornar barreiras para a consolidação da EIP: condescendência, defensividade, falta de respeito entre profissionais, elitismo acadêmico, tribalismo, falta de conhecimentos suficiente sobre os pressupostos teórico-conceituais da EIP, falta de conhecimento sobre os outros grupos profissionais para trabalharem juntos de forma eficaz e sem preconceitos. Além disso, a autora indica que os aspectos institucionais podem dificultar a efetividade da EIP: falta de tempo para aprender um sobre o outro e trabalhar juntos, recursos limitados, cronogramas engessados, diferenças nas idades dos estudantes, diferenças nos estilos de aprendizagem, diferenças nas motivações.

É importante lembrar também que muitos profissionais de saúde, hoje docentes na área, tem pouca ou nenhuma exposição a atividades de EIP durante seu próprio treinamento, e muitos locais em que os docentes supervisionam o treinamento em serviço carecem de exemplos robustos ou explícitos de atendimento em equipe interprofissional (Hall & Ziegler, 2014).

Destaca-se ainda que as iniciativas de EIP podem ser assustadoras em alguns casos: envolvendo uma centena de estudantes e muitas vezes acompanhado pela necessidade de dezenas de membros do corpo docente para facilitar um grande número de pequenos grupos interprofissionais (Hall & Ziegler, 2014). Essa reflexão foi verbalizada por muitos de nossos docentes envolvidos no projeto pedagógico do *campus* Baixada Santista.

A literatura destaca como principais desafios o desenvolvimento de redes para articulação de experiências de desenvolvimento docente, a criação de programas permanentes ou de longa duração, o desenvolvimento e a disseminação de recursos didáticos, e a compreensão de que o desenvolvimento docente para a EIP também acontece no cotidiano do trabalho quando exercitamos o respeito, a valorização do outro, a compreensão do trabalho do outro, a horizontalidade e a colaboração, dentre outros princípios da EIP (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2017; Vasconcellos & Sordi, 2016).

Programa de desenvolvimento docente do *campus* Baixada Santista: momentos e movimentos

O projeto político pedagógico dos cursos da área da saúde do *campus* Baixada Santista, como já mencionado neste livro, tem como processo formativo a educação interprofissional (EIP) na perspectiva de formar profissionais de saúde para o trabalho em equipe com destaque para a integralidade do cuidado dentro de dimensões éticas, políticas, técnico-científicas e humanas. Para auferir êxito nesse processo formativo, o desenvolvimento da docência é um de seus princípios direcionadores (Batista et al., 2018).

A implantação

Nesse processo histórico do desenvolvimento da docência no *campus* Baixada Santista, os primeiros docentes que foram admitidos passaram previamente ao início de suas atividades por uma aprendizagem breve sobre EIP, metodologias ativas e princípios norteadores do projeto pedagógico do *campus*, organizada por coletivo de docentes (Batista et al., 2018).

Nesse contexto, desde o início foi implantado o Programa de Desenvolvimento Docente, cujo documento referia:

A implementação do *campus* Baixada Santista com os seus cinco cursos de graduação demanda uma série de atividades preparatórias que vão da montagem de uma infraestrutura mínima à capacitação de seu corpo docente e técnico administrativo. O desenvolvimento do projeto pedagógico proposto com seus princípios norteadores requer três programas que devem ser implementados: um Programa de Implantação Curricular propriamente dito, um Programa de Desenvolvimento Docente e um Programa de Avaliação. Para esta primeira fase, antecedendo o início das atividades curriculares previstas para a primeira semana de março de 2006, o Programa de Desenvolvimento Docente toma uma importância fundamental, considerando o projeto pedagógico proposto (Unifesp, 2006).

Uma primeira fase abrangeu os 32 professores que haviam sido concursados para iniciar as atividades de graduação, e foram investidos cinco meses de trabalho com os professores e professoras, privilegiando-se oficinas das atividades realizadas, planejamento participativo, leitura e discussão de textos e socialização dos trabalhos realizados pelos grupos que representavam os eixos estruturais do projeto pedagógico. Assim, os/as docentes em pequenos grupos detalharam a proposta curricular dos eixos e módulos do 1º ano, e delinearam o desenho curricular dos anos subsequentes.

As continuidades

Em 2007, com a entrada já da segunda turma dos cursos de graduação e de novos docentes concursados, o PDD avança em sua consolidação. Nos registros documentais, lê-se:

No Projeto Político Pedagógico do *campus* Baixada Santista, a continuidade do Programa de Desenvolvimento Docente mostra-se essencial, não somente como uma estratégia de integração grupal e planejamento coletivo como de socialização da proposta de ensino na perspectiva interdisciplinar e interprofissional.

Delinearam-se três dimensões para esse novo momento (Quadro 2).

Quadro 2. Dimensões para o programa de desenvolvimento docente no campus Baixada Santista.

1. Acompanhamento e replanejamento dos módulos vigentes
<ul style="list-style-type: none"> Programa de Avaliação contínuo com discussão docente que propicie feedback de modo a consolidar e/ou aprimorar as propostas em andamento, bem como nortear as decisões relativas ao restante do curso.
2. Planejamento e implementação dos próximos anos e módulos do projeto pedagógico
<ul style="list-style-type: none"> Momentos de discussão em pequenos grupos mostram-se necessários para a tomada de decisões dentro de cada eixo, da mesma forma que entre os diferentes eixos e os cursos. Momentos coletivos para apresentação do que foi desenvolvido até um dado momento.

3. Atividades de desenvolvimento docente propriamente dito	
<ul style="list-style-type: none"> Discussão de temáticas diretamente relacionadas com a proposta pedagógica do campus: 	<ul style="list-style-type: none"> Interdisciplinaridade Trabalho em equipe Interprofissionalismo Integralização/cuidado Resolução de problemas
<ul style="list-style-type: none"> Instrumentalização docente Discussão a partir de situações vivenciadas no cotidiano docente a partir de casos motivadores 	<ul style="list-style-type: none"> Busca ativa Enfoque problematizador

Fonte: elaborado pelos autores (2021).

De 2007 a 2010, múltiplas foram as atividades desenvolvidas, sendo privilegiado o estudo e a troca de experiências sobre avaliação da aprendizagem e enfoques problematizadores na formação em saúde: grupos de trabalho, professores convidados, apresentações em eventos científicos, trabalho coletivo.

A institucionalização do Programa de Desenvolvimento Docente na Pró-Reitoria de Graduação

Em 2011, é criada a Coordenadoria de Desenvolvimento Docente² na Pró-Reitoria de Graduação da Unifesp; nos *campi* foram implantadas as Comissões Locais de Desenvolvimento Docente (CLDD). No *campus* Baixada Santista, a CLDD solicitou e foi atendida no sentido de ter assento na Câmara de Graduação (CEG), e assim ampliou o engajamento do *campus* nas atividades de desenvolvimento docente.

De 2011 ao final de 2013, a CLDD participou ativamente na organização e construção dos Fóruns de Avaliação do Projeto Pedagógico e participação na discussão da proposta do Pró-Saúde e PET Saúde. Uma elaboração importante mas que não se concretizou abrangeu o evento de extensão Ampliando o Desenvolvimento Docente (ADC).

² Criada na gestão do prof. dr. Nildo Alves Batista como pró-reitor adjunto de graduação, Unifesp, e teve como primeira coordenadora a profa. dra. Irani da Silva Gerab, então professora do campus Baixada Santista.

É importante destacar que as ações assumidas pela Coordenadoria de Desenvolvimento Docente na Pró Reitoria de Graduação da Unifesp foram muito inspiradas no trabalho desenvolvido no *campus* Baixada Santista. Realiza-se, no âmbito do PDD, o Programa de Integração à Docência da Unifesp, uma atividade específica para os professores ingressantes.

As rupturas, as contestações e novos recomeços

Desde o início do funcionamento do *campus* a atuação do docente foi permeada de experiências que fizeram emergir vivências heterogêneas na nova relação com um processo formativo inovador pautado na EIP. Em diversas oportunidades o processo de aprendizagem da docência se deu de forma interativa e agregadora pautado no trabalho de equipe, como por exemplo, nas colaborações para estruturação de módulos, projetos de extensão e pesquisas interprofissionais. Porém, tais momentos, vistos como fortalezas, foram atravessados, também, por um maior reconhecimento uniprofissional pela instituição, por discrepâncias no ajuste equilibrado da carga horária docente, desvalorização do ensino e ênfase na pesquisa, enfraquecendo a perspectiva interativa da docência (Batista et al., 2018).

À medida que o corpo docente foi se ampliando em cada curso da área da saúde, os encontros de desenvolvimento da docência foram ficando esvaziados e os docentes sinalizaram que a falta de objetividade nas discussões desmotivou o grupo. Também passaram a contestar a definição das temáticas e o formato dos encontros, indicando que eram definidos previamente pela comissão responsável sem consulta ao coletivo de docentes. No final de 2013, concluiu-se o primeiro ciclo do PDD. Outra razão para o esmorecimento e encerramento do programa foi a administração das agendas de reuniões no *campus*, ficando o programa sem agenda fixa. Esse fato permite perceber que as resistências às mudanças sobrepujaram a compreensão da importância que o desenvolvimento docente tem para a EIP.

Por ocasião da referida conclusão, os professores que compunham a CLDD escreveram em um documento³ enviado a todos e todas as docentes:

E este fechamento traz múltiplos reconhecimentos:

[...] a importância do DD⁴ em nosso *campus*: a busca por sermos professores aprendentes!

[...] a delicadeza do DD: desejo e negação, fome e fastio, adesão e afastamento, continuidades e rupturas, afetos e enfrentamentos.

[...] permanente foi o movimento de buscar estratégias, temáticas e modos de fazer o DD em nosso *campus*, acreditando que “não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão” (Paulo Freire).

[...] buscamos experimentar o convite do poema “Sê” de Fernando Pessoa: ainda que *não tenhamos sido uma árvore ou um ramo*, buscamos *ser a relva*, mas o fizemos com a perspectiva “Mas sê o melhor no que quer que sejas”.

[...] vivemos o DD como um “território vulcânico e é preciso aprender a viver em um território desses” (Cecilia Meireles).

No contexto do próprio *campus*, o PDD foi objeto de reflexões no decorrer do processo de reformulação das matrizes curriculares dos cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, por meio de oficinas interativas (Poletto & Jurdi, 2018). Esse processo deu-se em decorrência de avaliações prévias que sinalizaram algumas dificuldades de consolidação dos princípios direcionadores do projeto pedagógico do *campus* e divergências em relação à distribuição de carga horária nas matrizes curriculares, e teve como perspectiva “estabelecer aproximações sucessivas entre os interlocutores da formação; redução de carga horária, revisão de conteúdo e método das matrizes curriculares com ênfase na flexibilização curricular” (Poletto & Jurdi, 2018).

Essa experiência de revisão curricular trouxe o retorno da aproximação e um aumento da interação entre os docentes dos eixos de formação. Tais movimentos foram concretizados por conta do reconhecimento das diferenças, pela construção coletiva horizontalizada e, principalmente, devido à compreensão da necessidade de priorizar o que é comum sem detrimento do específico, sendo esse um grande desafio de consolidação da EIP. Essa vivência expressou o desejo de

3 Documento enviado por e-mail, em 10 de abril de 2014 – E por falar me ser professor e professora...

4 Desenvolvimento docente (DD).

recriação de política de formação docente e reconhecimento de sua importância por parte dos professores (Poletto & Jurdi, 2018).

Em 2015 foi realizado pela Câmara de Graduação do *campus* um levantamento entre os docentes de todos os eixos dos cursos da saúde sobre a recriação de um programa de desenvolvimento da docência. Houve reconhecimento quanto à importância dos encontros e à pertinência de espaços de reflexão e discussão permanentes.

Em relação às expectativas sobre o funcionamento do novo programa, os docentes apontaram com maior frequência:

- que as propostas de desenvolvimento da docência sejam construídas a partir das necessidades e desejos do conjunto dos docentes;
- o desejo de uma maior diversidade de palestrantes para relatar experiências; o desenvolvimento de atividades em grupos menores que possibilite o intercâmbio mais eficiente de troca de conhecimento e experiência e interação;
- a construção coletiva e democrática da finalidade do programa e das atividades desenvolver;
- o desejo de o programa não ter caráter obrigatório;
- a necessidade de o programa também ser um lugar de compartilhamento das experiências de ensino, pesquisa e extensão, de a participação no programa poder ser usada como apoio para a definição de critérios para progressão na carreira docente, da discussão acerca de elementos transformadores da prática educativa e do estímulo à participação em grupos de estudo interinstitucionais.

Encontramos diversos relatos na literatura científica sobre a importância de apoio institucional com a garantia de compromisso de suporte e liderança e recursos humanos e financeiros para a garantia da continuidade de iniciativas de EIP (Hall & Zierler, 2014; Steinert, 2014; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2010)

Em 2018, por meio da Coordenadoria de Desenvolvimento Docente, a Pró-Reitoria de Graduação propôs diretrizes para a implantação de programas de desenvolvimento profissional docente para o ensino na Unifesp direcionadas à docência na graduação (Portaria da ProGrad nº 5 de 25 de março de 2018). As

ações da comissão consideraram a investigação de propostas de formação continuada de docentes desenvolvidas no cotidiano da Unifesp, das diretrizes do Plano de Desenvolvimento Institucional da Unifesp PDI 2016-2020 e de amplo estudo sobre a implementação de ações de desenvolvimento docente nas instituições de ensino superior no país. Tais investigações foram seguidas de ampla discussão no âmbito institucional e no Projeto Pedagógico Institucional (PPI) Unifesp – Processo Participativo 2018. A comissão também buscou o apoio das pró-reitorias de graduação, de pós-graduação e pesquisa, de extensão e cultura, de gestão com pessoas, e da Comissão Permanente de Pessoal Docente (CPPD).

As diretrizes foram construídas então na perspectiva de três domínios: atuação do professor, concepções de desenvolvimento docente e valorização institucional das ações de desenvolvimento docente.

O domínio “atuação do professor” tem como pressupostos o fortalecimento da postura cooperativa/colaborativa e criativa entre os docentes intracampus e intercampi; o fortalecimento da gestão colaborativa das unidades curriculares (UCs), com vistas a aprimorar as ações educacionais; o fortalecimento da prática reflexiva docente como ponto de partida para empreender transformações no cotidiano do ensinar e aprender; a compreensão e consideração do perfil dos alunos do curso no planejamento e execução das ações educacionais; a importância do ensino como conhecimento em construção integrado à realidade da sociedade; a importância dos aspectos éticos inerentes à prática docente.

No domínio “concepções de desenvolvimento docente”, os princípios para implantação dos programas nos diversos *campi* e cursos da universidade que foram estabelecidos são os seguintes: a importância da formação docente para o exercício profissional, de modo a ser desenvolvida do ponto de vista teórico-prático; o protagonismo e envolvimento do professor devem permear as propostas e estratégias de formação docente; a valorização da perspectiva interdisciplinar e interprofissional na construção das propostas de formação; a formação docente como espaço de diálogo e troca entre docentes dos diversos *campi*; a valorização do desenvolvimento individual integrado às necessidades institucionais (ensino, pesquisa, extensão, gestão); a valorização da vivência docente nas propostas de formação.

Por fim, o domínio “valorização institucional das ações de desenvolvimento docente” estabelece os seguintes preceitos: o aprimoramento dos processos

de avaliação da carreira docente, de modo a incluir a valorização das ações de desenvolvimento docente como atividade extensionista e/ou integrada ao programa de desenvolvimento institucional; a valorização dos docentes responsáveis por ações de formação permanente; a valorização do docente que participa de ações de formação permanente.

Consideramos essa proposição de diretrizes institucionais que incentivam e apoiam a criação, o aprimoramento e a recriação dos programas de desenvolvimento da docência na universidade um importante avanço na sustentabilidade de programas de desenvolvimento da docência na Universidade Federal de São Paulo e no *campus* Baixada Santista. Atualmente, está em discussão um projeto de formação docente para sustentar o Projeto Político Pedagógico do *campus* Baixada Santista.

Considerações finais

Buscamos trazer conceitos, estratégias e desafios apontados na literatura quanto aos programas de desenvolvimento docente e suas relações com a EIP, bem como as experiências vividas no *campus* Baixada Santista com o intuito de fomentar as reflexões sobre a importância de garantir um “lugar” que tenha significado para os atores envolvidos. Compreendemos também que o desenvolvimento docente para a EIP é uma oportunidade relevante de experimentar aprendizagens inovadoras e significativas para práticas interprofissionais e colaborativas.

A despeito de muitos desafios a superar nos âmbitos individual, organizacional e institucional, cabe retomar o que aponta Reeves (2016) quando afirma que o desenvolvimento docente é fundamental para a EIP, na medida em que pode reduzir as dificuldades encontradas pelo corpo docente e, principalmente, contribuir para proporcionar uma perspectiva mais colaborativa com o compartilhamento de conhecimento e experiências.

Os processos de desenvolvimento da docência como espaço de aprendizagem interprofissional fundada em redes formativas implicam assumir os movimentos de ação-reflexão-ação, o estudo sobre as dimensões pedagógicas e acadêmico-políticas da docência em saúde, a institucionalidade das propostas formativas, a produção compartilhada com outros professores

e preceptores, e a interação com os estudantes como pontos de redes potentes para a produção do movimento, da colaboração, da conversação na construção da educação interprofissional.

Referências

- Anderson, L. et al. (2014). Faculty Development for Interprofessional Education and Practice. In *Faculty Development in the Health Professions*. Londres, Nova York: Springer, pp. 287-310.
- Batista, N. A., & Batista, S. H. S. S. (2016). Educação interprofissional na formação em saúde: tecendo redes de práticas e saberes. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20, pp.202-204.
- Batista, N. A., & Batista, S. H. S. S. (2019). *Docência em saúde: temas e experiências*. São Paulo: Senac.
- Batista, N. A., Rossit, R. A. S., Batista, S. H. S. S., Silva, C. C. B., Uchôa-Figueiredo, L. R., & Poletto, P. R. (2018). Educação interprofissional na formação em saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, Santos, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl.2), pp. 1705-1715.
- Cunha, M. I. (2008). Os conceitos de espaço, lugar e território nos processos analíticos da formação dos docentes universitários. *Educação Unisinos*, 12(3), pp. 182-186.
- Dalberio, O., & Oliveira Júnior, A. P. (2011). O desafio de ser e de atuar como docente universitário. *EccoS Revista Científica*, 26, pp. 209-225.
- Fiorentini, D., & Crecci, V. (2013). Desenvolvimento profissional docente: um termo guarda-chuva ou um novo sentido à formação? *Formação Docente–Revista Brasileira de Pesquisa sobre Formação de Professores*, 5(8), pp. 11-23.
- Hall, L. W., & Zierler, B. K. (2014). Interprofessional Education and Practice Guide no. 1: Developing Faculty to Effectively Facilitate Interprofessional Education. *Journal of Interprofessional Care*, 29(1), pp. 3-7.
- Oliveira Júnior, A.P., Prata-Linhares, M.M., & Karwoski, A.M. (2018). Formação docente no contexto brasileiro das instituições federais de educação superior. In *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, 26(98), pp. 52-90.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e*

08 IMPLICAÇÕES POLÍTICAS NA FORMAÇÃO EM SAÚDE: ENSINO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Gabriele Carlomagno Vilanova¹
 Sanay Vitorino De Souza²
 Michelle de Jesus Pantoja Filgueira³
 Rosana Aparecida Salvador Rossit⁴

- prática colaborativa*. Genebra: OMS. Recuperado em 02 de junho, 2020, https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3019:marco-paracao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa&Itemid=844
- Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). (2017). *Relatório da reunião de Bogotá*, Colômbia. 7 a 9 de dezembro de 2016. Washington, D.C.: OPAS.
- O'sullivan, P. S., & Irby, D. M. (2011). Reframing Research on Faculty Development. *Academic Medicine*, 86(4).
- Pimenta, S. G., & Anastasiou, L. G. C. (2014). *Docência no ensino superior*. São Paulo: Cortez.
- Poletto, P. R., & Jurdi, A. P. S. (2018). A experiência de revisão das matrizes curriculares em um projeto pedagógico inovador: caminhos para fortalecer a educação interprofissional em Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22, pp. 1777-1786.
- Reeves, S. (2016). Why we Need Interprofessional Education to Improve the Delivery of Safe and Effective Care. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 185-96.
- Santos, B. S. (2004). *A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade*. São Paulo: Cortez.
- Steinert, Y. (2005). Learning Together to Teach Together: Interprofessional Education and Faculty Development. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), pp. 60-75.
- Steinert, Y. (ed.) (2014). *Faculty Development in the Health Professions: a Focus on Research and Practice*. Berlin: Springer Science & Business Media, 11.
- Steinert, Y., Naismith, L., & Mann, K. (2012). Faculty development initiatives designed to promote leadership in medical education. A BEME systematic review: Guide, no. 19. *Medical Teacher*, 34, pp. 483-503.
- Universidade Federal de São Paulo. (2006). *Projeto Político Pedagógico - A educação interprofissional na formação em saúde: a competência para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado*. Santos: Unifesp, campus Baixada Santista.
- Vasconcellos, M.M.M., & Sordi, M.R.L. (2016). Formar professores universitários: tarefa (im)possível? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20, pp. 403-14.

A perspectiva histórica das políticas de saúde sobre a segurança do paciente

A segurança do paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido, em todo o mundo, grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde, com a finalidade de oferecer uma assistência segura (Donabedian, 2002). Os incidentes associados ao cuidado em saúde e em particular os eventos adversos (incidentes com danos ao paciente) representam uma elevada morbidade e mortalidade nos sistemas de saúde.

De acordo com Shcolnik (2012), em 1990 começam a surgir no Brasil iniciativas em prol de melhorias da qualidade em segurança do paciente. O autor cita o Controle de Qualidade Hospitalar (CQH), baseado no Prêmio de Qualidade Malcom Balridge dos Estados Unidos e nos referenciais da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, mas a versão brasileira elegeu seu próprio modelo: o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP), que tinha como um de seus principais propósitos a satisfação do cliente. Ainda na

1 Universidade Federal do Paraná Complexo Hospitalar de Clínicas, Curitiba – Paraná. e-mail: gabriele-cv@gmail.com
 2 Universidade Federal do Amazonas Hospital Universitário Getúlio Vargas Manaus – Amazonas. e-mail: sanayvitorino@gmail.com
 3 Universidade Federal do Tocantins Colegiado Curso de Medicina Palmas – Tocantins. E-mail: michelle-filgueira@uft.edu.br
 4 Universidade Federal de São Paulo. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (Cedess) São Paulo – SP. e-mail: rosana.rossit@unifesp.br

mesma década, também se inicia no país um movimento das instituições públicas e privadas vislumbrando a criação de estratégias no sentido de adotar programas de garantia da qualidade que promovessem uma assistência isenta de danos para os usuários dos serviços de saúde (Donabedian, 1990).

Em 2001, o Institute of Medicine (IOM) estabeleceu a elaboração de um plano mandatório de notificação de eventos adversos (Kohn et al., 2000). No escopo do plano, o IOM indicou seis finalidades, dentre as quais se cita a segurança do paciente, livre de danos ao cliente. A mobilização mundial promovida pelo IOM, por meio da publicação intitulada *To err is human: building a safer health system* (Kohn et al., 2000), alertou organizações e instituições de saúde sobre a ocorrência de eventos adversos e o elevado custo econômico e social para o usuário, a família e os serviços públicos de saúde. Essa publicação revelou a colossal fragilidade dos serviços de saúde e o catastrófico impacto dos eventos adversos para a saúde.

Para melhorar a segurança do paciente é necessário analisar os fatores que induzem ao erro e estruturar programas de treinamento interdisciplinar (Kohn et al., 2000). A World Health Organization (WHO) (Organização Mundial de Saúde – OMS), demonstrando preocupação com a situação, criou a World Alliance for Patient Safety (Aliança Mundial pela Segurança do Paciente) com o objetivo de organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir os eventos adversos (WHO, 2005).

Após divulgação, em 2005, do primeiro Desafio Global para a Segurança do Paciente centrado na prevenção e redução das Infecções relacionadas à Assistência de Enfermagem (Iras), tornou-se obrigatório no Brasil, por meio da RDC nº 42, de 25 de outubro de 2010, disponibilizar preparação alcoólica para fricção antisséptica das mãos nos serviços de saúde (Brasil, 2013).

No ano de 2006, em Belo Horizonte, aconteceu o primeiro Fórum Internacional sobre Segurança do Paciente e Erro de Medicação. Esse fórum foi primordial para a gênese, no ano de 2009, do Instituto de Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP Brasil). Desde a sua criação, o instituto tem organizado eventos nacionais e internacionais acerca da temática.

Entre 2008 e 2009, um dos pontos centrais estabelecidos pela agenda do programa da Aliança Mundial para Segurança do Paciente, com participação da OMS, foi a inclusão do paciente em sugestões para sua própria segurança. Assim,

criou-se o Programa Pacientes para Segurança do Paciente (PPSP), com o principal intuito de tornar o paciente mais ativo na sua convalescença, contribuindo com informações importantes para sua segurança e melhorando a qualidade dos serviços prestados por profissionais da assistência (Pancieri et al., 2013).

Para consolidar as iniciativas da WHO (2009a) foi desenvolvida uma *checklist* de verificação de segurança cirúrgica norteadas por três princípios: simplicidade, aplicabilidade e mensuração. Trata-se não de um instrumento regulatório/oficial, mas sim de uma ferramenta prática e de fácil utilização por profissionais da saúde. As verificações são realizadas em três tempos: antes da indução anestésica (*sign in*), antes da incisão (*time out*) e antes de o paciente sair da sala de operação (*sign out*).

Diante desse cenário, a enfermagem vem se estruturando em entidades que fomentam lapidar a segurança do paciente, em 2008, foi criada a Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (Rebraensp, 2013).

Como protagonista da estratégia de políticas públicas para melhorias da assistência ao paciente foi criado o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013, que objetiva contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional por meio da implantação de metas voltadas à segurança do paciente, a saber, identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos; assegurar a cirurgia em local de intervenção, procedimento e pacientes corretos; higienizar as mãos para evitar infecções; reduzir o risco de quedas e lesão por pressão (Brasil, 2013).

Como primeira medida tem-se a obrigatoriedade da criação de Núcleos de Segurança do Paciente (Brasil, 2016) em todos os hospitais públicos e privados. Esses núcleos devem promover ações para a implantação da gestão de risco no serviço de saúde com vistas à segurança do paciente e à integração e à articulação multiprofissional nos processos de gerenciamento e gestão de riscos. Sua missão é, também, implantar e acompanhar o uso dos protocolos de Segurança do Paciente.

O PNSP estabeleceu, ainda, a criação do Comitê de Implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (CIPNSP) para promover e apoiar iniciativas voltadas à segurança em diferentes áreas da atenção à saúde. Composto por representantes do governo, da sociedade civil, de entidades de classe e

universidades, o CIPNSP é uma referência para a tomada de decisões na área e apoio à implantação do programa.

Outra estratégia proposta pelo PNSP (Brasil, 2013) foi a elaboração de protocolos que ofereçam aos profissionais de saúde conceitos e orientações precisas, por meio da adoção de planos capazes de reduzir a ocorrência de incidentes. Tais estratégias incluíram a avaliação de risco dos pacientes e a adoção de normas, além de indicar os procedimentos operacionais mais recomendados para manter a segurança do paciente.

Em 2013, o Ministério da Saúde colocou em consulta pública, dentre os protocolos de prevenção já mencionados ao comentar a Portaria GM/MS nº 529, seis deles: cirurgia segura, prática de higiene das mãos, prevenção de úlcera por pressão, identificação de pacientes, prevenção de quedas, e prescrição, uso e administração de medicamentos.

No decorrer do passeio histórico, foi possível identificar avanços em prol da segurança do paciente nas últimas décadas. Foram criadas diferentes estratégias, ferramentas e abordagens que estão contribuindo para a qualidade em segurança do paciente em todo o mundo e em especial no Brasil.

Atualmente, no Brasil, consolida-se um arcabouço de políticas, normas, regras e iniciativas incorporando à saúde brasileira um novo caminho em busca da prevenção e promoção para segurança do paciente. Essas iniciativas oferecem um arsenal robusto para as modificações que estão por vir.

Os avanços apontados foram primordiais para iniciar os debates sobre a melhoria da qualidade do cuidado no Brasil. Entretanto, o grande desafio ainda é criar entre os profissionais da saúde uma cultura de segurança e integrar ações e profissões para garantir a segurança do paciente, na perspectiva da interprofissionalidade.

Cuidado seguro: a cultura de segurança e o desenvolvimento de competências para o efetivo trabalho em equipe

A OMS, por meio do relatório de trabalho sobre métodos e avaliação da segurança do paciente, contribuiu para a reflexão acerca da cultura de segurança e de como as ocorrências de acidentes graves, industriais e nucleares mobilizaram o avanço de pesquisas e regulamentos em torno da gestão de risco e segurança

organizacional. Dessa forma, a cultura de segurança pode ser compreendida como “produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura” (WHO, 2009a, p.12).

Observa-se, assim, que os desafios impostos pelas condições dinâmicas e complexas de atenção à saúde exigem uma abordagem integrada, centrada no usuário e com forte colaboração entre as diferentes categorias profissionais (Barr & Low, 2013).

Sammer et al. (2010), em uma revisão abrangente da literatura, examinaram estudos criticamente identificando crenças, atitudes e comportamentos como fatores integrantes de uma cultura de segurança em hospitais. Para os autores, conhecer e compreender as características de uma organização é fundamental para orientar a criação de uma cultura de segurança. Segundo a Agência de Investigação e Qualidade em Saúde, nos Estados Unidos, um em cada dez pacientes hospitalizados desenvolve um evento adverso.

Mendes et al. (2009) realizaram um estudo em três hospitais brasileiros demonstrando que a incidência neles de pacientes com eventos adversos é similar àquela dos estudos internacionais. No entanto, a proporção de eventos adversos evitáveis foi consideravelmente maior nos hospitais brasileiros. O estudo de Couto et al. (2018), realizado em hospitais brasileiros, demonstrou que 7,2% dos pacientes internados foram vítimas de, ao menos, um evento adverso durante sua internação, e a mortalidade deles foi de 12,7%.

Nas últimas décadas, a cultura de segurança tem recebido crescente atenção no campo das organizações de saúde e, no Brasil, a implementação de iniciativas tem sido apoiada por meio de legislações vigentes, como a já citada Portaria MS/GM nº 529 de 2013 e a RDC nº 36 de 2013/Anvisa, dentre outras (Brasil, 2013).

Diversos estudos (Neily et al., 2010; Morello et al., 2013; Reis et al., 2018) apontam que as estratégias destinadas ao desenvolvimento de uma cultura de segurança precisam incluir quatro competências principais: o trabalho em equipe, o apoio mútuo, a comunicação e a liderança para discutir eventos adversos, cooperação e integração, evitando a fragmentação do cuidado. Essas medidas podem gerar impacto positivo para a organização e para o usuário dos serviços de saúde.

Ao analisar e pesquisar práticas cotidianas de segurança do paciente, Reis (2014) afirma que a adoção de listas de verificação em processos suscetíveis

a erros e de medidas baseadas em evidências científicas podem colaborar para o fortalecimento da cultura de segurança. Embora as listas de verificação não possam resolver todos os problemas de segurança, seu uso, associado a outras medidas de segurança como padronização, simplificação e funções forçadas à dupla checagem, pode contribuir para a prestação de um cuidado de saúde mais confiável, viável e seguro.

É possível destacar nos últimos anos um avanço nas pesquisas e publicações científicas sobre qualidade e prática segura em saúde. No âmbito dessas investigações há discussões em torno de políticas e estratégias envolvendo a formação profissional em saúde. Nesse contexto, a educação interprofissional (EIP) e a prática colaborativa emergem como estratégias para melhorar as práticas, experiências e resultados em saúde (HPAC, 2019).

O estudo de Hardin, Kilian e Spykerman (2017) mostrou que a prática interprofissional colaborativa tem benefícios para potencializar a excelência no atendimento, com baixo custo de tratamento. Os achados corroboram a necessidade de inserir a EIP na formação inicial e permanente, sem perder de vista as exigências atuais da população e dos sistemas de saúde.

Reeves et al. (2016) indicam que a prática de um trabalho mais colaborativo, vinculado às necessidades complexas de usuário/família/comunidade, pode reduzir erros clínicos, potencializando um cuidado seguro.

A efetividade do trabalho em equipe, considerado como característica fundamental para superação de práticas fragmentadas e especializadas, revela-se como um caminho fecundo para compartilhar conhecimentos, habilidades e decisões numa perspectiva de cuidado integral, assim como para avançar na qualidade e resolutividade da rede de atenção à saúde (Nancarrow et al., 2013; Barros et al., 2018).

A EIP é uma estratégia potente e viável para equipes de saúde hospitalar. Para garantir terapias medicamentosas seguras em ambientes de alta complexidade é necessário estruturar núcleos de qualificação profissional baseados nos pressupostos da educação e prática interprofissional (Irajpour et al., 2019).

É importante destacar que o protagonismo das equipes de saúde para a qualificação do cuidado é um aspecto complexo que requer planejamento e elaboração de propostas factíveis em todo o território nacional.

O ensino sobre a segurança do paciente na formação profissional em saúde: perspectiva docente

A saúde é uma das poucas áreas de risco em que o sistema é amplamente apoiado por estudantes, estagiários, recém-formados e residentes (Brasil, 2017). Isso implica um movimento das instituições de ensino para articular o processo formativo com o sistema de saúde vigente e com as complexas demandas da atuação nos cenários de prática.

Para Ceccim, Bravin e Santos (2009), pensar na formação em saúde e no entrelaçamento das políticas públicas é pensar no envolvimento de vários atores. Os estudantes, professores, pacientes, usuários, comunidade e gestores devem manter íntima conexão com as redes de atenção à saúde em busca da integralidade da assistência e de uma formação condizente com o mundo do trabalho e as reais necessidades da população (Batista et al., 2013).

Com a intenção de contribuir para a consolidação do SUS, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) foram instituídas para as 14 profissões da Saúde, tendo por objetivo oferecer uma formação que possibilite contemplar os princípios do SUS e qualificar o cuidado na assistência à saúde. Nessa lógica, as DCNs constituem um padrão geral de orientação para a elaboração dos projetos pedagógicos (PP) e currículos para as Instituições de Ensino Superior (IES) no Brasil.

A proposta curricular, estruturada na perspectiva da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade, adota estratégias que favorecem o ensino sobre a segurança do paciente e prepara profissionais comprometidos com a prática colaborativa. Experiências em países da Europa (Barr, 2015) evidenciam que a EIP facilita o ensino sobre a segurança do paciente e promove um ambiente mais seguro de trabalho.

Desde 2013, com a publicação do PNSP, as instituições de ensino foram convocadas a pensar e fomentar a inclusão do tema segurança do paciente no ensino nos cursos da saúde (técnicos, graduações e pós-graduações). Se a segurança do paciente é conceituada como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano associado à atenção à saúde (WHO, 2011), considera-se que os PP das IES possam ser adaptados e estruturados para pensar a lógica do trabalho em equipe e de dimensões curriculares que favoreçam uma formação profissional

que contemple temáticas relacionadas à segurança do cuidado e promovam a qualidade da assistência.

O *campus* Baixada Santista da Unifesp iniciou suas atividades em 2006 como resultado de políticas de expansão das universidades públicas federais no Brasil e implementou uma proposta curricular inovadora, integrada, interdisciplinar e interprofissional para a formação profissional em saúde. O desenho curricular de seis cursos de graduação (educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional) foi estruturado de modo a viabilizar que os estudantes tenham, em todos os anos dos cursos, momentos de aprendizagem compartilhada para favorecer a interprofissionalidade (Batista et al., 2018).

Com o objetivo de analisar o ensino sobre a segurança do paciente na formação profissional em saúde, Vilanova (2017) desenvolveu na Unifesp-BS uma pesquisa com delineamento exploratório, descritivo-analítico, do tipo corte transversal e abordagem mista. A análise dos projetos pedagógicos (PP) dos seis cursos de graduação permitiu mapear a existência de conteúdos relacionados à segurança do paciente.

Foram utilizados 102 termos rastreadores, organizados e categorizados a partir do referencial teórico encontrado no PNSP (Brasil, 2013), no *Patient safety curriculum guide* (WHO, 2011), na pesquisa de Bohomol, Freitas e Cunha (2016) e em *The conceptual framework for the international classification for patient safety* (Classificação internacional para a segurança do paciente) (WHO, 2009b). A análise dos PP foi norteada pela seguinte questão: “O que os projetos pedagógicos trazem sobre o ensino da segurança do paciente em seu currículo formal?”. A partir da leitura integral dos PP, foram criados quatro núcleos temáticos para análise documental: Programa Nacional de Segurança do Paciente e a Cultura de Segurança; Educação Interprofissional e Trabalho em Equipe; Cuidado Centrado no Paciente e na Família; Metas Internacionais para Segurança do Paciente.

O termo “segurança do paciente” foi encontrado somente no PP do curso de terapia ocupacional. Expressões como, por exemplo, “acreditação”, “análise de causa-raiz”, “análise de modo e efeito da falha”, “auditoria”, “ferramentas de qualidade”, “gerenciamento de risco”, “notificação de incidentes”, “quase-erro” ou “evento adverso” não foram identificadas nos PP dos cursos. Entende-se que mesmo que os PP não contemplem algumas temáticas, há a possibilidade de o docente trabalhar com assuntos não diretamente explicitados nesses documentos.

Considera-se que o PP é um documento flexível, que se modifica ao longo do tempo e que comporta inserções e exclusões de conteúdos alinhados às demandas da sociedade e das políticas indutoras, assim como às necessidades dos docentes e estudantes (Maia, 2014).

Segundo Masetto (2011), a construção de um currículo supõe que docentes considerem o que está acontecendo na sociedade, as mudanças que estão se operando, as necessidades atuais da população, o mundo do trabalho e as novas exigências das carreiras profissionais.

Ao estabelecer o currículo com a colaboração dos docentes, cria-se a oportunidade para que os conteúdos sejam administrados e concretizados em diferentes cenários de aprendizagem (sala de aula, laboratórios, trabalho em saúde). Para introduzir os conteúdos relacionados à segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação profissional em saúde, a WHO (2011) sugere três passos: 1) descrever os resultados de aprendizagem esperados; 2) identificar o que o currículo já aborda quanto à segurança do paciente; 3) realizar as mudanças a partir do que já está sendo contemplado no currículo.

O acompanhamento e a avaliação do PP e dos currículos podem ajudar a identificar potencialidades, fragilidades e lacunas na formação dos profissionais. Nos PP de psicologia, terapia ocupacional e educação física encontrou-se a sigla PBL, referente a *problem-based learning*, ou aprendizado baseado em problemas, que destaca o uso de um contexto clínico para o aprendizado, promove o desenvolvimento da habilidade de trabalhar em grupo e estimula o estudo individual, de acordo com os interesses e o ritmo de cada estudante. O aprendizado passa a ser centrado no estudante, que passa do papel de receptor passivo para o de ator também responsável pelo próprio aprendizado. Os docentes que atuam como tutores (ou facilitadores) nos grupos têm a oportunidade de conhecer melhor os estudantes e de manter contato com eles durante todo o curso (Maia, 2014).

Portanto, as metodologias de ensino adotadas durante a formação em saúde podem favorecer (ou não) a reflexão crítica e a lógica do trabalho integrado e colaborativo visando à integralidade na atenção à saúde. Assim, faz-se necessária a discussão de estratégias de como acompanhar o PP e de como incluir os conteúdos relacionados com a segurança do paciente no currículo existente. A Unifesp-BS tem a vantagem de ter a formação implementada na perspectiva da EIP para o trabalho em equipe.

A perspectiva do docente sobre o ensino e aprendizagem de conteúdos relacionados à segurança do paciente nos cenários de formação desse *campus* foi investigada por meio de um instrumento em escala Likert e de um espaço para contribuições espontâneas, contendo duas questões abertas.

A escala atitudinal foi construída tendo por base documentos oficiais: Programa Nacional de Segurança do Paciente (Brasil, 2013), *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice* (Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa) (WHO, 2010), *Patient safety curriculum guide* (WHO, 2011) e *The conceptual framework for the international classification for patient safety* (A estrutura conceitual da classificação internacional sobre segurança do paciente) (WHO, 2009b). As 17 assertivas foram organizadas em três dimensões: conceitos da segurança do paciente; educação interprofissional na formação em saúde; ensino e aprendizagem sobre a segurança do paciente.

Uma amostra de 39 docentes de nove profissões diferentes contribuiu com o preenchimento do instrumento. Na caracterização dos participantes, quanto à faixa etária, a maioria 43,6% (n=17) tinha entre 35 e 44 anos e 33,3% (n=13) entre 45 e 54 anos de idade. Em relação ao ano de conclusão da formação, 71,8% (n=28) se graduaram no período de 1980 a 1999. Todos os respondentes possuem título de doutor e atuam como docentes do ensino superior, sendo que 25,6% (n=10) têm de cinco a nove anos de experiência e 43,6% (n=17) têm de dez a vinte anos.

Na assertiva relacionada ao PP dos cursos da Unifesp-BS e da inclusão dos conteúdos para o ensino, aprendizagem e avaliação da segurança do paciente, 64% concordaram ou estavam inclinados a concordar que o PP favorece o ensino sobre a segurança do paciente; 82% mostraram concordar ou estar inclinados a concordar que a EIP contribui para o desenvolvimento de competências voltadas para a segurança do paciente. Mesmo atuando em um projeto que propõe a EIP como eixo norteador da formação em saúde, 79% dos docentes consideram não estar preparados para trabalhar com a proposta e reconhecem a necessidade de apoio permanente e de desenvolvimento docente.

O espaço aberto contido na escala atitudinal apontou o reconhecimento dos docentes da relevância do tema do ensino da segurança do paciente em uma proposta curricular interprofissional. A partir de 11 relatos espontâneos (N=11) emergiram categorias no núcleo direcionador Ensino sobre a Segurança

do Paciente. O Quadro 1 apresenta a análise dos conteúdos expressos com as categorias e trechos dos relatos livres dos docentes.

Quadro 1. Categorias emergentes do núcleo direcionador Ensino sobre a Segurança do Paciente, obtidas a partir dos relatos espontâneos (N=11).

CATEGORIAS	TRECHOS DOS RELATOS
Desconhecimento sobre a temática	<p>“Não pude responder a boa parte das questões relacionadas à área específica da segurança do paciente”. (N2)</p> <p>“Tive dificuldades em responder a algumas asserções.” (N7)</p> <p>“Não tenho conhecimento suficiente sobre o tema nos nossos Projetos Pedagógicos.” (N7)</p> <p>“[...] sinto-me sem base para responder efetivamente... às ações específicas de segurança com o paciente.” (N9)</p> <p>“[...] não posso responder sobre o que ocorre em outros módulos ou cenários, além daqueles em que estou inserida.” (N10)</p>
Reconhecimento da relevância do tema	<p>“Potencialidades”</p> <p>“[...] temática é relevante.” (N3)</p> <p>“Esse tema é muito importante [...]” (N5)</p> <p>“Gostaria de saber mais sobre o assunto.” (N1)</p> <p>“Fragilidades”</p> <p>“[...] a temática não tem sido trabalhada de forma suficiente na formação de nossos graduandos e pós-graduandos.” (N3)</p> <p>“[...] o ensino vai depender muito dos cenários de prática em que esses (estudantes) estiverem.” (N5)</p> <p>“Sugestões”</p> <p>“[...] a partir da reflexão que sua pesquisa me causou, considero agora que deva ser um tema transversal para todos os eixos e que deva estar destacado nos planos de ensino para assegurarmos que o conteúdo, os conceitos e as competências sejam de fato pedagogicamente ensinadas.” (N8)</p> <p>“Muitas das questões de segurança do paciente podem estar contempladas, em um primeiro passo, no aprimoramento da escuta e no atendimento humanizado.” (N9)</p>
Identificação de lacunas no ensino sobre a segurança do paciente	<p>“Acredito que a temática é relevante [...] mas há ...uma lacuna a ser enfrentada.” (N3)</p> <p>“[...] em nossos cursos de graduação ainda existem lacunas a serem preenchidas no que tange ao entendimento da segurança do paciente.” (N4)</p> <p>“Segurança do paciente não é um conteúdo contemplado no projeto pedagógico na BS.” (N11)</p> <p>“[...] são poucos os docentes que veem a necessidade de aprofundamento durante a graduação.” (N5)</p>

Fonte: elaborado pelos autores (2020).

Os docentes apontam sugestões para melhorar o ensino sobre a segurança do paciente nos cenários de aprendizagem: melhorias e investimentos nos campos de estágio; inclusão transversal do tema nos currículos; valorização dos docentes durante as aulas de graduação e estágio com os alunos; inclusão de técnicas de comunicação com a psicologia para todos os cursos, no sentido de desenvolver competências para a comunicação efetiva entre equipes e entre os sujeitos que participam do cuidado em saúde e capacitação docente.

De acordo com Libâneo (2001), o currículo pode ser formal, real e oculto. O *currículo formal* pode ser chamado de oficial, estabelecido pelo sistema educacional e expresso em normas curriculares, desde os seus objetivos até os conteúdos das áreas ou das disciplinas. O *currículo real* é aquele planejado pela rotina do docente, cuja essência está na contextualização dos conteúdos, e que passa a ser realidade no espaço acadêmico e dos estudantes. Ele é norteado pelo currículo formal, mas é o que de fato ocorre na sala de aula e nos espaços de ensino-aprendizagem, resultado de metas estabelecidas no PP e um plano de ensino. O *currículo oculto* é assim chamado por não se mostrar de forma clara: não é prescrito e não aparece no planejamento em sala de aula ou nos diversos cenários de ensino-aprendizado, embora constitua importante fator de aprendizagem em práticas, atitudes, comportamentos e percepções geradas no meio social e acadêmico. As percepções e ações espontâneas influenciam e afetam o processo de ensino e aprendizagem dos estudantes e da prática docente, constituindo-se em oportunidades realmente vivenciadas.

A partir da análise dos PP e dos resultados da escala atitudinal entende-se que mais esforços precisam acontecer para que o currículo formal apresente, de modo sistemático e oficialmente, conteúdos relacionados à segurança do paciente. Os PP e os currículos são documentos vivos e precisam ser continuamente construídos, avaliados e discutidos, considerando as experiências vivenciadas pelos estudantes para além do espaço acadêmico formal.

Considerações finais

A cultura de segurança foi conceituada como o conjunto de valores, atitudes, competências e comportamentos que determinam o comprometimento com a

gestão da saúde e da segurança, substituindo a culpa e a punição pela oportunidade de aprender com as falhas e melhorar a atenção à saúde (Brasil, 2017).

Os PP analisados indicaram planejamento formal em relação ao trabalho em equipe, práticas colaborativas, melhoria na comunicação entre os profissionais e o paciente, familiares e acompanhantes. Na perspectiva docente ficou evidente que reconhecem a relevância do tema ao mesmo tempo em que desconhecem a temática e identificam lacunas no ensino da segurança do paciente. Os docentes demonstraram interesse e curiosidade sobre esse tema.

O ensino sobre segurança do paciente mostrou-se fragmentado, carecendo de aprofundamento e amplitude conceitual. Cada curso valoriza os aspectos específicos para a formação da área. Por isso, deve-se considerar que alguns conteúdos podem fazer parte da formação comum dos profissionais de saúde. A inserção e a tentativa de unificação dos conteúdos sobre segurança do paciente nos diversos cursos da saúde ainda constituem proposição recente nas universidades do Brasil.

Ficou clara a importância de analisar os PP com periodicidade, tratando-os como um instrumento de trabalho que pode indicar rumo e direção aos cursos e ser construído com a participação de todos os atores. Pressupõe-se que este é um momento oportuno para discussões no sentido de fomentar o desenvolvimento de competências diversas nos estudantes e professores.

O ensino sobre a segurança do paciente é abrangente, passando por competências desde a empatia e o respeito às diferenças e autonomia do indivíduo até protocolos específicos em cuidados nos serviços de saúde. É temática promissora para o fortalecimento e a consolidação do cuidado com qualidade e das práticas de saúde no SUS.

Lança-se, assim, o desafio de, intencionalmente, criar espaços para reflexões sobre o ensino da segurança do paciente no âmbito institucional. Trabalhar de forma interdisciplinar e interprofissional como a Unifesp-BS já o faz é um passo importante, visto que a interdependência, a interação e a comunicação entre campos do saber possibilitam a integração do conhecimento em áreas significativas e promovem atitude empática de abertura ao outro e a seus conhecimentos.

Entretanto, nessa lógica, os currículos dos cursos de graduação em saúde da Unifesp-BS precisam ser revisitados pelos atores envolvidos, no sentido de

identificar espaços educacionais oportunos para o ensino e a vivência sobre a temática da segurança do paciente.

Conclui-se que os conteúdos sobre a temática podem ser incluídos nos currículos existentes e evidencia-se o importante papel do docente na reconstrução curricular para que as propostas saiam do campo da idealização e possam ser implementadas em diferentes cenários de ensino-aprendizagem.

Referências

- Barr, H. (2015). *Interprofessional education: the genesis of a global movement*. Londres: Centre for Advancement of Interprofessional Education, pp. 1511-1523.
- Barr, H., & Low, H. (2013). *Introdução à educação interprofissional*. Londres: CAIPE. Recuperado em 8 de abril, 2019. www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_caipe_intro_eip_po.pdf.
- Barros, N. F., Spadacio, C., & Costa, M. V. (2018). Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da Atenção Primária à Saúde: potenciais e desafios. *Saúde em Debate*, 42(spe.1), pp. 163-173.
- Batista, N. A., Rossit, R. A. S., Batista, S. H. S. S., Silva, C. C. B., Uchôa-Figueiredo, L. R., & Poletto, P. R. (2018). Educação interprofissional na formação em saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, *campus Baixada Santista*, Santos, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl.2), pp. 1705-1715.
- Batista, S. H., Rossit, R. A. S., & Batista, N. A. (2013). Educação interprofissional, interdisciplinaridade e a formação em saúde: potências e desafios. In G. T. R. Silva (org.) *Residência multiprofissional em saúde: vivências e cenários da formação*. São Paulo: Martinari, pp. 29-46.
- Bohomol, E., Freitas, M. A. O., & Cunha, I. C. K. (2016). O Ensino da segurança do paciente na graduação em saúde: reflexões sobre saberes e fazeres. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20, pp. 727-741.
- Brasil. (2001). *Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior, Recuperado em 8 de abril, 2019, <http://portal.mec.gov.br/escola-de-gestores-da-educacao-basica/323-secretarias-112877938/orgaos-vinculados-82187207/12991-diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao>.
- Brasil. (2013). *Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013*. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 8 de abril, 2020, https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.
- Brasil. (2016). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Implantação do Núcleo de Segurança do Paciente em serviços de saúde*. Série Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. Brasília: Anvisa.
- Brasil. (2017). *Medidas de prevenção de infecção relacionada à assistência à saúde*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Recuperado em 8 de abril, 2019, <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+4+-+Medidas+de+Prevenção+de+Infecção+Relacionada+à+Assistência+à+Saúde/a3f23dfb-2c54-4e64-881c-fccf9220c373>.
- Ceccim, R. B., Bravin, F. P., & Santos, A. A. (2009). Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise da formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. *Lugar Comum*, 28, pp. 159-180.
- Couto, R. C., Pedrosa, T. M. G., Roberto, B. A. D., Daibert, P. B., Abreu, A. C. C., & Leão, M. L. (2018). *II Anuário da segurança assistencial hospitalar no Brasil*. Belo Horizonte: Fundação Educacional Lucas Machado, Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Recuperado em 16 de fevereiro, 2019, <https://www.iess.org.br/cms/rep/Anuario2018.pdf>.
- Donabedian, A. (1990). The seven pillars of quality. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 114(11), pp. 1115-1118.
- Donabedian, A. (2002). *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: Oxford University Press.
- Hardin, L., Kilian, A., & Spykerman, K. (2017). Competing health care systems and complex patients: An inter-professional collaboration to improve outcomes and reduce health care costs. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 7, pp. 5-10.
- Health Professions Accreditors Collaborative (HPAC). *Guidance on developing quality interprofessional education for the health professions*. Chicago, IL: Health Professions Accreditors Collaborative, 2019. Recuperado em 12 de fevereiro, 2019, <https://healthprofessionsaccreditors.org/wpcontent/uploads/2019/02/HPACGuidance02-01-19.pdf>.
- Irajpour, A., Farzi, S., Saghaei, M., & Ravaghi, H. (2019). Effect of interprofessional

- education of medication safety program on the medication error of physicians and nurses in the intensive care units. *Journal of Education and Health Promotion*, 24(8), pp. 196-196.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press.
- Libâneo, J. C. (2001). *Organização e gestão da escola*. Goiânia: Alternativa, pp. 123-140.
- Maia, J. A. (2014). O currículo no ensino superior em saúde. In N.A. Batista, S. H. S. S. Batista (org.). *Docência em saúde: temas e experiências*, v.2, São Paulo: Senac, pp. 99-129.
- Masetto, M. T. (2011). Inovação curricular no ensino superior. *Revista e-curriculum*, 7(2).
- Mendes, W., Martins, M., Rozenfeld, S., & Travassos, C. (2009). The assessment of adverse events in hospitals in Brazil. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(4), pp. 279-284.
- Morello, R.T., Lowthian, J.A., Barker, A.L., Mcginnes, R., Dunt, D., & Brand, C. (2013). Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Qual Safety*, 22(1), pp. 11-18.
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary teamwork. *Human resources for Health*, 11(1), p. 19.
- Neily, J., Mills, P. D., Young-Xu, Y., Carney, B. T., West, P., & Berger, D. H., et al. (2010). Association between implementation of a medical team training program and surgical mortality. *Jama*, 304(15), pp. 1693-1700.
- Pancieri, A. P., Santos, B. P., Avila, M. A. G., & Braga, E. M. (2013). Safe surgery checklist: analysis of the safety and communication of teams from a teaching hospital. *Revista gaúcha de enfermagem*, v.34(1), pp. 71-78.
- Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP). (2013). *Estratégias para a segurança do paciente: manual para profissionais da saúde*. Porto Alegre (RS): Edipucrs, Recuperado em 18 de fevereiro, 2020, <http://biblioteca.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Estrat%C3%A9gias-para-seguran%C3%A7a-do-paciente-manual-para-profissionais-da-sa%C3%BAde.pdf>.
- Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., & Davies, N., et al. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No.39, pp. 656-68, *Medical Teacher*. Recuperado em 29 de maio, 2020, <http://doi:10.3109/0142159X.2016.1173663>.
- Reis, C. T. (2014). Cultura em segurança do paciente. In P. Sousa, W. Mendes (orgs.) *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp.75-99.
- Reis, C. T., Paiva, S. G., & Sousa, P. (2018). The patient safety culture: a systematic review by characteristics of hospital survey on patient safety culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(9), pp. 660-677.
- Sammer, C. E., Singh, K. L. K. P., Mains, D. A., & Lackan, C. A. (2010). What is patient safety culture? A review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(2), pp. 156-165. Recuperado em 29 de novembro, 2019, <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x>.
- Shcolnik, W. (2012). *Erros laboratoriais e segurança do paciente: revisão sistemática*. Dissertação Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado em 29 de novembro, 2019, http://www.controllab.com.br/pdf/tese_mestrado_wilson_shcolnik_2012.pdf.
- Vilanova, G. C. (2017). *Ensino sobre a segurança do paciente na formação profissional em saúde: perspectiva docente*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, Santos, SP, Brasil. Recuperado em 29 de novembro, 2019, https://sucupira.capes.gov.br/sucupira/public/consultas/coleta/trabalhoConclusao/viewTrabalhoConclusao.jsf?popup=true&id_trabalho=5286241.
- World Health Organization (WHO). (2005). *World Alliance for Patient Safety: forward programme*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (WHO). (2009a). *Human factors in patient safety: review of topics and tools*. World Health, 2 Recuperado em 12 de fevereiro, 2019 https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf.
- World Health Organization (WHO). (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: World Health Organization.

09 HUMANIZAÇÃO NO CONTEXTO DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: um estudo da literatura

Lucilene Martorelli Ortiz Petin Medeiros¹
Sylvia Helena Souza da Silva Batista²

Introdução

A análise³ desenvolvida aqui circunscreve-se ao marco do Sistema Único de Saúde (SUS), implementado pela Constituição de 1988 e instituído pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990). O SUS apresenta como princípios norteadores a universalidade, a integralidade e a equidade da atenção à saúde. Souza e Moreira (2008) consideram o princípio da integralidade da atenção à saúde fundamental para pensar a graduação em mudanças que deveriam ser assumidas na interface entre educação e saúde, garantindo a humanização na formação centrada na interprofissionalidade e na interdisciplinaridade.

A educação interprofissional (EIP) em Saúde é compreendida segundo Barr and Low (2013, p. 3) como “ocasiões em que dois ou mais profissionais aprendem com os outros, entre si e sobre os outros para aprimorar a colaboração e qualidade dos cuidados e serviços”.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010, p. 13) afirma que a educação interprofissional acontece “quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde”.

Para Reeves (2016, p. 186), a “educação interprofissional oferece aos estudantes oportunidades para aprendizado em conjunto com outros profissionais para desenvolver atributos e habilidades necessárias em um trabalho coletivo”.

¹ Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES) Santos – S.P., e-mail: lu21ortiz@gmail.com

² Universidade Federal de São Paulo – Instituto Saúde e Sociedade, campus Baixada Santista, Santos – SP – Brasil, e-mail: sylvia.batista@unifesp.br

³ Este capítulo se origina nos textos de Medeiros e Batista (2014; 2016).

A educação interprofissional se apresenta como uma estratégia fundamental para fomentar a mudança de paradigma de uma formação fragmentada, compartimentada, desarticulada e isolada, para uma proposta formativa

para além das competências específicas de cada área profissional, com destaque para a aprendizagem de competências comuns a todas as profissões e competências colaborativas, como a escuta qualificada, a construção de vínculo efetivo e o cuidado integral à saúde do usuário (Poletto & Jurdi, 2018, p. 1778).

Identifica-se que é possível no âmbito da EIP tecer relações com as práticas humanizadas na educação e no trabalho em saúde. A educação interprofissional constitui, assim, um campo de muitas possibilidades de ações humanizadas tanto entre os discentes quanto com o corpo docente, nas ações na comunidade, nos contatos iniciais com os(as) usuários(as) e familiares. No âmbito das políticas, destacamos a Política Nacional de Humanização, o Humaniza SUS, que existe desde 2003.

Compreender os diferentes sentidos e significados da humanização amplia as possibilidades de contribuir para que os processos formativos nas graduações em saúde estejam comprometidos com itinerários de aprendizagem ancorados na integralidade do cuidado e no trabalho em equipe socialmente referenciado, marcos conceituais da EIP.

O objetivo deste capítulo é discutir as concepções de humanização e relações com a EIP presentes na literatura (artigos originais produzidos no Brasil), no período compreendido entre janeiro de 2000 e junho de 2012.

Educação interprofissional na interface com a política nacional de humanização

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada com o compromisso de criar uma melhor parceria entre as várias políticas e programas de saúde vinculadas ao Sistema Único de Saúde, e os vários atores que participam do trabalho em saúde: “Somente com trabalhadores e usuários protagonistas e corresponsáveis é possível efetivar a aposta que o SUS faz na universalidade do acesso, na integralidade do cuidado e na equidade das ofertas em saúde” (Pereira & Barros, 2009).

O conceito da educação interprofissional em saúde vai ao encontro do que preconiza a PNH, ou seja, formar trabalhadores da saúde comprometidos com a prática colaborativa e o trabalho em equipe, alinhados com os princípios do SUS, como pontua Câmara et al. (2016).

Segundo Mikael, Cassiani e Silva (2017, p. 1), “a EIP 1) promove o desenvolvimento de atitudes, conhecimentos, habilidades e comportamentos conducentes à prática colaborativa e 2) melhora o trabalho em equipe desenvolvendo o respeito e o reconhecimento das habilidades dos indivíduos”.

Para tanto, é necessário que a educação interprofissional seja a base dos currículos formadores das instituições de ensino superior (IES), e não que sejam apenas pequenas ações isoladas durante a formação. Os autores ainda pontuam que a EIP “pode fortalecer a capacidade dos recursos humanos do setor da saúde, melhorar os resultados e, assim, fortalecer os sistemas de saúde” (Mikael et al., 2017, p. 1).

Peduzzi (2016 apud Rossit *et al.*, 2018) alerta que no Brasil, poucas têm sido as iniciativas das IES de ofertar cursos de graduação e pós-graduação na perspectiva da educação interprofissional, apesar de as políticas de saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais afirmarem que o perfil esperado dos profissionais de saúde deverá estar alinhado aos princípios preconizados no Sistema Único de Saúde.

A experiência do *campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), que assumiu a educação interprofissional como “direcionadora da formação em Saúde”, enfrentou muitos desafios para desenvolver essa proposta tão inovadora, mas já vem desenvolvendo essa prática desde o ano de 2006, inclusive com os cursos de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu* também. Atualmente, com toda sua *expertise* conquistada ao longo dos anos, é referência na educação interprofissional (EIP).

Rossit et al. (2014, apud Casanova et al., 2018, p. 1329) fazem importantes considerações sobre os profissionais que vivenciam o processo de formação na educação interprofissional: “[esse profissional torna-se] um indivíduo mais crítico e mais reflexivo, comprometido com as ações de saúde; com um olhar mais sensível ao contexto socioeconômico, familiar e cultural da população e do paciente; e é mais integrado à equipe”.

Percursos metodológicos

Empreendeu-se uma revisão de literatura. Segundo Trentini e Paim (1999, p. 68 apud Echer, 2001, p. 6), “a seleção criteriosa de uma revisão de literatura pertinente ao problema significa familiarizar-se com textos e, por eles, reconhecer os autores e o que eles estudaram anteriormente sobre o problema a ser estudado”.

Para esta pesquisa, a revisão de literatura realizada teve uma importante referência nos estudos de revisão sistemática – formulação de uma pergunta, localização de estudos, avaliação crítica dos estudos, coleta de dados, análise e interpretação dos dados. Porém, não se configurou como tal, pois não preencheu os critérios de diversificação de fontes, sem restrição de língua e sem restrição de natureza do material coletado (Evans & Pearsons, 2001).

A fim de proceder à realização da revisão de literatura, foi escolhida biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), no período compreendido entre janeiro de 2000 e junho de 2012, especificamente para artigos originais publicados no Brasil. A opção por essa base de dados ancorou-se em estudos anteriores das pesquisadoras sobre a formação de profissionais nas graduações em saúde, a partir dos quais já se tinha verificado que essa temática tem sido privilegiada em vários periódicos da SciELO. Assim, partindo-se da intenção fundante de discutir a humanização no âmbito da formação em saúde e da educação interprofissional, optou-se por concentrar as buscas e o trabalho investigativo nas publicações dessa base.

Os critérios de inclusão dos artigos abrangeram os seguintes itens: pertinência à questão central da formação em saúde, no âmbito da graduação; apresentação de marcos históricos do processo de humanização na formação em saúde (nível de graduação); discussão de perspectivas ou abordagens humanistas e visão de homem; discussão da PNH na perspectiva da formação em saúde; educação interprofissional e não focalização em um serviço específico (por exemplo, não foi considerada a extensa produção sobre humanização no/do parto ou a humanização na enfermagem pediátrica, dentre outros aspectos).

Na primeira fase, na análise da literatura os descritores utilizados foram *humanização*, *humanismo* e *humanização na formação*. Selecionamos

24 artigos e a análise dos dados abrangeu caracterização das publicações e discussão das concepções de humanização presentes nesses documentos. Após a produção da análise documental, procedemos à organização e à análise dos dados. Optou-se por utilizar a análise temática, conforme descrito por Minayo (2010), buscando os núcleos de sentido presentes no material analisado.

Os dados referentes à humanização estão representados na Tabela 1.

Tabela 1. Quantidade de artigos localizados na base de dados SciELO com os descritores *humanização, humanismo e humanização na formação*.

Descritor	Artigos encontrados		
	Todos os índices	Índice título	Índice assunto
Humanização	268	123	143
Humanismo	45	18	19
Humanização na formação	39	5	6
Total	352	146	168

Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

Numa segunda fase, no sentido de conhecermos a produção científica sobre a educação interprofissional de saúde e sua interface com a Política Nacional de Humanização – Humaniza SUS, e nos projetos pedagógicos das IES, utilizamos os seguintes descritores: *EIP e humanização, EIP e Política Nacional de Humanização (PNH) e EIP e projeto político-pedagógico*. Conseguimos apenas quatro artigos abordando as temáticas EIP e humanização/PNH e EIP e projetos pedagógicos. Utilizamos para análise os mesmos critérios que orientaram a primeira fase.

Apresentamos a seguir, na Tabela 2, os dados coletados referentes à educação interprofissional.

Tabela 2. Quantidade de artigos localizados na base de dados SciELO com os descritores educação interprofissional e humanização, educação interprofissional e Política Nacional de Humanização (PNH) e educação interprofissional e projeto político-pedagógico.

Descritor	Artigos encontrados		
	Todos os índices	Índice título	Excluídos
EIP e humanização	1	0	0
EIP e Política Nacional de Humanização	0	0	0
EIP e projeto político-pedagógico	7	3	4
Total	8	3	4

Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

As vozes da literatura

1. Concepções de humanização

No Quadro 1 apresentamos os artigos analisados que apresentaram os conceitos sobre humanização.

Quadro 1. Estudos que privilegiaram as concepções sobre humanização.

1	Bernardes, A. G., Guareschi, N. Estratégias de produção de si e a humanização no SUS.
2	Casate, J. C., Corrêa, A. K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação.
3	Corbani, N. M. S., Brêtas, A. C. P., Matheus, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?
4	Fortes, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde.
5	Ferreira, J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico.
6	Heckert, A. L. C.; Passos, E.; Barros, M. E. B. Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate.
7	Hoga, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão.
8	Oliveira, B. R. G., Collet, N., Vieira, C. S. A humanização na assistência à saúde.

9	Oliveira, C. P., Kruse, M. H. L. A humanização e seus múltiplos discursos – análise a partir da REBEn.
10	Reis, A. O. A., Marazina, I. V., Gallo, P. R. A humanização na saúde como instância libertadora.
11	Silva, F. D., Chernicharo, I. M., Ferreira, M. A. Humanização e desumanização: a dialética expressa no discurso de docentes de enfermagem sobre o cuidado.
12	Souza, J. C. et al. Ensino do cuidado humanizado: evolução e tendências da produção científica.
13	Souza, W. S., Moreira, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate.

Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

Por um lado, alguns autores consideram que as concepções de humanização abrangem múltiplas facetas: apontam para a ética nos relacionamentos, na garantia da comunicação com o outro, no cuidar do outro, no bom convívio social; outros consideraram fundamental investir na reflexão do tema enquanto conceito que orienta práticas, para que não se perca seu potencial transformador, acabando como mera repetição de uma palavra de ordem vazia e sem sentido. Por outro lado, encontramos considerações importantes sobre não se preocupar com definições sobre o tema mas, sim, com o que a humanização produz.

2. Na formação e no trabalho

No Quadro 2, relacionamos os documentos analisados a partir dos quais apreendemos as percepções sobre humanização no campo da formação e do trabalho em saúde.

Quadro 2. Estudos que orientaram as percepções sobre humanização na formação e no trabalho em saúde.

1	Alves, A. N. O., Moreira, S. N. T., Azevedo, G. D., Rocha, V. M., Vilar, M. J. A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de Medicina da UFRN – Natal – Brasil.
2	Amestoy, S. C.; Schwartz, E.; Thofehrn, M. B. T. A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem.
3	Azevedo, C. C., Ribeiro, M. A. T., Batista, S. H. S. S. O humanismo na perspectiva de estudantes de Medicina da UFAL.
4	Beck, C. L. C., Gonzales, R. M. B., Denarden, J. M., Trindade, L. L., Lautert, L. A humanização na perspectiva dos trabalhadores de enfermagem.

5	Casate, J. C., Corrêa, A. K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação.
6	Casate, J. C., Corrêa, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem.
7	Casate, J. C., Corrêa, A. K. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde.
8	Celín, S. H., Gobbi, F. H. A., Lemos, S. M. A. Fonoaudiologia E Humanização: Percepção De Fonoaudiólogas De Um Hospital Público.
9	Chernicharo, I. M., Silva, F. D., Ferreira, M. A. Humanização No Cuidado De Enfermagem Nas Concepções De Profissionais De Enfermagem.
10	Duarte, M. L. C., Noro, A. Humanização: Uma Leitura A Partir Da Compreensão Dos Profissionais De Enfermagem.
11	Garcia, M. A. A., Ferreira, F. P., Ferronato, F. A. Experiências De Humanização Por Estudantes De Medicina.
12	Heckert, A. L. C., Passos, E., Barros, M.E.B. Um Seminário Dispositivo: A Humanização Do Sistema Único De Saúde (Sus) Em Debate.
13	Hoga, L. A. K. A Dimensão Subjetiva do Profissional na Humanização da Assistência à Saúde: uma reflexão.
14	Lanzieri, P. G., Claro, L. B. L., Bragança, F. C. R., Montezano, V. R. S., Silva, C. S. “Boa Noite, Bom Dia Huap!” – Uma Experiência de Humanização na Formação de Profissionais da Área de Saúde.
15	Souza, W. S., Moreira, M. C. N. A Temática da Humanização Na Saúde: Alguns Apontamentos Para Debate.

Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

A PNH aponta o processo de formação como de fundamental importância para a humanização da atenção à saúde. Heckert, Passos e Barros (2009, p. 497) destacam que entre os desafios enfrentados no processo de humanização do SUS estava a interlocução com os agentes formadores, no sentido de se estabelecerem mudanças na grade curricular dos cursos de saúde na graduação e na pós-graduação “de modo a ampliar a compreensão dos formandos acerca dos modelos de gestão e atenção à saúde”. Para esses autores, a formação dos profissionais era estratégica para a promoção de mudanças das práticas, e a discussão sobre a humanização deveria efetivar-se junto às instituições de ensino e centros de pesquisa no campo da saúde (Heckert et al., 2009).

Nesse sentido, Souza e Moreira (2008, p. 333) reforçaram a necessidade de repensar o processo de formação dos profissionais de saúde, que se centravam “no aprendizado técnico, racional e individualizado, com tentativas de crítica, criatividade e sensibilidade”.

Esses autores fizeram também uma reflexão acerca do termo integralidade, apontando que ele deveria ser estudado mais profundamente, pois a consideram fundamental no cotidiano das práticas de saúde por estar “intrinsecamente associado à capacidade e à sensibilidade dos profissionais de saúde em abordar as situações, em se confrontar com limites de sua ação e em procurar incorporar revisões e redefinições de seus processos de trabalho” (Souza & Moreira, 2008, p. 334).

Reeves (2016, p. 87) sugere que a educação interprofissional deve ser parte do desenvolvimento profissional contínuo do indivíduo, iniciando com programas de pré-qualificação e tendo continuidade durante toda a sua carreira.

No Quadro 3, destacamos os documentos analisados que focalizaram as relações entre professores e estudantes.

Quadro 3. Estudos que focalizam as questões relacionais.

1	Alves, A. N. O., Moreira, S. N. T., Azevedo, G. D., Rocha, V. M., Vilar, M. J. A. A humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de Medicina da UFRN, Natal, Brasil.
2	Azevedo, C. C., Ribeiro, M. A. T., Batista, S. H. S. S. O humanismo na perspectiva de estudantes de Medicina da UFAL.
3	Casate, J. C., Corrêa, A. K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação.
4	Casate, J. C., Corrêa, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem.
5	Casate, J. C., Corrêa, A. K. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde.
6	Celín, S. H., Gobbi, F. H. A., Lemos, S. M. A. Fonoaudiologia e humanização: percepção de fonoaudiólogas de um hospital público.
7	Corbani, N. M. S., Brêtas, A. C. P., Matheus, M. C. C. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso?
8	Garcia, M. A. A., Ferreira, F. P., Ferronato, F. A. Experiências de humanização por estudantes de medicina.
9	Hoga, L. A. K. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão.

Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

Os sentidos da humanização apontam, nos artigos destacados no Quadro 3, a importância da relação professor-aluno como relevante para a formação em saúde. Pode-se apreender também, das pesquisas realizadas, que a relação entre o profissional de saúde e os pacientes é imprescindível para que a humanização esteja presente nos atendimentos. As relações humanas são o princípio de toda prática humanizadora, na qual o conhecimento técnico deve estar aliado à sensibilidade, à afetividade e ao comportamento ético-profissional da humanização, que potencializariam as ações humanizadoras por parte dos envolvidos nesse processo: professores, alunos, profissionais e demais atores.

Considerações finais

A literatura investigada apresentou uma polissemia em relação à humanização: a ética nos relacionamentos, o cuidar/comunicar com o outro, pensar sobre o tema enquanto conceito que orienta práticas, e o que consideramos muito importante, refletir sobre o que a humanização produz. O termo humanização nos remete, também, a *atitude*, a um modo de *entender*, de *fazer*, de *ser* e *conviver* com as pessoas; é como o profissional se envolve com as questões de saúde e as formas de resolubilidade das demandas. Assim, a humanização revela-se como um processo complexo e amplo que envolve condições institucionais e pessoais, acolhimento, sensibilidade, valorização e interesse pela história do outro.

Com referência ao processo de formação, os sentidos da humanização apontam a importância da relação professor-aluno como relevante para a formação em saúde. No caminhar durante a formação, se faz necessária a utilização de diferentes estratégias pedagógicas e diversos cenários de aprendizagem significativa, superando a mera transmissão de conteúdo – o que nos remete à importância da formação docente para poder transmitir esses valores.

No trabalho em saúde, espera-se do profissional afetividade, sensibilidade, escuta qualificada para o acolhimento do usuário, pautando sua atuação em uma ética nas relações de trabalho. Apreende-se que a relação do profissional de saúde com seus usuários e com a comunidade é atravessada por percepções, valores e saberes e, se assumida em uma perspectiva emancipatória da humanização, deve configurar-se como uma relação na qual o conhecimento técnico precisa estar

aliado à sensibilidade, à escuta e ao acolhimento, que dialogam com as práticas assumidas por uma formação proposta pela educação interprofissional.

Os desafios que se mostraram pertinentes na formação dos novos profissionais de saúde pautados pela humanização e a educação interprofissional abrangeram os seguintes elementos: implantação de mudanças nas graduações em saúde, a partir do que determinam as Diretrizes Curriculares Nacionais, o Programa Humaniza SUS e os documentos técnico-políticos referentes à educação interprofissional; assunção do tema humanização nos currículos como eixo transversal, potencializando um diferencial na formação em saúde e na educação permanente em saúde; construção de competências docentes (formação de professores comprometidos com práticas humanizadas e escuta qualificada, que estabeleçam um bom diálogo com os estudantes e proporcionem experiências significativas ao longo da formação, em sua prática cotidiana e nos estágios); avaliação e acompanhamento da humanização no processo de formação envolvendo discentes, docentes e, posteriormente, egressos dos cursos da saúde.

Uma perspectiva de continuidade e desdobramento deste estudo é a investigação das concepções de humanização dos universitários da saúde inseridos em instituições de ensino superior com propostas curriculares que priorizam a educação interprofissional.

Reafirma-se que a temática da humanização e da educação interprofissional emerge como fundamental na formação em saúde, comprometida com a consolidação do SUS.

Referências

- Barr, H., & Low, H. (2013). *Introdução à educação interprofissional*. Londres: CAIPE. Recuperado em 26 de outubro, 2020, www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2018/pub_caipe_intro_eip_po.pdf.
- Brasil. (1990). *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República. Casa Civil Recuperado em 8 de julho, 2016, <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-publicacaooriginal-1-pl.html>.
- Câmara, A. M. C. S. et al. (2016). Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, pp. 9-12. Recuperado em 1 de outubro, 2020, https://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/pt_1807-5762-icse-20-56-0005.pdf.
- Casanova, I. A., Batista, N. A., & Moreno, L. R. (2018). A educação interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl.1), pp. 1325-1337. Recuperado em 01 de outubro, 2020, <https://www.scielo.br/j/icse/a/cPBJvYTv9xfrP7NndsRG8pB/?lang=pt&format=pdf>.
- Echer, I. C. (2001). A revisão de literatura na construção do trabalho científico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 22(n.2), pp. 5-20. Recuperado em 05 de fevereiro, 2021 <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4365/2324>.
- Evans, D., & Pearsons, A. (2001). Systematic Reviews: Gatekeepers of Nursing Knowledge. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), pp. 593-599. Recuperado em 05 de fevereiro, 2021 <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1046/j.1365-2702.2001.00517.x>.
- Heckert, A. L. C., Passos, E., & Barros, M. E. B. (2009). Um seminário dispositivo: a humanização do Sistema Único de Saúde (SUS) em debate. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 13(supl.1), pp. 493-502. Recuperado em 12 julho, 2020, www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500002&lng=en&nrm=iso.
- Medeiros, L. M. O. P., & Batista, S. H. (2014). Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise documental. *Anais do Congresso Internacional de Humanidades & Humanização em Saúde*, 1, p. 302.
- Medeiros, L. M. O. P.; & Batista, S. H. (2016). Humanização na formação e no trabalho em saúde: uma análise da literatura. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14, pp. 925-951.
- Mikael, S. S. E., Cassiani, S. H. B., & Silva, F. A. M. (2017). The PAHO/WHO Regional Network of Interprofessional Health Education. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 25(e2866). Recuperado em 2 de outubro, 2020, https://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2866.pdf.
- Minayo, M. C. S. (2010). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12.ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco.
- Organização Mundial Da Saúde (OMS). *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa* (WHO/HRH/HPN/10.3). Genebra: OMS, 2010. Recuperado em 1 de outubro, 2020, https://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_

para_acao.pdf%20.

Pereira, E. H. P., & Barros, R. D. B. (2009). Humanização. In Fiocruz. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Recuperado em 1 de outubro, 2020, <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>

Poletto, P. R., & Jurdi, A. P. S. (2018). A experiência de revisão das matrizes curriculares em um projeto pedagógico inovador: caminhos para fortalecer a educação interprofissional em Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl.2), pp. 1777-1786.

Reeves, S. (2016). Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 185-196.

Rossit, R. A. S., Freitas, M. A., Batista, S. H. S. S., & Batista, N. A. (2018) Construção da identidade profissional na educação interprofissional em saúde: percepção de egressos. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl.1), pp. 1399-1410.

Souza, W. S., & Moreira, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 12(25), pp. 327-338.

10 A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA COMO ESTRATÉGIA OTIMIZADORA DA FORMAÇÃO EM SAÚDE E DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA

Natália Milânio Soares de Faria¹
 Nadja Shinyashiki Igarashi²
 Bettina Correa da Silva Vostoupal de Souza¹
 Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo¹

A extensão universitária na formação em saúde

O objetivo deste capítulo é apresentar uma pesquisa realizada com extensionistas e egressos ex-extensionistas de dois projetos do *campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) em que se priorizou conhecer o quanto a extensão universitária embasada na educação interprofissional contribui para a formação em saúde, especificamente para o trabalho em equipe.

O ensino, a pesquisa e a extensão são vistos como os três pilares que sustentam a universidade pública, indissociáveis e interdependentes. Segundo Batista et al. (2005), as atividades de extensão levam a novas dimensões do processo formativo, aproximando os estudantes da realidade local e regional da área de abrangência da universidade e mantendo os projetos de pesquisa, construindo, assim, novos conhecimentos. Santos (2010) destaca que as instituições de ensino superior devem, cada vez mais, trabalhar integrando as atividades de ensino, pesquisa e extensão para a qualificação de seus docentes, estudantes e servidores técnicos administrativos e, nesse contexto, a tríade ensino-pesquisa-extensão mostra-se intimamente relacionada à busca de qualidade na educação superior.

A Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista (Unifesp-BS), Instituto Saúde e Sociedade, por meio de seu Projeto Pedagógico estrutura suas ações e atividades acadêmicas nesse tripé e tem como propósito a ruptura

¹ Universidade Federal de São Paulo – Instituto Saúde e Sociedade, *campus* Baixada Santista, Santos – SP – Brasil, e-mail: faria26@unifesp.br, bettina@vostoupal.com, uchoa.lucia@unifesp.br

² Instituto Okuma Shinyashiki, São Paulo- S.P. e-mail: na.shinyashiki@gmail.com

com os modelos disciplinares rígidos, transcendendo os fazeres individualizados de cada profissão, em prol da educação interprofissional (EIP) em Saúde e da integralidade no cuidado (Unifesp, 2006; Batista et al., 2018).

A proposta formativa é modular e está estruturada em quatro eixos, três deles comuns, nos quais todos os alunos aprendem juntos e uns com os outros, numa perspectiva interdisciplinar e interprofissional, além do quarto eixo (específico), em que cada curso tem seu conteúdo focado especificamente na área (Batista, 2012). Completando a formação, as ações extensionistas acontecem extramuro em distintas áreas e locais, de modo bem diversificado, proporcionando ricas experiências para alunos de diferentes cursos e termos, que aprendem juntos realizando trabalho com a comunidade.

Muitos dos projetos de extensão são organizados em turmas mistas com alunos de diversos cursos, bem como de diferentes anos e termos. A seguir serão mostrados dois projetos de extensão assim organizados, que fazem parte da pesquisa que aqui será apresentada: o projeto “A narrativa como um dispositivo na elaboração de um novo olhar sobre o câncer infantil” (Proencc) (Uchôa-Figueiredo, 2020b) e o projeto “Baú de Histórias” (PEUBH) (Uchôa-Figueiredo, 2020a).

O projeto de extensão Proencc é realizado no município de Santos, na Irmandade da Santa Casa da Misericórdia (ISCMS), com as crianças que se encontram internadas na enfermaria de oncologia pediátrica do hospital. Compõem o projeto seis extensionistas de diferentes áreas, dos cursos de educação física, psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição e serviço social do Instituto Saúde e Sociedade. As ações são realizadas de forma interprofissional sempre em duplas ou trios; as visitas são semanais, com duração de duas a três horas, e nelas os extensionistas brincam livremente com as crianças. No final de três encontros com a mesma criança, os extensionistas constroem uma narrativa lúdica, que depois é entregue a essa criança (Uchôa-Figueiredo, 2020b).

A proposta do projeto de extensão é trabalhar de modo interdisciplinar e interprofissional, proporcionando aos extensionistas o compartilhamento de saberes, um processo de ensino e aprendizagem que os ajuda a se prepararem para o trabalho em equipe interprofissional, para a integralidade no cuidado e o trabalho colaborativo humanizado, considerado um diferencial para o cuidado em saúde.

O projeto de extensão PEUBH também acontece em Santos na ISCMS, na

Unidade Básica de Saúde do Embaré e na Creche Estrela Guia. As intervenções com as crianças são realizadas por meio de atividades lúdicas, em que se trabalha com sucatas e materiais de baixo custo, de modo a mostrar como reutilizá-los. São 22 extensionistas dos cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional de diferentes anos e termos do Instituto Saúde e Sociedade que trabalham divididos em turmas.

As intervenções são divididas em partes, todas previamente planejadas e estruturadas a partir de uma temática, compostas por dinâmicas de aquecimento, contação de história, brincadeiras ou oficinas e finalização das atividades. Isso definido, os extensionistas criam alguma história no contexto do planejamento, e utilizam materiais de baixo custo ou sucata para a contação de histórias.

Durante a intervenção em campo, o tempo todo as crianças são convidadas a participar das brincadeiras ou das oficinas, momento em que ressignificam e dão outras finalidades aos materiais utilizados na confecção dos personagens e cenários da história, aprendendo sobre os direitos humanos e os deveres de cada cidadão, e também que o descarte correto dos materiais colabora com a cidade, a saúde, a educação e o meio ambiente, sua relação com a sustentabilidade e a valorização do ecossistema.

Enquanto uma turma está no campo realizando as intervenções, a outra está no *campus* da universidade preparando material, cenários, personagens para a história do próximo campo, assim como as atividades lúdicas pós-contação de histórias, que podem ser brincadeiras ou oficinas. No *campus* são também realizadas supervisões com a psicóloga do projeto, nas quais os estudantes têm a oportunidade de conversar sobre a intervenção e fazer associações entre a teoria e a prática.

Uma vez por mês, com todos os integrantes do projeto, são realizadas oficinas de atividades lúdicas, planejamento e confecção dos recursos que serão utilizados no campo. Duas vezes por ano, além das intervenções planejadas, os extensionistas e os coordenadores do projeto participam de reunião com os profissionais dos serviços, realizam oficinas de brinquedos reciclados e pesquisas relacionadas ao projeto (Uchôa-Figueiredo, 2020a). O PEUBH oferece aos extensionistas aprendizado sobre consciência ambiental e sustentabilidade, cuidado humanizado e interação social, refletindo o brincar enquanto recurso facilitador e transformador.

No contexto apresentado, os dois projetos de extensão promovem

um processo diferenciado de ensino e aprendizagem baseado na EIP, em que incentivam os extensionistas a realizar um trabalho colaborativo em equipe, a vivenciar a integralidade no cuidado, a experimentar a interprofissionalidade, a interdisciplinaridade e a aprendizagem compartilhada.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), a educação interprofissional é uma estratégia de formação em saúde capaz de melhorar a qualidade da atenção à saúde a partir da experiência de trabalho em equipe, na perspectiva da prática colaborativa. Para Reeves (2016), a EIP possibilita aos estudantes aprender em conjunto com outros profissionais, de modo a vivenciar atributos e habilidades necessários ao trabalho coletivo.

Para a OMS (2010), a EIP ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões diferentes se unem a fim de aprender sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar que haja colaboração entre eles e dessa forma contribuir para melhorar os resultados na saúde. Assim, a EIP é uma “intervenção em que os membros de mais de uma profissão da saúde aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional ou a saúde/bem-estar de pacientes/clientes, ou ambos” (Reeves et al., 2013, p. 2).

É na integração ensino-serviço-comunidade que realmente é possível acontecer o aprendizado da EIP, pois é ali, onde já se tem uma rede de ação estruturada, que os alunos terão a oportunidade de “aprender junto nos espaços dos serviços de saúde, aprendendo com o colega, com o docente, com o profissional de saúde, com a equipe, com o usuário e com a comunidade” (Batista et al., 2018, p. 1710).

Nesse sentido, Batista (2012) afirma que a aprendizagem compartilhada durante a graduação ajuda a tornar o estudante um profissional que trabalha melhor em equipe, pois se sente mais à vontade com esse tipo de interação e a percebe como uma habilidade importante. O estudante também se mostra mais empoderado do seu conhecimento, tornando a aprendizagem compartilhada uma estratégia essencial na formação profissional.

A formação para integralidade do cuidado e prática em saúde requer um trabalho de equipe possibilitando a cooperação para práticas transformadoras (Batista, 2012). O trabalho em equipe se revela como uma estratégia para integrar as especialidades e as variadas profissões, sendo fundamental para desenvolver a

assistência e cuidado integral (Mccallin, 2001).

Para a realização dessas atividades extensionistas, o *campus* Baixada Santista da Unifesp tem um espaço denominado área verde, onde os alunos estão livres para participar de atividades diversas. Eles são incentivados a participar desses projetos, bem como do PET Saúde, de pesquisa, estudos e realização dos trabalhos dos eixos comuns, geralmente em grupos, na perspectiva interdisciplinar.

Dessa forma, os projetos de extensão aqui apresentados possibilitam aos extensionistas ter semanalmente mais um espaço para vivenciar a prática da educação interprofissional, a prática colaborativa e o trabalho em equipe em cenários distintos, tornando assim a proposta desse *campus* ainda mais eficaz.

A questão para esta pesquisa foi identificar o quanto os extensionistas e egressos ex-extensionistas aprenderam com o processo formativo proporcionado pelas duas extensões universitárias embasadas na educação interprofissional para a formação em saúde, especificamente para o trabalho em equipe.

Método

Trata-se de uma pesquisa quantitativa de caráter transversal, em que participaram alunos extensionistas e egressos ex-extensionistas dos cursos de graduação em fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, educação física, serviço social e nutrição, de dois projetos de extensão do *campus* Baixada Santista da Unifesp, num total de 49 participantes, sendo 38 do PEUBH e 11 do Proencc.

Para esta pesquisa utilizou-se como instrumento a escala Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS), com 29 itens totais, agrupados em três fatores: o fator 1 é trabalho em equipe e colaboração, o fator 2 é identidade profissional, o fator 3 atenção à saúde centrada no paciente.

A RIPLS foi validada no Brasil por Peduzzi *et al.* (2015) e permite avaliar a disponibilidade dos estudantes para o aprendizado compartilhado com estudantes de outras áreas. Essa escala tem sido utilizada em pesquisa de investigação de atitudes de estudantes de saúde e de impacto das características dos estudantes e do programa no sentido de promover a colaboração com colegas de outras áreas profissionais (Peduzzi et al., 2015).

Neste capítulo será apresentado somente o fator 1 (Trabalho em equipe

e colaboração), já que a intenção é conhecer o quanto a extensão universitária embasada na educação interprofissional contribuiu para a formação em saúde, especificamente para o trabalho em equipe. O fator 1 compreende catorze itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16) relacionados a atitudes positivas e disponibilidade para aprendizado compartilhado, trabalho em equipe, colaboração, confiança e respeito em relação a estudantes de outras áreas profissionais.

O modelo de instrumento utilizado é uma escala Likert de atitudes, que sustenta “uma disposição para a ação”, e tem como objetivo verificar o nível de concordância do sujeito com uma série de afirmações que expressem algo favorável ou desfavorável em relação ao objeto pesquisado (Pasquali, 1996). Essa escala compreende as seguintes respostas: 1-discordo totalmente; 2-discordo; 3-não concordo nem discordo; 4-concordo; 5-concordo totalmente. Os resultados da validação da RIPLS mostram que ela consiste em um instrumento eficiente de avaliação de iniciativas de EIP no Brasil (Peduzzi et al., 2015).

A coleta de dados aconteceu no período de 2016 a 2019 e foi realizada com alguns alunos e profissionais de modo presencial e com outros *on-line*. Para análise dos dados, diante de cada assertiva, os respondentes tiveram que escolher entre cinco opções, sendo atribuído um valor a cada uma das opções que variavam de 1 a 5 pontos. De acordo com cada assertiva em cada uma das dimensões, a concordância plena é pontuada com 5 pontos e discordância plena com 1 ponto, refletindo a percepção e a compreensão dos respondentes nas assertivas propostas (Ferreira, 2004).

Dessa forma, são apresentadas as principais competências e a porcentagem de concordância dos respondentes, distribuídas por fatores para melhor visualização. Peduzzi et al. (2015) afirmam que quanto maior o escore, maior a concordância com o item, significando assim que são mais fortes as atitudes e a disponibilidade para a aprendizagem interprofissional.

Utilizou-se também como análise o mapa comportamental de cores, em que os valores atribuídos a cada uma das assertivas do fator 1 foram separadas em cores, indicando o comportamento de cada grupo em relação às atitudes e prontidão para o trabalho em equipe e para a prática colaborativa.

No mapa comportamental de cores, em vermelho as assertivas que

obtiveram média menor ou igual a 2,33 indicam zona de perigo. Em amarelo, as assertivas com média entre 2,34 e 3,77 mostram situação de alerta. Por fim, em verde, as assertivas com média superior a 3,78 até 5,0 apontam zona de conforto. Para esta análise, as médias das respostas às asserções foram desmembradas e classificadas conforme o Quadro 1, baseado em Bruno (1999), Ferreira (2004), Ferreira, Batista e Batista (2013) e Moraes et al. (2012).

Quadro 1. Pontuações do mapa comportamental de cores.

Intervalo das médias	Classificação	Providências
1,00 - 2,33	Zona de perigo	Mudanças imediatas
2,34 - 3,77	Zona de alerta	Aprimoramento
3,78 - 5,00	Zona de conforto	Manutenção

Fonte: adaptado de Perego (2015).

Dessa forma, as assertivas cujas respostas estiveram numa média de 1,0 a 2,33 pontos apontaram para uma percepção negativa com a necessidade de mudanças urgentes; nas de 2,34 a 3,77 pontos, existem dificuldades que demandam mudanças sem o caráter de urgência; de 3,77 a 5,00 pontos, a percepção é positiva, denotando êxito naquilo que estava sendo pesquisado (Perego, 2015).

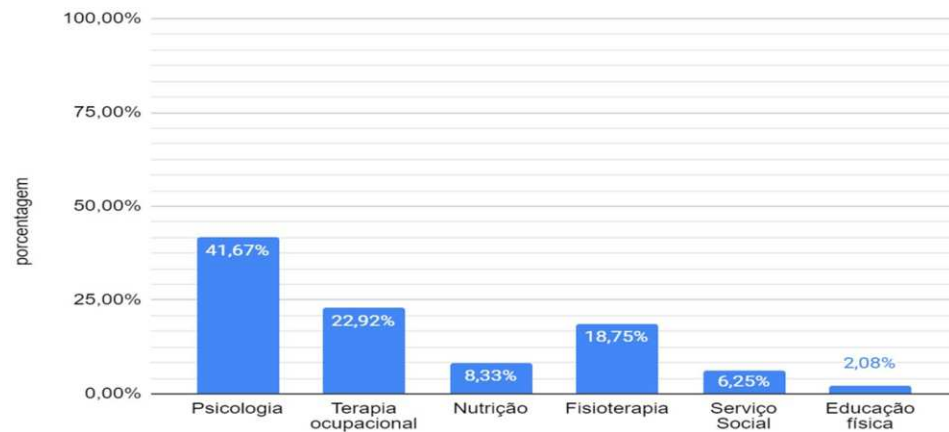
Resultados e discussão

Os participantes

Fizeram parte desta pesquisa 49 participantes, a maioria alunos extensionistas das áreas de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, e quatro egressos ex-extensionistas das áreas de educação física, psicologia e terapia ocupacional. A idade dos participantes variou entre 18 e 27 anos, sendo eles divididos por todos os anos da graduação, do 1º ao 4º ano.

Em relação aos cursos e profissões, a maioria declarou ser da área de psicologia, como mostra a Figura 1, a seguir.

Figura 1. Distribuição amostral relativa aos cursos e às profissões dos participantes da pesquisa.



Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

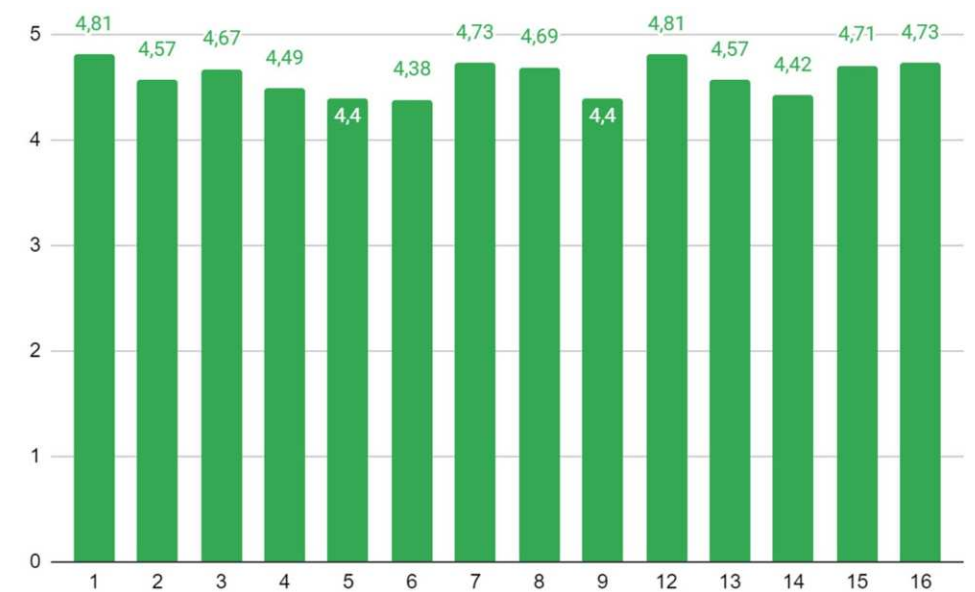
A Figura 1 mostra que a maior porcentagem ficou para os cursos de psicologia e terapia ocupacional, e a menor porcentagem para os cursos de educação física e serviço social.

Processo formativo, o trabalho em equipe e a colaboração

A educação interprofissional (EIP) é, segundo Batista (2012), a principal estratégia utilizada para formar profissionais preparados para trabalhar em equipe. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) revela que as equipes de saúde que contêm os diferentes núcleos profissionais, trabalhando de forma interprofissional, levam a melhor qualificação dos serviços de saúde oferecidos aos usuários, na medida em que há entendimento das habilidades dos profissionais que compõem a equipe, além de compartilhamento e gerenciamento de casos.

Neste capítulo serão apresentados os resultados da escala RIPLS referente ao fator 1, trabalho em equipe e colaboração, como mencionado, que mensura as atitudes positivas e relacionadas à disponibilidade dos extensionistas para o aprendizado compartilhado, além de trabalho em equipe, colaboração, confiança e respeito entre os estudantes das diversas áreas, no contexto dos dois projetos de extensão. A Figura 2 apresenta o perfil geral atitudinal por assertivas que compõem o fator 1.

Figura 2. Gráfico do perfil geral atitudinal das assertivas que compõem o fator 1: trabalho em equipe e colaboração.



Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

Percebe-se que as médias mostram uma percepção positiva, ficando todas as assertivas na zona de conforto entre 3,78 e 5,00, conforme o mapa comportamental de cores, denotando êxito na atitude dos extensionistas e egressos ex-extensionista dos PEUBH e Proencc relacionada ao trabalho em equipe. Os resultados que dizem respeito à aprendizagem com outros estudantes, que se relacionam com a participação engajada na equipe, são as assertivas que melhor foram pontuadas.

Isso ocorreu com a assertiva 1, “A aprendizagem junto com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde” (4,81), a assertiva 7, “Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros” (4,73), e a assertiva 16, “A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe” (4,73).

Esses resultados manifestam significativa concordância dos extensionistas dos dois projetos com elementos que contribuem para a aquisição da confiança

e do respeito para com as diferentes áreas profissionais, favorecendo a execução do trabalho em equipe e do aprendizado compartilhado. Nesse contexto, pode-se afirmar que o espaço da extensão universitária PEUBH e Proencc tem favorecido o desenvolvimento dos princípios da educação interprofissional.

Os dois projetos de extensão (PEUBH e Proencc) têm em comum a existência de vários momentos nos quais se pode colocar em prática discussões em equipe, planejamento das atividades, troca com os diversos profissionais dos serviços em que estão inseridos, supervisões, oficinas em que atuam diretamente na construção e sugerem temáticas que entendem ser importantes para sua prática em campo, além de ter a oportunidade de discutir com os grupos de diferentes contextos de atuação, o que facilita a expansão do seu conhecimento para outros contextos.

Freire (1994) conceitua que a educação é um processo no qual ocorre a integração de conhecimento. Ao refletir e atuar ativamente no problema, o sujeito desenvolve autonomia e possibilita o desenvolvimento de ações em outros contextos (Martins & Alvim, 2012).

Costa, Baiotto e Garces (2013) revelam que, nos projetos de extensão, a aprendizagem se dá em grupos, levando ao aprendizado do trabalho em equipe e à valorização do trabalho do outro, o que favorece saber se expressar, aprender o momento de ouvir e de falar, discutir com sujeitos de diferentes áreas e aprender a conviver, além de expandir a rede de relacionamentos, o que facilita a convivência com diferentes sujeitos, contribuindo para que o extensionista obtenha a habilidade de trabalhar com diversas pessoas.

Os extensionistas reforçam esse aprendizado pelos resultados apresentados em outras assertivas, como a 14, “Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões da saúde” (4,42), e a 15, “A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe” (4,71), mostrando que as vivências nos projetos de extensão PEUBH e Proencc contribuem para a aquisição da habilidade de trabalhar em equipe.

Reeves, Xyrichis e Zwarenstein (2018) afirmam que, ao trabalhar em equipe, há o envolvimento de profissionais de diversas áreas reforçando a identidade de equipe, a clareza dos papéis profissionais de cada integrante, os objetivos e as atividades executadas de forma integrada.

Batista (2012) afirma algumas questões que estão vinculados ao trabalho em equipe, como reflexão dos papéis profissionais, resolução de problemas, negociação nas decisões por meio da construção de conhecimentos de maneira dialógica, respeito às diferenças e singularidades dos variados núcleos de saberes e práticas profissionais, e a interprofissionalidade.

Na assertiva 8, “Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde” (4,69), os extensionistas dos PEUBH e Proencc pontuaram positivamente, sinalizando que essas habilidades são bem trabalhadas no cotidiano dos dois projetos de extensão, contribuindo assim para que os extensionistas sejam futuros profissionais aptos ao trabalho em equipe colaborativo.

Isso favorece positivamente a percepção e eficiência das relações do trabalho em equipe e dos cuidados em saúde, constituindo uma prática interprofissional colaborativa em saúde (PIC), pois revela-se como uma importante estratégia para reverter o modelo de atenção à saúde hegemônico e aumentar a resolutividade do trabalho em equipe, respeitando a integralidade do indivíduo (Dow et al., 2017).

Segundo a CIHC (2010), para alcançar a PIC em saúde, se faz necessária também a comunicação interprofissional, sendo ela um domínio de destaque. Entre outros domínios, há o cuidado centrado na pessoa, família e comunidade; esclarecimento de papéis profissionais, dinâmica de funcionamento da equipe; solução de conflitos interprofissionais e liderança colaborativa (CIHC, 2010).

Previato e Baldissera (2018) sugerem que as equipes de saúde gerem espaços e oportunidades para o diálogo, especificamente investigando as oportunidades para a comunicação interprofissional, executando reuniões frequentes nas equipes, discussões de casos, praticando a tomada de decisão compartilhada e buscando a educação permanente como momentos de esclarecimento interprofissional.

Pode-se observar esses elementos sendo favorecidos nas extensões universitárias PEUBH e Proencc, quando os extensionistas também avaliam positivamente (zona de conforto) as assertivas 5, “Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde” (4,40), e 13, “A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais” (4,57).

Arruda e Moreira (2018), Gocan, Laplante and Woodend (2014), Freire (2011) e D’amour et al. (2005) relatam que a comunicação é fundamental para

desenvolver a cultura grupal, permitindo realizar a colaboração interprofissional de forma efetiva, desenvolvendo um meio de comunicação aberta entre as equipes, oferecendo oportunidades para compartilhamento de inquietações e vitórias produzidas no cotidiano do trabalho, o que contribui para resultados efetivos e satisfação do usuário e, conseqüentemente, favorece o aprendizado pela prática cotidiana, transformado por meio de reflexão e saberes problematizados.

Nesse contexto, Reeves (2016) afirma que a EIP está associada ao plano da colaboração. Para os autores, a colaboração interprofissional se mostra fundamental para a qualificação de atendimento e seus resultados de saúde, uma vez que há aumento da interação interprofissional por meio de elementos que envolvem a identidade e responsabilidade compartilhada, objetivos comuns, integração, interdependência e tarefas em equipe.

Os resultados apresentados nas assertivas 2, “Em última análise os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes” (4,57), e 3, “Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumentará a minha capacidade de compreender problemas clínicos” (4,67), revelam que os extensionistas dos PEUBH e Proencc concordam em trabalhar juntos para que as pessoas assistidas sejam beneficiadas por esse cuidado.

A prática interprofissional deve ocorrer efetivamente no exercício cotidiano de trabalho dos variados profissionais, caracterizando-se de maneira colaborativa, colocando o foco no usuário e apontando para suas necessidades de maneira integral (Agreli et al., 2016).

Dessa forma, cada profissional toma decisões usando habilidades profissionais específicas, em alcance de um objetivo comum (Peduzzi, 2008). Assim, vemos a importância de o estudante respeitar e conhecer a atuação do outro, que pode fortalecer seu próprio reconhecimento como parte integrante de uma equipe (Peduzzi, 2001).

André et al. (2018) relatam que oportunizar uma abordagem pedagógica que respeite a troca de saberes entre sujeitos, reconhecendo seu conhecimento, facilitará o aprendizado colaborativo, uma vez que por meio das diferenças é possível construir esse aprendizado quando o discente percebe seu valor, favorecendo tanto o seu engajamento durante todo o seu aprendizado quanto o de seu colega. Ao fazer as trocas, cria-se a possibilidade de observar e ressignificar sua ação.

Aguilar-da-Silva, Scapin e Batista (2011) concordam que a competência isolada de cada profissional não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde. Os autores enfatizam a necessidade de flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação integral, o que foi observado nas assertivas 9, “A aprendizagem compartilhada me ajudará a compreender minhas próprias limitações” (4,40), e 6, “A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais” (4,38).

Quando os estudantes compreendem a limitação da sua área profissional na atuação sem a ajuda das demais áreas, eles se mostram abertos para futuramente atuar em equipe e para o cuidado em saúde de forma integral (Oliveira et al., 2016). Isso foi observado com as respostas dos estudantes à assertiva 4, “A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde durante a graduação melhoraria os relacionamentos após a graduação” (4,49), que apresentou um resultado satisfatório em zona de conforto.

Enfim, os projetos de extensão investigados podem ser considerados como locus significativo para a prática interprofissional colaborativa em ação, o que mostra a relevância de uma estrutura de aprendizagem ancorada na educação interprofissional (Faria & Uchôa-Figueiredo, 2019).

Considerações finais

A prática colaborativa interprofissional e o aprendizado compartilhado resultam numa prática efetiva do trabalho em saúde, facilitando a compreensão dos problemas clínicos e da interação entre a equipe e a comunicação entre equipe e pacientes, contribuindo para uma melhor formação profissional.

A experiência da extensão universitária interprofissional revela-se como espaço otimizador por favorecer o preparo e a compreensão de uma prática efetiva em saúde, no que diz respeito ao desenvolvimento de um estudante que trabalha melhor em equipe, propiciando a oportunidade de vivenciar a prática interprofissional colaborativa.

Os projetos de extensão favorecem a percepção dos extensionistas como sujeitos ativos tanto no seu processo de aprendizagem quanto no dos outros, favorecendo o engajamento em todas as práticas que envolvem esse processo,

desde as supervisões e oficinas em *campus* como atuação com as equipes e pacientes das instituições em que estão inseridas.

Referências

- Agreli, H. F., Peduzzi, M., & Silva, M. C. (2016). Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 59(20), pp. 905-916.
- Aguilar-Da-Silva, R. H., Scapin, L. T., & Batista, N. A. (2011). Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*, 16(1), pp. 165-182.
- André, M. A., Pereira, R., Príncipe, L. M., & Aranha, E. G. (2018). Tutoria acadêmica no mestrado profissional: um aprendizado compartilhado, *Revista da Faeeba, Educação e Contemporaneidade*, 25(47), pp. 37-50.
- Arruda, L. S., & Moreira, C. O. F. (2018). Colaboração interprofissional: um estudo de caso sobre os profissionais do Núcleo de Atenção ao Idoso da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (NAI/UERJ), Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(64), pp. 199-210.
- Batista, N. A., Batista, S. H. S. S., Goldenberg, P., Seiffert, O., & Sonzogno, M. C. (2005). O enfoque problematizador na formação de profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 39(2), pp. 147-161.
- Batista, N. A., Rossit, R. A. S., Batista, S. H. S. S., Silva, C. C. B., Uchôa-Figueiredo, L. R., & Poletto, P. R. (2018). Educação interprofissional na formação em saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, *campus Baixada Santista*, Santos, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl.2), pp. 1705-1715.
- Batista, N. A. (2012). Educação interprofissional: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, 2, pp. 25-28.
- Bruno, L. F. (1999). *Levantamento da qualidade de vida no trabalho*. Manaus: UFAM
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). (2010). *National Interprofessional Competency Framework: quick reference guide*. Vancouver: University of British Columbia, Recuperado em 30 de outubro, 2020, <http://ipcontherun.ca/wp-content/uploads/2014/06/National-Framework.pdf>.
- Costa, A. A., Baiotto, C. R., & Garces, S. B. (2013). Aprendizagem: o olhar da extensão. In L. Síveres (org.). *A extensão universitária como um princípio de aprendizagem*. Brasília: Liber Livro, pp. 61-77.
- D'Amour, D., Ferrada, V. M., San Martin, R. L., & Beaulieu, M. D. (2005). Conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(supl.1), pp. 116-31.
- Dow, A. W., Zhu, X., Sewell, D., Banas, C. A., Mishra, V., & Tu, S. P. (2017). Teamwork on the rocks: rethinking interprofessional practice as networking. *Journal of Interprofessional Care*, 31(6), pp. 677-678.
- Faria, N. M., & Uchôa-Figueiredo, L. R. (2019). Potência da extensão universitária para a experiência interprofissional. 11.ed. In G.R. Ferreira (org). *Educação: políticas, estrutura e organização*. Ponta Grossa: Atena, pp. 128-140.
- Ferreira, B. J. (2004). *Inovações na formação médica: reflexos na organização do trabalho pedagógico*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, Brasil.
- Ferreira, B. J., Batista, S. H., & Batista, N. A. (2013). O processo de ensino/aprendizagem no mestrado profissional MP-Norte: análise de uma experiência. *Enseñanza de las Ciencias*, v. extra, p. 1246.
- Freire, P. (2011). *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz & Terra.
- Freire, P. (2020). *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz & Terra.
- Gocan, S., Laplante, M. A., & Woodend, K. (2014). Interprofessional collaboration in Ontario's family health teams: a review of the literature. *J Res Interprof Pract Educ*, 3(3), pp. 1-19.
- Martins, P. A. de F., & Alvim, N. A. T. (2012). Plano de cuidados compartilhados: convergência da proposta educativa problematizadora com a teoria do cuidado cultural de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), pp. 368-73.
- Mccallin, A. M. (2001). Interdisciplinary practice – a matter of teamwork: an integrated literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 10, pp. 419-28.
- Moraes, S. G., Justino, M. L., Jansen, B. F., Barbosa, E. P., Bruno, L. F. C., & Pereira, L. A. V. (2012). Development and validation of strategy to assess teaching methods. *Progress in Education*, 28, pp. 81-108.

- Oliveira, C. M., Batista, N. A., Batista, S. H. S. S. & Uchôa-Figueiredo, L. R. (2016a). A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(59), pp. 1005-1014.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS. Recuperado em 10 de junho, 2021, https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3019:marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa&Itemid=844
- Pasquali, L. (1996). *Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento*. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida da Universidade de Brasília.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, 35(1), pp. 103-109.
- Peduzzi, M. (2008). Trabalho em equipe. In I.B. Pereira, J.C. Lima (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, pp. 418-426.
- Peduzzi, M., Norman, I., Coster, S., & Meireles, E. (2015). Adaptação transcultural e validação da *Readiness for Interprofessional Learning Scale* no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(n.esp.2), pp. 7-15.
- Perego, M. G. (2015). *Aprendizagens compartilhadas na residência multiprofissional em saúde*. 2015. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, Santos, SP, Brasil.
- Previato, G. F., & Baldissera, V. D. A. (2018). Communication in the dialogical perspective of collaborative interprofessional practice in Primary Health Care. *Interface Comunicação Saúde Educação*, 22(supl.2), pp. 535-547.
- Reeves, S. (2016). Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 185-196.
- Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D. & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 28(3). p. 2. Recuperado em 03 de abril, 2020, <http://doi:10.1002/14651858.CD002213.pub3>.
- Reeves, S., Xyrichis, A., & Zwarenstein, M. (2018). Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 32(1), pp. 1-3.
- Santos, M. P. (2010). Contributos da extensão universitária brasileira à formação acadêmica docente e discente no século XXI: um debate necessário. *Rev. Conexão UEPG*, 6(1), pp. 10-15.
- Uchôa-Figueiredo, L. R. (2020a). *Projeto de extensão universitária Baú de Histórias: ressignificando o cuidado e a sucata a partir de práticas de interação entre universidade, serviços, usuários, famílias e território, através de atividades lúdicas no município de Santos-SP*. Santos: Unifesp.
- Uchôa-Figueiredo, L. R. (2020b). *Projeto de extensão universitária: a narrativa como um dispositivo na elaboração de um novo olhar sobre o câncer infantil*. Santos: Unifesp, *campus* Baixada Santista.
- Universidade Federal de São Paulo. (2006). *Projeto Político Pedagógico - A educação interprofissional na formação em saúde: a competência para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado*. Santos: Unifesp, *campus* Baixada Santista.

11 EXPERIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E PRÁTICA INTERPROFISSIONAL NO CONTEXTO HOSPITALAR

Jhony de Almeida Estevam¹
Ricardo Giusti¹
Maria Stella Peccin¹

As reflexões atuais acerca dos cuidados em saúde nos compelem a visitar, de maneira crítica, os aspectos históricos e as influências dos períodos mais remotos da sociedade, no que tange ao processo de saúde e doença e ao manejo delas por parte dos profissionais de saúde.

Conceitos como o paternalismo hipocrático, o cartesianismo ou a descoberta dos micro-organismos, amplamente difundidos nas concepções, fundamentações e princípios da bioética, permitem o entendimento dos modelos de atenção à saúde mais comuns, mesmo nos dias atuais, haja vista a visão medicocentrista/uniprofissional e verticalizada, além da fragmentação do cuidado e práticas de saúde com base unicamente em doenças (Junqueira, 2007).

Numa tentativa de reverter este cenário, visto como processo de desumanização da saúde, as organizações das diversas esferas criam políticas, fomentam pesquisas e estimulam a mudança de hábitos para uma produção de saúde integral, participativa e humanizada (Junqueira, 2007).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de saúde é multidimensional, resultado de um estado baseado nos pilares de “completo bem-estar físico, mental, social e espiritual”. Essa definição particulariza e singulariza cada indivíduo, fomentando, dessa forma, a complexidade dos cuidados em saúde. Essa visão mais ampliada permite inferir que o processo de adoecimento também tem causas multifatoriais, e pode tratar-se de um desbalanço em um ou mais desses pilares, ou seja, é um processo multidimensional e extremamente complexo (OMS, 2010; Brasil, 2007a).

¹ Universidade Federal de São Paulo – Instituto Saúde e Sociedade, campus Baixada Santista, Santos – SP – Brasil, e-mail: jhony.almeida@unifesp.br, dr.ricardogiusti@gmail.com, stella.peccin@unifesp.br

A partir do exposto, torna-se utópico acreditar que apenas um profissional consiga promover a recuperação funcional de um indivíduo. A eficácia das intervenções depende, necessariamente, de uma visão multidimensional do sujeito. Para tanto, torna-se necessária a atuação de uma equipe multi e/ou interprofissional (Burcher, 2016).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a promulgação da nova Constituição Federal, em 1988 vieram em resposta aos esforços de décadas passadas, nas quais se buscava uma reforma nas organizações de saúde no Brasil. Os conceitos de integralidade do cuidado e atenção equânime à saúde dos indivíduos tornou-se pauta fundamental quando se começa a pensar no conceito ampliado de saúde, e não apenas biologicista (Paiva & Teixeira, 2014).

Os movimentos de reorganização das políticas de saúde abordam temas de relevância para as novas práticas em saúde como, por exemplo, o trabalho em equipe. O trabalho em equipe e a prática colaborativa são traduzidos pela interação entre as diversas modalidades de trabalho por meio da comunicação, articulação e colaboração entre os atores para atingir um objetivo comum (Peduzzi, 2001; Lehrer et al., 2015).

A colaboração interprofissional também se baseia no conceito de partilha de conhecimentos entre áreas específicas do saber, com a finalidade de garantir uma assistência integral e resolutiva aos seus usuários. Para efetivação desse modelo de trabalho, é importante o entendimento conceitual das regras que o cercam, tal como a educação interprofissional que, num processo contínuo e dinâmico, ensina aos seus atores as diversas formas de integração e construção de conhecimento entre as profissões (Reeves et al., 2013; D'Amour et al., 2005).

As novas diretrizes mundiais de assistência em saúde apontam para o desenvolvimento desse tipo de intervenção, com a finalidade de impactar positivamente sobre os cuidados em saúde, garantindo, dessa forma, uma assistência integral e segura ao paciente (Reeves et al., 2017; OMS, 2010).

Contudo, a prática e a colaboração interprofissional são métodos de trabalho desafiadores e de difícil implementação, principalmente em ambiente hospitalar, culturalmente medicocêntrico e fragmentado no que tange à elaboração das estratégias em cuidados da saúde.

O trabalho em equipe é algo difícil de ser atingido e necessita de manutenção frequente para ser mantido, contudo, uma vez bem aproveitado, todos são beneficiados, os usuários obviamente, mas também os profissionais. Acredito que quando desenvolvido e realizado corretamente, se trata de um dos maiores proveitos levados da residência. (Fisioterapeuta, ex-integrante do Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia – Universidade Federal de São Paulo – turma 2018).

O processo de formação profissional estimula, desde os primeiros anos, a uniprofissionalidade e o desmembramento do todo em disciplinas que, a princípio, pouco conversam entre si. Essa visão fracionada do indivíduo é limitante ao pensamento e dificulta enxergar o indivíduo como um todo. Profissionais que não vivenciaram essa modalidade de aprendizagem em suas instituições de origem se sentem inseguros para conduzir uma rotina de trabalho frente a uma equipe de saúde.

Quando não há diálogo horizontal entre os profissionais responsáveis pelo cuidado, ocorre a fragmentação das nossas funções, explicando de forma abstrata... é como se cada profissional de saúde estivesse em uma caixa, fazendo com que o cuidado do paciente, de certa forma, também seja fragmentado. Acredito que o cuidado fica menos fluido. (Farmacêutica, ex-integrante do Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia – Universidade Federal de São Paulo – turma 2017)

Na prática cotidiana é possível identificar fragilidades que envolvem os profissionais ligados à atenção à saúde no ambiente hospitalar, independentemente de sua especialidade. Pode-se destacar a dificuldade de interlocução como uma das principais carências entre os profissionais de uma equipe de saúde, e essa é uma das características que mais impactam negativamente o trabalho multiprofissional e o restabelecimento da saúde de uma determinada população.

Hammick et al. (2007) publicaram uma revisão sistemática que fortalece a ideia de que a educação interprofissional permite que conhecimentos e habilidades necessárias para o trabalho colaborativo sejam aprendidos e praticados por aqueles que participaram desse processo formativo, porém ela não teve o sucesso

esperado em influenciar positivamente atitudes e percepções de outras pessoas que participam apenas da equipe de trabalho na prestação de serviços. Os autores enfatizam que a educação interprofissional é apresentada como uma estratégia para melhorar o desenvolvimento da prática e melhoria dos serviços, infelizmente nem sempre entendida por todos.

Isso pode distinguir os relatos dos profissionais que tiveram a formação e vivenciam o que vem a ser uma equipe interprofissional na prática assistencial, daqueles que não têm formação para tal e passam a conviver com quem a prática. Há falta de entendimento do que realmente seja um trabalho interprofissional e das vantagens de cuidar do paciente em sua integralidade, não apenas nos aspectos curativos, mas também nos preventivos.

A omissão de informações acerca de procedimentos, estado real de saúde e prognósticos por qualquer um dos membros da equipe pode prejudicar todo o plano de ação do grupo, impossibilitando a oferta de uma intervenção integral, segura e eficaz, na qual o usuário do serviço seja o centro da estratégia.

Ao longo dos anos é possível observar as melhoras na forma de trabalho colaborativo, mas ainda se vivencia resistência a mudanças nos cenários mais rígidos, dominados por hierarquias históricas e por falta de momentos destinados à reflexão sobre a prática e para a atualização continuada.

A falta de colaboração de uma das profissões pode acabar prejudicando todo o plano de ação. (Farmacêutica, ex-integrante do Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia – Universidade Federal de São Paulo – turma 2017)

Achamos que somos capazes de opinar nas condutas que não dizem respeito a nossa profissão. Há muita dificuldade de comunicação. (Enfermeiro, ex-integrante do Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia – Unifesp – turma 2017)

Todos os saberes importam e qualquer informação é relevante para o planejamento das estratégias em saúde. A hierarquização do conhecimento é prejudicial e nada efetiva. A quebra desse paradigma deve ser constante para que se

criem ambientes nos quais a troca de informações seja horizontal e todos os envolvidos no cuidado do indivíduo tenham lugar de fala. Tais obstáculos, quando suplantados, tornam-se combustíveis para o constante aprimoramento do cuidado.

Reeves (2008) aponta para criação e fixação de “rotinas interprofissionais” como estratégias para o fortalecimento da prática colaborativa. Reuniões multiprofissionais, *rounds* e visitas à beira leito foram avaliadas de forma positiva em seu trabalho, pois desempenharam papel importante na melhoria da atenção à saúde da população em estudo.

Ratificando o apontado por Reeves, observa-se que, independentemente das diferentes profissões, se todos apenderem e se conscientizarem do papel de cada profissional na equipe, a colaboração e o respeito entre os pares passam a ser algo natural, favorecendo o diálogo e o cuidado integral do paciente.

A colaboração interprofissional age como expensor de ideias, uma mesma situação é vista por diferentes ópticas e isso possibilita o crescimento profissional, aperfeiçoa o discernimento, solidifica o pensamento, personaliza o atendimento e dá voz e luz ao indivíduo, que ao se sentir visto e ouvido, torna-se corresponsável pela sua saúde e compreende que é parte fundamental do processo.

Profissionais de diversas áreas e experiências (não só de profissões diferentes, mas tutores, preceptores com especializações diferentes), trazendo pontos de vista diferentes para o mesmo caso e possibilitando discussões e tirada de dúvidas de forma mais abrangente. (Fisioterapeuta, ex-integrante do Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia – Universidade Federal de São Paulo – turma 2018)

Conhecer as atribuições dos demais profissionais é de extrema importância quando se faz parte de uma equipe de saúde, e talvez esse seja um dos maiores desafios para os profissionais da área da saúde. Existe uma linha tênue que separa o diálogo entre profissionais da prestação de contas de um profissional para outro. A colaboração interprofissional reflete um estado de igual respeito entre todas as profissões, em que nenhuma é vista com soberania, mas sim como parte de um todo.

Sem entender outras profissões não é possível entender outras formas de cuidado disponíveis para os usuários, sem certa imersão em outras áreas é difícil entender outras profissões. Tudo tem início no convívio e atuação multi. (Fisioterapeuta, ex-integrante do Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia – Universidade Federal de São Paulo – turma 2018)

A seguir, os destaques positivos de relatos de profissionais que tiveram a oportunidade de trabalhar de forma colaborativa e interprofissional durante a pós-graduação na modalidade residência multiprofissional ou que conviveram com os residentes multiprofissionais dentro do contexto hospitalar.

Possibilidade de conhecer a atuação dos demais profissionais da saúde e de ter uma nova perspectiva sobre a minha. Ampliar o olhar sobre as necessidades do usuário de saúde. Capacidade de desenvolver competências da própria profissão e colaborativas. (Enfermeira, ex-integrante do Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia – Unifesp – turma 2014)

Ampliação do conhecimento, conhecimento da atuação dos diversos membros da equipe multi, e a preparação para o mercado de trabalho (Fisioterapeuta, ex-integrante do Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia – Unifesp – turma 2016)

Desenvolvimento de trabalho em grupo e conhecimento real das outras profissões. (Farmacêutico, ex-integrante do programa de Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia – Unifesp – turma 2014)

A educação interprofissional nas universidades é fundamental para uma mudança de postura e percepção dos estudantes quanto à prática colaborativa no trabalho em equipe (Batista, 2012).

Muitos dos profissionais que atuam diretamente no SUS ou em qualquer equipamento de saúde não puderam experimentar esse tipo de estratégia educacional em suas formações, fazendo com que haja uma fenda entre o que se espera de um profissional de saúde e como ele é formado.

A supressão da interdisciplinaridade e de discussões e práticas acerca do trabalho em equipe nas instituições de ensino superior é fator que impacta a prática dos indivíduos no mundo do trabalho.

Em 2019, uma pesquisa foi realizada com os alunos de graduação em fisioterapia da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, que tem um projeto pedagógico inovador, em que a educação interprofissional e a integralidade do cuidado fazem parte dos pilares da formação. Esses alunos, regularmente matriculados nos dois últimos semestres do curso, tiveram a oportunidade de vivenciar a rotina de trabalho de uma equipe interprofissional durante seu estágio curricular obrigatório.

Foram aplicados dois questionários de avaliação de percepção de atitude interprofissional e disposição para educação interprofissional: *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS) e *Interdisciplinary Education Perception Scale* (IEPS). Constatou-se um aumento considerável nos escores finais após exposição à prática e à educação interprofissionais, sendo possível afirmarmos que o fomento às práticas colaborativas, ainda na graduação, é capaz de agregar valor à formação do profissional da saúde, desenvolvendo competências necessárias para a criação de estratégias e ações mais eficazes de promoção, proteção e recuperação da saúde da população.

Acredita-se que tal vivência possa ter contribuído significativamente para a melhora dos indicadores de disposição à prática e à educação interprofissionais ainda nesse período de formação.

Com base nesse cenário, é importante criar artifícios que nivelem os profissionais de saúde de acordo com o que é preconizado pelo SUS. Algumas iniciativas governamentais existentes no Brasil fomentam a prática colaborativa e a educação interprofissional para os profissionais de saúde já formados, como por exemplo, PET-Saúde, Pró-Saúde e os programas de residência multiprofissional em áreas da saúde (Brasil, 2007b).

Nessa óptica, as residências multiprofissionais em saúde tornaram-se espaços de reorganização da prática profissional, pois esses programas são orientados pelos princípios e diretrizes do SUS e fomentam a prática colaborativa interprofissional, a democratização dos espaços de trabalho, a educação permanente, a aprendizagem com base na problematização e a

promoção de ações com base nas necessidades da população local (Casanova et al., 2018).

A experiência de uma pós-graduação na modalidade residência multiprofissional é desafiadora, pois são profissionais, em sua maioria, recém-formados sem base na interprofissionalidade, inseridos num equipamento de saúde, incentivados a reorientar os modos de ação individual e coletiva e impulsionar o ideal de saúde que vem sendo pregado desde o princípio da reforma sanitária brasileira. Esse desafio constrói e molda um profissional diferenciado, que agrega valor cotidianamente às práticas em saúde e reflete sobre elas.

Os relatos a seguir foram emitidos por profissionais ligados à Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia, ex-residentes, gestores, preceptores, tutores. Neles, esses profissionais externam o que representa a residência dentro do contexto hospitalar, desafios, aprendizagens e vivências.

A residência multiprofissional afetou positivamente minha vida profissional, me senti preparada para atuar em ambientes hospitalares em que a equipe multiprofissional precisa estar integrada e obter resultados em conjunto, além de ter me ajudado a ter uma visão completa do paciente e suas diversas necessidades. (Fisioterapeuta, ex-integrante do Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia – Universidade Federal de São Paulo – turma 2016)

Tenho para mim que o maior ponto positivo da residência é o imensurável conhecimento adquirido nestes meses. Tratando-se de dificuldades, facilidades, pontos negativos ou positivos, todos resultaram em aprendizado. Acredito que tudo experienciado aqui será refletido em qualquer atuação futura, seja ela qual for. Quando iniciei o processo não podia imaginar tudo o que seria aprendido, agora que finalizo não consigo exemplificar tudo que foi evoluído. Me tornei outra pessoa neste tempo e sou grata a todos que participaram do processo. (Fisioterapeuta, ex-integrante do Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia – Universidade Federal de São Paulo – turma 2018)

Ampliou o olhar sobre o que, de fato, é saúde (na perspectiva da OMS). Possibilitou aprimorar raciocínio clínico. Favoreceu

competências atitudinais. (Enfermeira, ex-integrante do Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia – Universidade Federal de São Paulo – turma 2014)

Ter participado de um programa de residência multiprofissional possibilitou a aprovação em um concurso. (Farmacêutico, ex-integrante do Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia – Universidade Federal de São Paulo – turma 2014).

Finalizando, apesar das dificuldades, se tivesse a opção, faria tudo de novo. Tudo que vivenciei nesses dois anos serviram como aprendizado profissional e pessoal. Conheci pessoas incríveis e pude aprender muito com elas. (Fisioterapeuta, ex-integrante do Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia – Universidade Federal de São Paulo – turma 2017)

Moldei meu perfil profissional num programa de residência multiprofissional em que pude, de fato, experimentar a prática e a educação colaborativa interprofissional. A princípio, acreditei que seriam dois anos de absoluta imersão na especialidade que havia escolhido. Me enganei, foi muito mais do que isso! Foram dois anos aprendendo sobre minha profissão, meu papel como membro de uma equipe de saúde e aprendendo diariamente a trabalhar e respeitar as profissões parceiras. Foi um grande desafio, pois a prática interprofissional não foi uma realidade durante minha graduação. No ambiente hospitalar existe muita resistência quanto à interprofissionalidade. O que vemos na prática é um comportamento profissional vertical e hierarquizado, que foge completamente das novas propostas de atenção à saúde. Vencer essas barreiras é um processo desgastante, mas não impossível. Com o fim da residência e a inserção no mundo do trabalho, consigo enxergar um contraste entre minha maneira de pensar e conduzir determinada situação de saúde e a maneira que alguns colegas a pensam. Me vejo com mais um desafio à frente: modificar a realidade do serviço em que estou inserido, sustentar meu perfil interprofissional e convidar os demais membros da equipe a praticar a colaboração interprofissional. É difícil

e exaustivo, mas quando se concretiza, é espetacular. Talvez este seja um dos objetivos desta modalidade de pós-graduação: disseminar estratégias de cuidado que podem dar certo e mostrar que todos os profissionais, independentemente do nível de formação, e com saberes distintos, são atores fundamentais e de igual importância no setor saúde. (Fisioterapeuta, ex-integrante do Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia – Universidade Federal de São Paulo- Turma 2017).

A equipe multi é essencial no bom andamento do dia a dia da enfermagem. Temos contato com a enfermagem, fisioterapia e farmácia, e desde o melhor medicamento até o melhor tipo de exercício recomendado ou melhor maneira de cuidar de uma ferida, esses profissionais nos ensinam a cada dia. E aprendem com a gente também. É primordial a comunicação entre os residentes e staffs da ortopedia e os residentes da multi. Os pacientes só ganham com isso e cada profissional também. Compartilhamos conhecimento e esse talvez seja o objetivo principal da residência: compartilhar, aprender e crescer a cada dia! (Médico, residente do segundo ano do programa de residência médica em ortopedia e traumatologia, MEC-SBOT)

Foi uma experiência nova para mim. Percebi logo de início como o médico, geralmente, sai da formação acadêmica com uma certa hierarquia em mente, encontrando dificuldades para trabalhar com uma equipe multiprofissional. Quando eu vim para a residência de ortopedia e traumatologia na Santa Casa de Santos, comecei a entender melhor a importância do trabalho em equipe, e que cada um na sua função só tem a somar e agregar na vida do paciente, tornando o atendimento mais humanizado. Desde a ajuda da enfermagem nos cuidados com curativos e a avaliação junto com o médico para decidir qual a melhor terapêutica a ser prescrita. O farmacêutico na visita cobrando a prescrição, ajudando nos cuidados com uma interação medicamentosa, antibióticos, medicamentos de uso contínuo do paciente. E o fisioterapeuta, essencial na reabilitação, recuperação das lesões e na prevenção das doenças relacionadas. Acredito que com mais protocolos a serem seguidos e uma enfermagem voltada apenas para os pacientes da ortopedia, os atendimentos seriam ainda melhores e

mais organizados. (Médico, residente do segundo ano do programa de residência médica em ortopedia e traumatologia, MEC-SBOT).

Sou ortopedista, ao longo dos três anos de formação tive o prazer de contar com a equipe da residência multiprofissional de ortopedia. No início, aquele pensamento arcaico que o médico sabe tudo e sua conduta é a melhor foi algo negativo de minha parte que me atrapalhava em coisas simples como discutir uma prescrição com a equipe da farmácia. Mas isso foi sendo superado com o convívio ao ver a dedicação, muito conhecimento teórico e competência técnica de todos, em detalhes antes deixado de lado, como a evolução dos curativos pela equipe enfermagem e a reabilitação realizada pela fisioterapia, o que foi fundamental para meu aprendizado em ortopedia e melhora dos nossos pacientes. Desta forma, a residência multiprofissional de ortopedia da Santa Casa também é parte de minha formação e sou grato a eles por isso! (Médico ortopedista, MEC-SBOT, ex-residente do programa de ortopedia e traumatologia)

Tenho dezessete anos de formado, onze de assistência e sou preceptor de residência médica desde 2009. Coordenei a residência médica de ortopedia durante quatro anos e confesso que não tinha nenhuma experiência em trabalhar em equipe interprofissional. Não posso garantir que a equipe multi aproveite muito as aulas específicas ou reuniões clínicas feitas nos moldes tradicionais, mas tenho certeza de que há um grande aproveitamento de todos na enfermagem e no clube de revista, assim como nas discussões de casos clínicos que fazemos de forma interprofissional. Todos participam muito. A parte acadêmica e científica a meu ver é um dos pontos fortes. Acho que os programas de residência médica e multi são muitos distintos, com profissões distintas, e entender as diferenças e trabalhar em equipe é o desafio. Acredito que o ponto principal da equipe multi é o quanto os pacientes do SUS são beneficiados, é o ponto forte da equipe multi, e o mais frágil da equipe médica é a alta demanda, que muitas vezes inviabiliza um cuidado ideal, ou seja, a integralidade do cuidado. É onde o trabalho em equipe se torna mais evidente, pois aumenta o cuidado para com o paciente... ele passa a ser visto como um todo. (Médico ortopedista, preceptor do programa de residência médica em ortopedia e traumatologia, MEC-SBOT)

A equipe multiprofissional é essencial em um serviço de ortopedia e traumatologia. Eu, médico ortopedista, formado há vinte anos na antiga Faculdade de Ciências Médicas de Santos, hoje Unilus, especialista em ortopedia e traumatologia, trabalho na Santa Casa de Santos há dez anos na equipe de trauma. Nesse meio tempo, vi nascer uma residência nova, dentro da instituição, denominada residência multiprofissional, composta por profissionais formados nas áreas de farmácia, fisioterapia e enfermagem que querem se especializar na ortopedia e traumatologia. Pouco a pouco, fomos interagindo, nós ortopedistas com a equipe da multiprofissional, com o objetivo de unirmos conhecimento a fim de beneficiar os pacientes da instituição que se encontram internados. Essa interação proporcionou um melhor atendimento ao doente, já que ele, além de ter o cuidado de um médico ortopedista, tem um(a) farmacêutico(a) que entende de drogas e efeitos colaterais, um fisioterapeuta que é essencial na sua recuperação e um enfermeiro(a) indispensável no cuidado geral do doente. Isso tudo proporciona um atendimento mais humano, digno, uma recuperação mais rápida, um tempo menor de internação, uma reabilitação melhor, já que une os conhecimentos científicos nas diversas especialidades de saúde na busca do melhor tratamento para um determinado diagnóstico e doença de um paciente. As trocas de informações entre os profissionais passaram a ser mais constantes e isso diminui os fatores de erros que podem ocorrer, possibilitando um leque maior de conhecimentos em favor do doente. Enfim, a equipe multiprofissional só veio agregar conhecimento na área da ortopedia, em que um profissional aprende com o outro em busca da melhor evidência na área da saúde para promover o melhor tratamento ao doente internado. Isso tudo vai de encontro com a missão da Santa Casa de Santos, a primeira do Brasil, na qual tem como prestar assistência a todas as áreas da saúde, como um local especializado considerado referência no segmento, além de promover o incentivo à pesquisa e ao ensino. (Médico ortopedista, atual coordenador do programa de residência médica em ortopedia e traumatologia – MEC-SBOT)

Sou enfermeira (31 anos) e docente de graduação em enfermagem (27 anos). O cenário hospitalar pode tornar-se um espaço importante destinado ao desenvolvimento de objetivos, possibilidades, oportunidades

e alcance de resultados entre os sujeitos envolvidos. Enquanto tutora de um Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia, mobilizava e articulava com os residentes enfermeiros a (re)organização dos seus conhecimentos, (re)construção das suas habilidades e (re)avaliação das suas atitudes para que pudessem dar um novo significado à vida pessoal e profissional. Os meus objetivos: favorecer o cuidado centrado no paciente/família/sociedade pelo trabalho coletivo durante as atividades teóricas e práticas, embasadas em metodologias ativas; incentivar a pesquisa nos níveis de atenção à saúde e à educação para fortalecer a formação inicial e permanente. É uma perspectiva de prática assistencial interprofissional e colaborativa na contribuição do processo comportamental, visionário e tecnológico qualificado para o sistema de saúde hospitalar. (Enfermeira, gestora do Núcleo de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Santos)

A residência multiprofissional foi um período marcante tanto em minha vida profissional quanto pessoal. Ser preceptora da equipe de fisioterapia foi um desafio e um aprendizado. Como era preciso dividir o tempo entre meus atendimentos e a supervisão dos residentes eu tentava ao máximo estar presente e auxiliar nas dúvidas que eles tinham. Discutíamos juntos, pesquisávamos e compartilhávamos. Não há nada mais produtivo e não há melhor maneira de adquirir conhecimento. Ter a visão de outras profissões diante de pacientes que enxergávamos apenas como o paciente que precisa de fisioterapia mudou minha perspectiva em vários aspectos. São detalhes que jamais aprenderemos dentro de uma sala de aula, embora sendo graduada pela Unifesp, campus Baixada Santista, e eu tenha tido uma formação interdisciplinar, nada se compara a vivenciar isso no dia a dia da rotina hospitalar. Foram muitos os desafios e obstáculos a ser contornados para que nossos projetos fossem colocados em prática. Infelizmente até hoje muita gente não valoriza o atendimento multiprofissional e isso acaba sendo algo negativo no cuidado com o paciente, que tem uma vida com tantos fatores influenciadores em seu tratamento e que precisam ser levados em conta. Olhar nos olhos, tocar, ouvir, questionar de forma delicada, entender tudo o que se passa por trás de uma fratura, se colocar no lugar do outro, nada disso está nos livros ou na sala de aula, por isso me orgulho tanto de ter feito parte de uma

equipe tão dedicada em fazer o melhor para o paciente e poder passar um pouco do meu conhecimento e experiência para os meus residentes e os residentes de outras profissões quanto à minha abordagem na fisioterapia. Acertamos, erramos, mas como equipe aprendemos e corrigimos para tentar alcançar sempre o melhor resultado. Tenho a certeza de que fizemos um bom trabalho e que cada paciente que perdemos ou que ajudamos a ir para casa reconheceu a diferença de um trabalho de uma equipe que o colocava em primeiro lugar. (Fisioterapeuta especialista, ex-funcionária da fisioterapia da Santa Casa e ex-preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia)

Sou fisioterapeuta, especialista, com 31 anos de formação. No começo, confesso que fiquei um pouco apreensiva com a residência, tendo em vista que meu foco no momento era em terapia intensiva e a residência seria na área de ortopedia e traumatologia, e também pelo fato de ser a primeira vez que estaria com residentes, mas logo no início notei que seria muito valiosa essa experiência. Muitas vezes a vontade de desistir era grande, a maior parte das vezes pela falta de apoio dos líderes, provavelmente pela falta de conhecimento deles em relação à residência, outras pela falta de tempo para poder estar junto ao atendimento desses profissionais, de poder orientar melhor, de estar perto para que ficassem mais seguros, para melhores explicações para as suas dúvidas e de realizar reuniões com maior frequência para discussão de casos, nas quais eu aprendia com eles. Tenho a impressão de que falta trazer os colaboradores das áreas envolvidas da instituição para junto dos residentes, através da apresentação deles no início da residência, com informações a respeito do programa, tentando mostrar que a instituição ganha um grande reforço com os residentes, mostrando principalmente que eles não trabalham com quantidade, não existe cota de atendimento para o programa, eles participam do PRMOT para aprender. A residência de ortopedia e traumatologia tem um papel fundamental nas enfermarias, visto que no contexto hospitalar os fisioterapeutas dão maior ênfase a pacientes com quadros respiratórios e a residência trabalha com a prevenção e a reabilitação dos pacientes muitas vezes deixados em segundo plano por ser ortopedia. A residência multi atende o paciente como um

todo, eles conseguem realizar um excelente trabalho e ter resultados maravilhosos, porém não recebem o acolhimento que deveriam por parte dos colaboradores da instituição, não recebem suporte necessário do Núcleo de Ensino, parece que para alguns, os residentes são vistos como intrusos no hospital. A união entre os profissionais fisioterapeutas com os residentes ajudaria a desenvolver melhor a convivência entre as equipes multiprofissionais, ajudaria na troca de informação, de conhecimento e estimularia a questão da fisioterapia preventiva. Pessoalmente minha experiência foi muito proveitosa, de muito aprendizado e interação entre as outras equipes. (Fisioterapeuta especialista, ex-funcionária da fisioterapia da Santa Casa, ex-gestora e ex-preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia)

Considerações finais

É notório, para quem vivencia uma residência interprofissional, o papel transformador que ela tem na vida de cada um, como ser humano e como profissional. A educação e a prática colaborativa não transformam apenas as pessoas em sua forma de pensar, agir, interagir, posicionar-se, entre tantos outros aspectos já elencados nas páginas anteriores – a educação e a prática colaborativa interprofissional transformam a forma de assistir ao outro, faz com que as ações não se limitem a um membro, órgão ou sistema, mas sim a um ser humano em sua integralidade, que não pediu para estar onde está e que precisa de uma escuta cuidadosa e de intervenções profissionais baseadas em evidências, mas rodeadas de trocas, aprendizados, crescimento, evoluções... Os desafios existem, mas são superados com a colaboração e a vontade de crescer e fazer o melhor a si e aos outros a cada dia.

Referências

- Batista, N. A. (2012). Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, 2, pp. 25-28, Recuperado em 10 de setembro, 2021 http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf.
- Brasil. (2007a). *Secretaria de Atenção à Saúde Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde.

- Brasil. (2007b). *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios)
- Burcher, P. (2016). Interprofessional Training: not Optional in Good Medical Education. *AMA Journal of Ethics*, 18(9), pp. 898-902.
- Casanova, I. A., Batista, N. A. & Moreno, L. R. (2018). A Educação interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(Supl. 1), pp. 1325-1337.
- D'amour, D., Videla, M. F., Rodriguez, L. S. M. & Beaulie, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), pp. 116-131.
- Hammick, M., Freeth, D., Koppel, I., Reeves, S. & Barr, H. (2007). A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no.9. *Medical Teacher*, 29(8), pp. 735-751. Recuperado em 04 de abril, 2020, <http://doi:10.1080/01421590701682576>.
- Junqueira, C. R. (2007). Bioética: conceito, contexto cultural, fundamento e princípios. In D. L. P. Ramos. *Bioética e ética profissional*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Lehrer, M. D., Murray, S., Benzar, R., Stormont, R., Lightfoot, M., & Hafertepe, M., et al. (2015). Peer-led problem-based learning in interprofessional education of health professions students. *Med Educ Online*, 4(20) Recuperado em 20 de setembro, 2020, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26344391/>.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS. Recuperado em 10 de junho, 2021, https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3019:marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa&Itemid=844
- Paiva, C. H. A., & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde*, 21(1), pp. 15-36.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, 35(1), pp. 103-109.
- Reeves, S., Zwarenstein, M., Goldman, J., Barr, H., Della, F., Hammick, M., & Koppel, I. (2008). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 23, pp. 1-2. Recuperado em 20 de setembro, 2020,

<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd002213.pub2>.

Reeves, S., Perrier, L., Goldman, J., Freeth, D. & Zwarenstein, M. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 28(3). pp.1-2. Recuperado em 03 de abril, 2021, <http://doi:10.1002/14651858.CD002213.pub3>.

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(6).

12 APRENDIZAGENS COMPARTILHADAS E METODOLOGIAS PARTICIPATIVAS NA PÓS-GRADUAÇÃO: diálogo com a interprofissionalidade

Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo¹
Patrícia Rios Poletto¹
Nildo Alves Batista²

Introdução: a educação interprofissional na pós-graduação

O propósito deste capítulo é apresentar, discutir e refletir sobre a experiência de uma disciplina eletiva de educação interprofissional no Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde e no Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde/Modalidade Profissional da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) que se pautou na criação de cenários educacionais de metodologias ativas, num processo de aprendizagens compartilhadas entre mestrandos e doutorandos de diferentes profissões.

A pós-graduação tem papel importante na qualificação profissional, na produção de conhecimentos e especialmente na produção de respostas às demandas que surgem na sociedade em geral (Costa et al., 2014). De acordo com o Plano Nacional de Pós-graduação (Brasil, 2010), a pesquisa tem centralidade na pós-graduação pela sua finalidade de impulsionar o avanço no país e a melhoria das condições de vida da população.

Na Unifesp, a missão da pós-graduação, conforme PDI 2021-2025, consiste em

¹ Universidade Federal de São Paulo – Instituto Saúde e Sociedade, campus Baixada Santista, Santos – SP – Brasil, e-mail: uchoa.lucia@unifesp.br, patricia.poletto@unifesp.br

² Universidade Federal de São Paulo CEDESS – campus São Paulo, SP e Instituto Saúde e Sociedade – campus Baixada Santista, Santos – SP – Brasil, e-mail: nbatista@unifesp.br

formar profissionais e cidadãos conscientes, críticos e tecnicamente habilitados, nas mais diversas áreas, preparados para transformar a realidade e desenvolver o país, na construção de uma sociedade mais justa, democrática, plural e sustentável, por meio de ensino, pesquisa, extensão, gestão, cultura, assistência, inovação tecnológica, social e em políticas públicas atuando como universidade pública, gratuita, laica e socialmente referenciada (Unifesp, 2021 p. 30).

Nesse contexto, a incorporação do estudo e da vivência da educação interprofissional (EIP) torna-se fundamental para avançar no processo de transformação do trabalho em saúde na perspectiva de melhorar a qualidade dos cuidados ofertados à população brasileira de maneira que os profissionais de saúde já atuando nos serviços possam aprimorar seu trabalho em equipe desenvolvendo práticas colaborativas num cuidado integral à saúde das pessoas (Peduzzi, 2009).

Na literatura científica existe um debate do momento ideal de introduzir a EIP em processos formativos. Oandasan e Reeves (2005) afirmam que essa inserção deve ser cuidadosa para não criar resistências, já que a perspectiva de sua estratégia é a mudança ou o aprimoramento da prática profissional. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) apontou que o aprendizado e a vivência da EIP na pós-graduação auxiliam no desenvolvimento de habilidades de comunicação, de análise crítica, com possibilidade de superação dos desafios do trabalho em equipe, o que conseqüentemente promove melhorias de resultados na saúde e otimização dos serviços.

Em uma revisão de literatura desenvolvida por Freeth et al. (2002) evidenciou-se que a maior parte dos estudos apresentavam resultados da inclusão da EIP em programas de pós-graduação em diferentes formatos, variando de cursos de curta duração até programas com duração de dois anos, em ambientes de atuação nos serviços de saúde ou nos espaços de educação permanente, e de forma geral ela melhorou a qualidade dos cuidados em saúde e o desenvolvimento pessoal dos profissionais.

Pullon e Fry (2005) apresentaram os resultados de um programa de pós-graduação interprofissional para trabalhadores da atenção primária à saúde na Nova Zelândia onde averiguaram as atitudes e percepções dos estudantes sobre o impacto da EIP em sua atuação profissional e relataram que perceberam melhora de

sua prática, aumento da percepção do seu papel profissional e da compreensão das habilidades e competências das outras profissões de membros da equipe de saúde.

Já Carpenter et al. (2006), em seu estudo, mostraram o acompanhamento de três turmas consecutivas de um programa de pós-graduação interprofissional para profissionais de saúde e de assistência social que atuam na saúde mental no Reino Unido e evidenciaram que os estudantes avaliavam positivamente o programa por causa da aprendizagem interprofissional, pois a EIP estava presente no desenho curricular, nos conteúdos e nos métodos de aprendizagem.

Mais recentemente, Herath et al. (2017) realizaram uma nova revisão sistemática de estudos sobre programas de educação de graduação e pós-graduação em países desenvolvidos e em desenvolvimento para verificar as evidências e as principais características de EIP e apontaram que os programas de pós-graduação estudados (26% do total dos estudos da revisão) englobavam oficinas e treinamentos com objetivos de munir os estudantes com conhecimentos, habilidades e valores profissionais para a promoção da prática colaborativa.

No Brasil encontram-se poucos relatos de programas de pós-graduação que mencionam o enfoque da EIP, seja como componente curricular, seja como estratégia de aprendizagem. A maioria dos registros encontrados aponta estudos realizados nos programas de residência multiprofissional (Uchôa-Figueiredo et al., 2016; Arruda et al., 2017; Lewgoy et al., 2019) e apenas um dos registros apresentou o uso da EIP como estratégia formativa de uma disciplina do programa de pós-graduação (Freitas et al., 2018).

Reeves et al. (2016) reforçam que as atividades de EIP, especialmente na pós-graduação, precisam ser personalizadas, autênticas e significativas de maneira que se adequem às necessidades do grupo de aprendizes. Dessa forma, a teoria educacional da aprendizagem de adultos tem potencial para construir ressignificação da atuação profissional dos pós-graduandos, pois afirma: “aprende-se quando se vê significado, considera-se o conhecimento prévio de aprendiz e percebe-se aplicabilidade no que se aprende”, como apontado por Batista (2012, p. 26).

Nesse contexto do processo ensino-aprendizagem da EIP, Aguilar-da-Silva, Scapin e Batista (2011) apontam que metodologias ativas de aprendizagem são ferramentas potentes para o seu desenvolvimento, tanto na parte teórica quanto na prática, nos momentos compartilhados de aprendizado que acontecem

de modo comum a várias áreas, como na prática em serviço. Assim, os autores propõem reconstruir os processos de trabalho e as competências profissionais, na tentativa de avançar no sentido oposto ao da fragmentação da formação e dos serviços, pois as universidades ainda apresentam uma estrutura curricular que separa os vários saberes das profissões, mas que ao final necessitarão trabalhar juntos, o que pode comprometer a qualidade do cuidado.

Baseadas na teoria de Paulo Freire (1996, 2015), as metodologias ativas defendem que a superação de desafios, a resolução de problemas e a construção do conhecimento novo a partir de experiências prévias é o que impulsiona a aprendizagem na educação de adultos, tendo assim como concepção uma educação libertadora, dialógica, reflexiva, conscientizadora, transformadora e crítica, em que os problemas partem de uma realidade.

A metodologia ativa é uma concepção educacional que coloca o estudante como principal agente de seu aprendizado, já que é convidado a participar com suas opiniões e ideias para promover transformações na sociedade – desse modo é inserido no processo de ensino e aprendizagem.

São consideradas metodologias ativas, pela literatura nacional, estratégias pedagógicas focadas no processo de ensino e aprendizagem do estudante aprendiz (Valente et al., 2017). Na metodologia ativa os estudantes estão no centro das ações educativas, o conhecimento é construído de forma colaborativa, podendo inclusive estimular, nos momentos de aprendizagens compartilhadas, habilidades como coordenação e cooperação. A prática colaborativa permite que os estudantes maximizem suas habilidades e pontos fortes, atuando em máxima capacidade.

As metodologias ativas são estratégias de ensino e aprendizagem que geralmente utilizam a problematização com a finalidade de motivar o estudante, diante de uma situação-problema, de modo que ele ou ela terá a oportunidade de conhecer, aprofundar, refletir e relacioná-la com a sua história e assim ressignificar suas descobertas (Diesel et al., 2017). Para Moran (2015), nas metodologias ativas de aprendizagem, o aprendizado se dá durante o curso, a partir de problemas e situações reais, os mesmos com que os estudantes terão contato posteriormente, em sua vida profissional.

A problematização tem a realidade social como pilar, parte da previsão e de possibilidades que é possível encontrar nesse contexto e possibilita que o estudante

tenha contato com informações e com a produção do conhecimento, principalmente com o intuito de solucionar questões e promover o seu próprio desenvolvimento.

Assim, percebe-se a importância das metodologias ativas para o processo de ensino aprendizagem no contexto da educação interprofissional em saúde, uma vez que este tipo de metodologia promove interações, grupalidade, a prática como eixo e uma abordagem centrada no relacionamento, em que a escolha de estratégias de ensino e aprendizagem favorecem o envolvimento dos estudantes de diferentes profissões (Berbel, 2011; Barbosa & Moura, 2013).

Os momentos de aprendizagem compartilhada são proporcionados pela educação interprofissional como fator de destaque, considerando a importância da integração dos saberes, fazeres e práticas, favorecendo a troca de experiências, com respeito às individualidades profissionais e pessoais, na busca de práticas transformadoras de forma a propiciar a integralidade do cuidado (Batista, 2012).

Na prática em saúde percebe-se a urgência da formação voltada para a integralidade do cuidado e a visão ampliada, na tentativa de resolução da fragmentação do cuidado, com a interação e o compartilhamento de saberes e ações, em que cada profissional entenda e identifique seu papel dentro da equipe (Costa et al., 2009; Araújo & Rocha, 2007).

Itinerários formativos sobre a EIP na disciplina

A disciplina eletiva de Educação Interprofissional em Saúde tem sido ofertada anualmente para estudantes de mestrado e doutorado do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde (mestrado e doutorado) e de mestrado do Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde/ Modalidade Profissional. Desde seu início (2018), 159 estudantes de diversas profissões da saúde já cursaram a disciplina (foram quatro turmas: 29 estudantes em 2018, 39 em 2019, 55 em 2020, 36 em 2021).

A construção da disciplina incluiu a EIP no desenho curricular, nos conteúdos, nos métodos de ensino-aprendizagem e no processo de avaliação.

Os objetivos da disciplina são apresentar os conceitos da educação interprofissional em saúde e prática colaborativa para fomentar reflexões sobre as práticas cotidianas dos participantes; contribuir para o debate sobre a educação

interprofissional como formadora de profissionais de saúde aptos para atuar a partir da perspectiva da integralidade no cuidado e da atenção centrada na pessoa; refletir sobre o processo ensino-aprendizagem na formação de profissionais da área da saúde; conhecer novas estratégias de ensino que incluem o estudante e estimulam a construção do conhecimento estabelecendo modelos de participação ativa no aprender; proporcionar reflexões quanto à importância do trabalho interprofissional em saúde, considerando a necessidade de conduzir ações, serviços e sistemas com produção em rede e na intersectorialidade.

Para a organização da disciplina partiu-se do pressuposto de que o pós-graduando deveria se colocar como o principal agente de seu aprendizado e que as trocas de experiências e compartilhamento de aproximações da literatura seriam os fios condutores do processo, já que “o que eu ouço, eu esqueço; o que eu vejo, eu lembro; o que eu faço; eu compreendo”. Observamos que as trocas de conhecimento e experiências se deram de modo a favorecer o estudante para aprender a interpretar situações, compará-las e fazer uma análise crítica dessas situações.

As estratégias educacionais usadas na disciplina foram seminários, mapas conceituais, tempestade de ideias, problematização, aprendizagem compartilhada, mesa redonda, apresentação de projetos de pesquisa, discussão de casos, dinâmicas de grupo para instigar a construção do conhecimento e aprendizagens baseadas em equipe, dentre outras.

Os temas/conteúdos trabalhados ao longo da disciplina foram os seguintes: conceito ampliado de saúde, desafios atuais da formação em saúde, integralidade no cuidado, atenção centrada na pessoa, trabalho em equipe (aproximação conceitual do que é trabalho em equipe; principais desafios do trabalho em equipe; o preparo para o trabalho em equipe na graduação; a educação permanente e a educação continuada para o trabalho em equipe), educação interprofissional em saúde como estratégia para o trabalho em equipe (conceitos, objetivos, como pode se dar a inserção da EIP, competências desenvolvidas a partir da EIP, evidências científicas, aprendizagem compartilhada na EIP, ganhos e potências, desafios e dificuldades), prática interprofissional e colaborativa, experiências nacionais e internacionais de EIP, avaliação da EIP.

Para as temáticas selecionadas para a disciplina trabalhou-se com momentos iniciais de resgate do conhecimento prévio dos pós-graduandos e

construção de sínteses provisórias. A partir daí, leituras de aprofundamento foram propostas aos estudantes em grupos, mesclando as diferentes profissões da área da saúde.

Na disciplina da pós-graduação de Educação Interprofissional em Saúde, a avaliação foi formativa, com muitas discussões e *feedbacks*; utilizaram-se estratégias mais abrangentes, contribuindo para uma formação mais autônoma e reflexiva. Foi proposto ao aluno de pós-graduação o exercício de uma postura ativa, reflexiva e crítica com relação à temática apresentada.

A avaliação foi construída em um processo contínuo durante o desenvolvimento da disciplina e ao final os participantes produziram uma reflexão sobre seu processo de ensino-aprendizagem contemplando aprendizados marcantes; aprendizados que poderiam ser utilizados na sua pesquisa de mestrado ou doutorado; possíveis mudanças na sua vida profissional agregando os aprendizados da disciplina; como perceberam a mescla de estudantes de mestrado e doutorado de áreas profissionais diversas; como vivenciaram o trabalho e dinâmica nos grupos; como se deu a comunicação durante a disciplina; puderam comentar a estrutura da disciplina e das aulas (estratégias de ensino-aprendizagem e de avaliação, referencial teórico, corpo docente), além de sugestões e críticas para o aprimoramento da disciplina.

A vivência dos pós-graduandos na disciplina

A partir da estratégia avaliativa da disciplina foi possível compilar os relatos dos estudantes das turmas de 2018 e 2019 sobre a experiência de aprendizagem em três núcleos de significado: conhecimentos adquiridos sobre EIP; percepções sobre a experiência de aprendizagem em grupo interprofissional e aprendizados sobre metodologias ativas.

No primeiro núcleo de significado, os estudantes que cursaram a disciplina de EIP abordaram os “Conhecimentos adquiridos sobre EIP” a seguir apresentados.

A construção de conhecimento sobre EIP entre os estudantes que cursaram a disciplina da pós-graduação se destacou pela percepção da integração de saberes, fazeres e práticas.

[...] um novo significado ao trabalho em equipe na perspectiva da colaboração e do cuidado ampliado aos usuários dos serviços. (2; RS-8/MP)

A mudança da minha concepção e a reflexão do verdadeiro trabalho interprofissional, e melhor entendimento do trabalho em equipe após estudar essa disciplina, auxiliando no meu atendimento do dia a dia, priorizando a atenção centrada na pessoa e entendendo as competências colaborativas para o sucesso terapêutico. (3; MM-9/MA)

As falas se destacaram pela compreensão do significado da aprendizagem da interprofissionalidade:

A disciplina Educação Interprofissional em Saúde (EIP) contribuiu para diversos aprendizados marcantes a partir do aprofundamento e relação entre importantes conceitos como trabalho em equipe, integralidade, atenção centrada na pessoa, colaboração, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e educação interprofissional. (24; OS-8/D)

O aprendizado mais significativo das aulas foi conseguir discriminar alguns desses conceitos como educação interprofissional, educação interdisciplinar, equipe multiprofissional, equipe interprofissional, prática colaborativa, entre outros. (21; SO-8/MP)

Apareceram, nas falas dos estudantes, especialmente conteúdos que relatam o impacto da EIP na sua atuação profissional:

[...] hoje, depois da ministração da disciplina, entendo com clareza e acredito que realmente o SUS é interprofissional e me arrisco a dizer que o SUS só poderá ser o SUS que esperamos se vivermos a interprofissionalidade que ele é. (2; RS-8/MP)

O decorrer da disciplina promoveu a minha reflexão e autoconhecimento enquanto profissional e membro integrante desta equipe em que atuo, além de identificar a importância da colaboração de todos no sentido de realizar um atendimento centrado no paciente, com vistas às suas reais necessidades, e como cada membro da equipe pode compartilhar

responsabilidades e aprendizado mútuo na resolução de um problema ou no intuito de atingir um objetivo. (13; RN-9/MP)

[...] entender melhor o papel de cada um é muito importante para a melhoria do atendimento integrado à pessoa, o trabalho em equipe é muito importante. A comunicação é uma ferramenta poderosa para nós profissionais da saúde, não só com nossos colegas, mas também com os gestores e o próprio paciente e sua família. (30; MM-9/MA)

Os participantes da disciplina de EIP relataram a importância da aquisição de um novo conhecimento, como pode ser observado nas falas a seguir.

A disciplina abriu novos paradigmas referentes ao cuidado quando estudou mais profundamente os aspectos relacionados à atenção centrada no paciente (ACP), a integralidade no cuidado, trabalho em equipe, educação interprofissional (EIP). (7; LM-8/MP)

Entendo agora a grande importância da comunicação, diálogo, respeito ao outro, entendimento das profissões, limites técnicos, decisões conjuntas, todos trabalhando juntos em um único objetivo. (11; TTJC-9/MA)

[...] pude compreender melhor a importância da EIP para a saúde, os procedimentos para desenvolvê-la e a necessidade de seu planejamento e avaliação. (3; VC-8/MP)

No segundo núcleo de significado, os estudantes abordaram suas “Percepções sobre a experiência de aprendizagem em grupo interprofissional”, apresentados a seguir.

A experiência de aprendizagem em grupo interprofissional favoreceu os estudantes da pós-graduação que cursaram a disciplina de EIP no sentido de entender a importância do conhecimento prévio e da aprendizagem baseada nas interações para agregar outros saberes.

Mesclar estudantes de mestrado acadêmico e profissional e doutorado de programas distintos foi de fundamental importância para a construção dos grupos de trabalho. Ter alguns com mais conhecimentos teóricos e outros com mais conhecimento práticos tornou o grupo muito rico e é uma estratégia que sugiro continuar nas próximas turmas de EIP. (7, LM-8/MP)

Para mim é um dos pontos mais interessantes pois você acaba conhecendo outras realidades. Ainda teve um plus nesta disciplina pois vieram alunos de diversas partes do Brasil. Para mim, esta interação enriquece a minha formação pessoal e profissional, além de me tornar uma pessoa com uma visão e ação mais empática por entender melhor o outro colega. (10, WOV-9/MA)

A estratégia de dinamizar o aprendizado, fazendo com que os alunos tragam conteúdo para ser trabalhado em aula, embora seja trabalhosa para o aluno, de fato para quem está vivendo o momento, pesquisando, elaborando tende a ter maior significado e, de alguma forma, tende a fixar mais o conteúdo, o que ele representa, uma vez que também conta com os conhecimentos que o aluno já possui para contribuir nesse processo ensino-aprendizagem. (26, RRS-9/D)

A disciplina foi estruturada para que o conhecimento fosse construído de forma colaborativa, a partir do trabalho em grupo, e os estudantes relatam sobre essa experiência de aprendizagem.

Um dos grandes aprendizados foi saber aprender juntos (28, LMM-9/D)

As atividades de trabalho em grupo sempre são um desafio. Entretanto, a continuidade do grupo em seminários seguidos foi bastante útil, pois permitiu que aos poucos fosse aumentando a integração entre os componentes do grupo e possibilitou grande intercâmbio: a divisão de tarefas e a aprendizagem com troca de conhecimentos foram se aprimorando com o decorrer do tempo e a realização de novas atividades. (5, MC-8/MP)

Conseguimos vivenciar o trabalho colaborativo com os grupos de trabalhos formados nessa disciplina, uma mescla de alunos, com diferentes formações e áreas profissionais, o pessoal do doutorado junto com o mestrado, e deu tão certo, trocávamos ideias pelo WhatsApp, e mesmo assim, todos se ajudavam, montávamos as apresentações em conjunto, fazendo correções e alterações por e-mail, combinando a forma de apresentar pelo grupo. Foi muito legal, eu curti muito tudo isso; além do aprendizado, conheci pessoas muito bacanas. (12, MS-8/MP)

Os estudantes reforçam o quanto as metodologias participativas colaboraram para o real entendimento sobre a educação interprofissional em saúde e a prática interprofissional colaborativa (PIC).

Todo o conteúdo foi muito importante, mais o que mais marcou foi a troca de experiência no trabalho em grupo, a colaboração, isto enriqueceu muito no meu ponto de vista. Foi um amadurecimento, um crescimento e esclarecimento de que o caminho é este, a educação interprofissional. (16, KC-8/MP)

A disciplina deixou claro que os princípios da EIP e PIC são de extrema importância dentro da área da saúde, que sem a comunicação e respeito entre os profissionais a atenção centrada na pessoa (ACP) estaria totalmente defasada, e a saúde daqueles que confiaram em nossos cuidados estaria em risco. (15, DVS-9/MA)

[...] além da construção de práticas interprofissionais e colaborativas, a disciplina e o contato com demais profissionais, destacando que as trocas entre os profissionais de diferentes formações podem fortalecer relações mais dialógicas, na direção do desenvolvimento das habilidades e competências colaborativas. (11, AJPV-9/MA).

Os estudantes relataram que a integração grupal proporcionou ambiente para as aprendizagens compartilhadas, conforme as falas a seguir.

Logo no primeiro dia, senti que houve mais respeito entre os membros do grupo e estímulo à participação de todos de forma equilibrada, sem um líder. Porém, um dos aprendizados práticos mais marcantes que

fez o grupo refletir muito e mudar a postura logo no início é que o grupo não avança deixando um membro para trás. A participação e a contribuição de todos é importante para a evolução do grupo. (7, LM-8/MP).

A estratégia de interação (mesclagem) dos grupos com diferentes programas de formação foi interessante pois promoveu o apoio e o conhecimento entre as diferentes pessoas do grupo, que acabaram se integrando... o objetivo comum era o desenvolvimento das atividades, promovendo o aprendizado compartilhado e a troca de informações, e assim concretizando o trabalho em equipe. (13, RN-8/MP)

No grupo de que fiz parte tivemos uma interação cooperativa, todos os integrantes compartilharam os conhecimentos adquiridos ao longo da formação acadêmica e atuação profissional. Sobre as apresentações dos seminários foi possível perceber a forma peculiar em que cada um desenvolve a condução das apresentações e estrutura o próprio aprendizado. Fizemos alguns trabalhos (nos seminários) em forma de slides, mas também trabalhamos com metodologia ativa de ensino, usamos na apresentação o fishbowl que é uma forma de discussão em grupo que promove o diálogo e a troca de experiência entre os participantes da sessão e permite que todos tenham as mesmas chances de opinar e expressar seus pontos de vista. (16, DPS-9/MA)

A dinâmica em grupo trouxe benefícios visíveis para o ambiente. Entre eles, ficaram explícitos o relacionamento interpessoal, a compreensão mútua dos diferentes perfis entre os integrantes, o desenvolvimento da comunicação efetiva e o engajamento e motivação dos alunos. Isso fez com que a disciplina fluísse, tornando os conteúdos mais interessantes. (22, MMM-9/D)

A integração dos saberes, fazeres e práticas aconteceu no decorrer da disciplina de EIP muito vinculada às trocas de experiências que os grupos tiveram, conforme se vê nas falas a seguir.

A disciplina EIP é uma oportunidade de troca de experiências, saberes, pois aprendemos através das vivências de outras pessoas nas suas mais

variadas profissões. As descobertas, as reflexões foram notáveis a cada encontro. Aprendi muito com os grupos e docentes. (6, MS-8/MP)

Outro aspecto importante foi o fato de desenvolvermos as atividades em grupo, que aos poucos foi se constituindo como equipe, em que cada um passou a entender e respeitar os tempos e as singularidades dos colegas – verdadeiramente um experimento de educação interprofissional (EIP). Isso é um resultado da própria disciplina, que teve a intenção de levar para a prática o conteúdo estudado, em que, visando um objetivo comum, acabamos por ultrapassar a barreira da equipe multiprofissional para a interprofissional, com construção conjunta dos processos e integração dos saberes. Porém, devido ao tamanho grande dos grupos e à falta de espaços para encontros fora da sala de aula, cuja comunicação foi apenas por meio virtual, isso acarretou adequação às atividades a desenvolver ao longo da disciplina. Identifiquei como interessante a proposta de haver um primeiro grupo para discussão de determinada temática e, nas demais aulas, a divisão em novos grupos, pois gostei de transitar por grupos diferentes e conhecer uma variedade grande de pessoas. (10, CC-8/MP)

Cada um somou vivências diferentes tornando o processo articulado às características da rotina de cada profissão, exemplificando experiências, motivações e interesses diversos dentro de uma mesma sala de aula. (05, APM-9/MA)

No terceiro núcleo de significado, os estudantes abordaram o “Aprendizado sobre metodologias ativas”. Esse núcleo mostra o que os estudantes consideraram sobre a potência das metodologias ativas, a superação de desafios, a construção do conhecimento e o processo avaliativo, conforme veremos a seguir.

A estratégia de ensino-aprendizagem foi incentivar a educação emancipadora, na qual o aluno se tornou ativo em todos os afazeres. Inclusive percebo que os próprios mestrandos e doutorandos adotaram práticas de aprendizagem baseadas no ensino construtivista, permitindo que todos desenvolvessem o conhecimento de forma bastante lúdica e elucidativa. (8, JN-8/MP)

A metodologia ativa foi uma ótima oportunidade de colocar os discentes em contato real com o material de estudo e ofereceu a chance de sermos mais atuantes nesse processo de ensino-aprendizagem, com a responsabilidade de passarmos aos demais colegas aquilo que nos foi proposto como campo de estudo. (11, AA-8/MP)

A elaboração de mapas conceituais possibilitou o processo ainda mais dinâmico e interativo, ao passo que para o desenvolvimento havia necessidade do reconhecimento de relações significativas entre o aprendizado adquirido e a construção (agregar) de novos conhecimentos, como organização prática de cada saber. (11, AJPV-9/MA)

Os estudantes relatam que aprender pelas metodologias ativas é uma forma de superar de desafios:

Surpreendi-me. Primeiramente devido à estruturação, metodologia ativa, conteúdo denso e aulas que traziam mais inquietações acerca da pesquisa e da minha atuação profissional na rede de saúde... (10, CC-8/MP)

A questão da introdução dos mapas conceituais foi algo novo e assustador para mim, pois nunca havia tido contato com essa forma de trabalho e confesso que superei meus limites agora ao final da disciplina, construindo um mapa conceitual sobre os conceitos apreendidos nesse período de estudos. (11, AA-8/MP)

Fomos constantemente desafiados a trabalhar em equipe com metodologias ativas, dentro de assuntos nem sempre familiares. (17, MO-8/MP)

As metodologias utilizadas me tiravam do lugar seguro e faziam com que me sentisse exposta. Até então, eu sabia ouvir e aprender com o outro, mas não conseguia falar e fazer trocas sobre o que pensava. A zona de conforto do meu silêncio era constantemente tensionada com questionamentos em aula, trabalhos em grupo e apresentação de seminários, entre outros. (04, GM-9/MP)

A construção do conhecimento nas metodologias ativas se dá de maneira distinta dependendo da trajetória do estudante e do seu processo de aprendizagem, conforme mostram as falas a seguir.

[Os saberes] foram abordados de uma maneira clara, sendo pouco a pouco incorporados em nosso repertório, alguns ainda pouco conhecidos até então. Destaco a utilização e a montagem do mapa conceitual que nos ajudou a repensar e fixar os conceitos abordados trazendo clareza no aprendizado. (2, RS-8/MP)

O que mais chamou a atenção foi o fato de saber que o aluno é capaz de construir seu próprio conhecimento, seus próprios caminhos de aprendizagem. No início, senti dificuldades, mas depois, a cada encontro, fui descobrindo minha própria estratégia de aprendizagem. O contato, a troca com os colegas de outras profissões abriram e ampliaram meu olhar. A cada trabalho foi possível fazer uma autoanálise e perceber minha evolução da aprendizagem. (6, MS-8/MP)

A estrutura em que a disciplina se apresentou no decorrer do tempo permitiu a construção gradual do conhecimento, de forma crítico-reflexiva e integrada, permitindo o aprendizado não apenas do conteúdo, mas também da interação e do desenvolvimento da colaboração prática nas tarefas que foram sendo desenvolvidas, competências como comprometimento, respeito das limitações e potencialidades de cada membro do grupo... metodologia ativa, de modo que acabei aprendendo e passando a utilizar no meu ambiente de trabalho enquanto educadora de saúde. (13, RN-8/MP)

A estratégia de ensino-aprendizagem e de avaliação utilizada está comprometida com um cenário de participação, exercício permanente do diálogo e pensar coletivo a partir de textos e experiências. A partir do referencial teórico e de situações-problema apresentadas pelas equipes, a turma pôde refletir acerca de vivências e favorecer as trocas de saberes, aprendizagens compartilhadas e a busca pelo aprofundamento de temas diversos. Esta forma de organização possibilita, além da troca e interação, a participação ativa, buscando fomentar a aprendizagem, ressignificando os conhecimentos e identificando fontes de novas aprendizagens. (11, AJPV-9/MA)

Os estudantes avaliaram como foi para eles cursar a disciplina de EIP, que foi totalmente construída baseada em metodologias ativas, bem diferente do convencional, e a seguir abordam essa experiência:

No que tange à avaliação, considero que a atividade final foi de grande valia, proporcionando um resgate de todo o conteúdo para a construção do mapa conceitual e permitindo a identificação de pontos com necessidade de maior aprofundamento a partir da disciplina. (24, OS-8/D)

A cada aula precisávamos nos reinventar, ora para entregar seminários e fazer a leitura de artigos, ora para aprender a usar a ferramenta de produção dos mapas conceituais, ora para fazer apresentações em Power Point e ainda pensar em apresentações em outros formatos. O conjunto todo foi extremamente produtivo e deixou o ambiente mais leve e alegre, como no exemplo das aulas com interpretações teatrais fantásticas por parte de alguns integrantes dos grupos. (27, KN-8/Ouv)

Estratégias de ensino, requisitando do aluno uma proatividade; acredito que a sala de aula ainda introjete esse padrão formal de ensino (professor - aluno); modelo hierárquico e delegativo. Esta disciplina de EIP possibilitou alterar esse padrão e mobilizou os alunos a pensar novas estratégias, assim como ambientes/territórios para a aula. (6, MA-9/MA)

A avaliação nos forçou a pensar [...] de uma forma diferente e única, como um desfecho de todo o aprendizado adquirido até então, tudo aquilo que absorvemos e construímos no decorrer das aulas. A apresentação do mapa conceitual foi mais uma ferramenta de fixação e um método de analisar um tema de maneira resumida, simples e rápida. O pedido de apresentá-lo como avaliação final reforça a importância em transportá-lo de maneira sólida para o dia a dia, particularmente para mim, que já sou professor. (16, EC-9/MA)

Fica evidente pelas falas dos estudantes que o processo formativo utilizando as metodologias participativas e ativas foi muito intenso e provocativo, tirando-os do conforto, principalmente para os que estavam acostumados com o ensino

tradicional. A aprendizagem compartilhada possibilitou aos estudantes agradáveis momento para aprender, compreender e vivenciar a educação interprofissional em saúde e a prática interprofissional colaborativa.

A aprendizagem que os estudantes vivenciaram na disciplina de pós-graduação ajudou-os a desenvolver habilidades de comunicação, de análise crítica, e principalmente a entender os desafios do trabalho em equipe. Os estudantes conseguiram perceber que para aprender a realizar um trabalho em equipe interprofissional, eles tinham que trabalhar juntos, vivenciar a colaboração e o respeito.

Considerações finais

A disciplina de EIP foi estruturada em um pós-doutorado com a finalidade de difundir a educação interprofissional em saúde e trabalhar com a metodologia participativa e ativa na pós-graduação, envolvendo inicialmente estudantes de dois programas de pós-graduação da Unifesp, nível de mestrado e doutorado.

Os estudantes dos dois primeiros anos colaboraram muito para a evolução da disciplina de EIP: no processo avaliativo realizado no final da disciplina, eles contribuíram dando sugestões e avaliando o processo de ensino-aprendizado que foi apresentado em formato de falas no corpo do texto. Algumas sugestões foram incorporadas, como a criação de uma pasta no *drive* para compartilhamento do material com os participantes da disciplina, utilização de portfólio reflexivo realizado em grupo ou individual, aumentar a quantidade de aulas e o tempo delas.

A disciplina teve que ser aperfeiçoada nos anos de 2020 e 2021 em função da pandemia e foi ofertada remotamente, com muita procura de estudantes de outros programas e alunos especiais. Dessa forma, para dar conta do aumento da procura, o corpo docente passou a ser composto por cinco membros, que fazem parte do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde.

Na disciplina de EIP, identificamos que as aprendizagens compartilhadas proporcionadas aos estudantes juntamente com as metodologias participativas e ativas favoreceram um intenso diálogo com a interprofissionalidade.

Referências

- Aguilar-Da-Silva, R. H., Scapin, L. T., & Batista, N. A. (2011). Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*, 16(1), pp. 165-82.
- Araújo, M. B. S., & Rocha, P. M. (2007). Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2), pp. 455-464.
- Arruda, G. M. M. S. et al. (2017). Educação interprofissional na pós-graduação em saúde: dimensões pedagógicas interprofissionais em uma residência multiprofissional em saúde da família. *Tempus actas de saúde coletiva*, 10(4), pp. 187-214.
- Barbosa, E. F., & Moura, D. G. (2013). Metodologias ativas de aprendizagem na educação profissional e tecnológica. *Boletim Técnico do Senac*, 39(2), pp. 48-67, Recuperado em 02 de julho, 2020, <http://www.bts.senac.br/index.php/bts/article/view/349>.
- Batista, N. A. (2012). Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, 2, pp. 25-28, Recuperado em 10 de setembro, 2021 http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf.
- Berbel, N. A. N. (2011). As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. *Semina, Ciênc. Soc. Hum.*, 32(1), pp. 25-40.
- Brasil. (2010). *Plano Nacional de Pós-Graduação – PNPG 2011-2020*. Brasília, DF: Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Capes.
- Carpenter, J. et al. (2006). Outcomes of interprofessional education for community mental health services in England: the longitudinal evaluation of a postgraduate programme. *Journal of Interprofessional Care*, 20(2), pp. 145-161.
- Costa, C. M. M. et al. (2014). Contribuições da pós-graduação na área da saúde para a formação profissional: relato de experiência. *Saúde e Sociedade*, 23(4), pp. 1471-1481.
- Costa, R. K. S., Enders, B. C., & Menezes, R. M. P. (2009). Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. *Ciência Cuidado e Saúde*, 7(4), pp. 530-536.
- Diesel, A., Baldez, A. L. S., & Martins, S. N. (2017). Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. *Revista Thema*, 14(1), pp. 268-288.
- Freeth, D. et al. (2002). *A critical review of evaluations of interprofessional education*. London: LTSN.
- Freire, P. (2015). *Pedagogia da autonomia*. Saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz & Terra.
- Freire, P. (1996). *Pedagogia do oprimido*. São Paulo: Paz & Terra.
- Freitas, M. A. O., Demarchi, G. S. S., & Rossit, R. A. S. (2018). Interprofessional Education in Master's and Doctoral programs: postgraduate students' perception. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(n.supl.2), pp. 1647-1659.
- Herath, C. et al. (2017). A comparative study of interprofessional education in global health care: a systematic review. *Medicine*, 96(38) e7336.
- Lewgoy, A. M. B. et al. (2019). A perspectiva interprofissional na residência integrada multiprofissional em saúde hospitalar. *Clinical & Biomedical Research*, 39(1), pp. 58-68.
- Moran, J. M. (2015). Mudando a educação com metodologias ativas. In C.A.de Souza, O.E.T. Morales (org.). *Convergências midiáticas, educação e cidadania: aproximações jovens*. Ponta Grossa: Foca Foto-Proex, Uepg, pp. 15-33.
- Oandasan, I. & Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 2: factors, processes and outcomes. *Journal of Interprofessional Care*, 19(suppl.1), pp. 39-48.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS. Recuperado em 25 de janeiro, 2021, https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3019:marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa&Itemid=844
- Peduzzi, M. (2009). Trabalho em equipe. In I.B. Pereira, J.C. Lima (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPJV, Fiocruz, pp. 419-426.
- Pullon, S., & Fry, B. (2005). Interprofessional postgraduate education in primary health care: Is it making a difference? *Journal of Interprofessional Care*, 19(6), pp. 569-578.
- Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., & Davies, N., et al. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No.39, *Medical Teacher*. pp.656-685. Recuperado em 4 de abril, 2021, <http://doi:10.3109/0142159X.2016.1173663>.

Uchôa-Figueiredo, L. R., Rodrigues, T. F. & Dias, I. M. Á. (org.) (2016). *Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde*. Porto Alegre: Rede Unida.

Universidade Federal de São Paulo. (2021). *PDI 2021-2025*, 1. Recuperado em 29 de maio, 2020, <https://unifesp.br/reitoria/proplan/pdi-2021-2025-volume>.

Valente, J. A., Almeida, M. E. B., & Geraldini, A. F. S. (2017). Metodologias ativas: das concepções às práticas em distintos níveis de ensino. *Revista Diálogo Educacional*, 17(52), pp. 455-478, Recuperado em 15 de julho de 2021, <https://periodicos.pucpr.br/index.php/dialogoeducacional/article/viewFile/9900/12386>.

13 EXPERIÊNCIA DE FORMAÇÃO PARA O CUIDADO CENTRADO NA PESSOA E COLABORAÇÃO INTERPROFISSIONAL

Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo¹
Mariana Chaves Aveiro¹
Patricia Rios Poletto¹

Educação e colaboração interprofissional

Este capítulo tem por objetivo apresentar, refletir e analisar, à luz da colaboração interprofissional e do cuidado centrado na pessoa, uma experiência formativa para o trabalho em saúde de estudantes dos cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional do Instituto Saúde e Sociedade do *campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo, que utiliza como estratégia pedagógica os pressupostos da educação interprofissional em saúde.

A educação interprofissional (EIP) é uma estratégia de formação capaz de melhorar a qualidade da atenção à saúde a partir da experiência de trabalho em equipe, na perspectiva da prática colaborativa. Para Batista (2012), a educação interprofissional (EIP) é a principal estratégia utilizada para formar profissionais preparados para trabalhar em equipe.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde² (OMS, 2010), a EIP ocorre quando diferentes estudantes de duas ou mais profissões unem-se a fim de aprender um com o outro para permitir que haja colaboração entre ambos e, assim, contribuir para a melhora da atenção à saúde.

A colaboração no processo formativo incentiva o protagonismo dos estudantes, de modo a despertar suas características individuais, contextualizadas no processo de construção do saber coletivo. A potencialização do trabalho

¹ Universidade Federal de São Paulo – Instituto Saúde e Sociedade, campus Baixada Santista, Santos – SP – Brasil, e-mail: uchoa.lucia@unifesp.br, mariana.aveiro@unifesp.br, patricia.poletto@unifesp.br

² World Health Organization.

coletivo se dá na autonomia do pensar e agir, conjuntamente com as articulações dos saberes a partir da concepção do conhecimento e do estímulo à criatividade na solução de problemas.

A EIP tem como perspectiva proporcionar uma força de trabalho colaborativa (OMS, 2010). É sabido que um grau crescente de colaboração em uma equipe tem a possibilidade de reduzir o individualismo e aumentar a tomada de decisão compartilhada (Furtado, 2007).

De acordo com D'Amour et al. (2005), a colaboração traz a perspectiva de compartilhamento que pressupõe a realização de uma ação coletiva construída a partir de objetivos comuns. Essa compreensão reforça a ideia de que a colaboração interprofissional possibilita, por meio de negociação e participação, a proposição de objetivos comuns da equipe direcionados às necessidades dos usuários, famílias e comunidades (D'Amour et al., 2008).

A colaboração interprofissional necessita de um conjunto de características para sua efetivação: participação, planejamento, tomada de decisão compartilhada, coordenação, compartilhamento de poder, parceria, interação, comunicação, respeito mútuo, confiança, reconhecimentos dos papéis, participação dos usuários e cuidado centrado na pessoa (Orchard et al., 2010; Peduzzi et al., 2013; Brandt et al., 2014).

Sobre o cuidado centrado na pessoa, a literatura internacional apresenta uma numerosa produção (Agreli et al., 2016). No entanto, os estudos no Brasil possuem denominações genéricas e estudam isoladamente elementos teóricos dessa prática de cuidado (Rodrigues et al., 2019). Logo transitaremos sobre esses dois universos para melhor compreensão dos elementos que compõem esse cuidado e os desafios para a formação profissional.

Em relação às políticas de saúde brasileiras, as abordagens que mais se aproximaram do cuidado centrado na pessoa até o ano de 2016, de acordo com os aspectos identificados na literatura, foram os seguintes: o processo de trabalho usuário centrado, o método clínico centrado na pessoa/medicina centrada no paciente, o cuidado integral, a clínica ampliada e a Política Nacional de Humanização (PNH), todos ancorados no princípio da integralidade (Agreli et al., 2016). Entretanto, a Política Nacional de Humanização não trabalha o conceito em sua plenitude (Rodrigues et al., 2019).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada em 2017, fez a revisão de algumas diretrizes para sua organização e apresentou o cuidado centrado na pessoa como uma das diretrizes do SUS e da rede de atenção à saúde a serem operacionalizadas na atenção básica. O cuidado centrado na pessoa integra dois processos de trabalho na atenção básica, segundo a PNAB: trabalho em equipe multiprofissional e estratégias de segurança ao usuário (Brasil, 2017).

Para a implementação do cuidado centrado na pessoa nos serviços de saúde no Brasil se faz necessária a análise de alguns pontos levantados por Rodrigues, Portela e Malik (2019) relacionados à política do cuidado, que mostram as dimensões do sistema de saúde como dificultadoras no processo de implantação: os elementos organizacionais, a falta de habilidades comunicacionais, a continuidade do cuidado e a adesão.

Os autores Rodrigues, Portela e Malik (2019) também reforçam elementos essenciais a incentivar durante o processo de formação profissional e que podem contribuir para um cuidado efetivo e seguro, como aspectos organizacionais, a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe, a legitimação do paciente e acompanhantes no processo de cuidado, o compartilhamento de informações, a interlocução entre grupos que atuam na área da qualidade do cuidado de saúde e o fortalecimento da Política Nacional de Humanização.

Na busca pela construção de um desenho tecnoassistencial mais cuidador, humanizado, com qualidade da atenção à saúde, que dê maior atenção a saúde das pessoas tentando assegurar a integralidade no cuidado e desconstruindo o modelo médico centrado, o Instituto Saúde e Sociedade do *campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp/BS) oferece um projeto político pedagógico de *campus* baseado na educação interprofissional para os cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional, estruturado em quatro eixos, três deles comuns a todos os cursos – O ser humano e sua inserção biológica (Bio), O ser humano e sua inserção social (IS), Trabalho em saúde (TS) – e um eixo específico, em que estão as especificidades de cada curso. O curso de serviço social participa dos módulos iniciais dos eixos comuns TS e IS (Batista et al., 2018).

Nos eixos comuns, os estudantes são organizados por ano de graduação e misturados em diferentes cursos em turmas mistas, e as atividades de ensino-

aprendizagem são desenvolvidas em módulos semestrais, ministrados, nos três primeiros anos da graduação, por docentes de diferentes áreas profissionais. Nesses eixos, os estudantes vivenciam desde o início da formação atividades em equipe, de modo a realizar trabalhos no enfoque interdisciplinar e interprofissional.

No eixo TS, a estrutura de ensino-aprendizagem dá oportunidade para os estudantes aprenderem sobre a sua área de formação específica e, ao mesmo tempo, conhecerem a área de formação dos demais estudantes e considerarem outras dimensões do adoecimento dos indivíduos, para além de seus aspectos biológicos, uma vez que estudantes e docentes são expostos a diversas experiências que favorecem a vivência no contexto real (Oliveira et al., 2016).

Para a concretização do eixo TS é necessária a parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santos com vistas à uma formação com pressupostos baseados no Sistema Único de Saúde (SUS) e com vivência da prática interprofissional colaborativa.

Na unidade curricular (módulo) “Clínica integrada: produção do cuidado” do eixo formativo Trabalho em saúde, oferecida para o terceiro ano dos cursos, exceto para o de serviço social, os estudantes acompanham usuários das unidades de saúde da cidade de Santos. Realizam um trabalho em equipe fazendo interlocução dos elementos do cuidado centrado na pessoa, considerando os aspectos das diretrizes e estratégias de atuação do SUS. Com base nas experiências da clínica ampliada, atuam em equipe e praticam a construção de um projeto terapêutico singular.

O processo formativo em curso tem a perspectiva de desenvolvimento de uma clínica integrada e comum aos vários campos profissionais, avançando na produção e na gestão do cuidado individual e coletivo em saúde. Ele tem as seguintes finalidades: possibilitar aos estudantes vivenciar e realizar intervenções em comum na produção do cuidado; exercitar a elaboração e a implementação de projetos de cuidado singulares; ampliar as competências para o trabalho em equipe, para o diálogo interprofissional e para a gestão do cuidado em saúde; ampliar o conhecimento sobre a organização da rede de serviços em saúde (Unifesp, 2016).

Métodos de aprendizado que permitem interatividade têm sido uma característica chave para a educação interprofissional. Essa interatividade contribui para a promoção do desenvolvimento de competências necessárias para colaboração eficaz (Reeves, 2016).

O estudante nesse contexto formativo desenvolve um olhar empático, consegue refletir sobre o cotidiano, aprende a fazer parcerias com seus colegas e com a equipe do serviço, permitindo assim um aprimoramento do cuidado em saúde. A clínica ampliada, a discussão em equipe, o projeto terapêutico singular (PTS) são dispositivos que compõem a caixa das ferramentas tecnológicas (Feuerwerker, 2016).

A clínica ampliada enquanto ferramenta tem a finalidade de produzir trocas de saberes no processo interativo entre profissionais e usuários, possibilitando assim que outros aspectos do sujeito, além do biológico, possam ser compreendidos e trabalhados (Cunha, 2010).

Nas discussões em equipe, os estudantes dialogam com todos e refletem sobre as demandas e necessidades que se apresentam, a fim de compreender as demandas das pessoas acompanhadas e então pensar no cuidado. Esses momentos de encontro servem para a avaliação das necessidades reais da pessoa acompanhada e para estimular o protagonismo dos participantes, sempre levando em consideração as questões relativas à vulnerabilidade e à singularidade de cada pessoa, situação e também território. Nesse contexto, cada estudante contribui com o seu olhar, com sua prática e com sua experiência, colaborando para a gestão do cuidado por meio da prática colaborativa e da elaboração de um projeto de cuidado, no caso o mencionado projeto terapêutico singular (PTS).

O PTS é uma conduta singular, construída e realizada a partir de uma interação democrática e horizontal entre o trabalhador, usuário e família (Pinto et al., 2011). Nesse contexto formativo, o PTS é elaborado pelas equipes de estudantes levando em consideração as necessidades da pessoa assistida e é considerado uma ferramenta que dá conta de demandas complexas, principalmente por serem elaboradas por uma equipe interprofissional de estudantes, articulando saberes e práticas que potencializam o cuidado da pessoa assistida em seu ambiente de vida e trabalho.

Experiência de formação no cuidado centrado na pessoa

Apresentaremos, a seguir, a experiência do módulo do eixo TS, oferecido para o terceiro ano dos cursos citados, que acontece na Unidade Básica de Saúde do Embaré, em Santos.

A organização do módulo se dá coletivamente; os alunos escolhem o campo em que querem realizar a prática de cuidado, em equipes de dez a doze estudantes de diferentes cursos. No primeiro dia de aula se dá o encontro entre estudantes e docentes de cada campo para início da construção do vínculo dentro da equipe. Nos primeiros encontros, ainda no *campus*, juntamente com os supervisores (dois professores de áreas distintas), os estudantes são preparados para o trabalho colaborativo em equipe e para um cuidado centrado na pessoa, território e comunidade.

No campo, a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) apresenta as pessoas que serão acompanhadas no semestre e, a partir dessa fase, os estudantes escolhem quem gostariam de acompanhar, formando-se assim as miniequipes. A equipe da UBS acompanha todo o trabalho realizado por essas miniequipes, participa das reuniões e valoriza o trabalho realizado pelos estudantes.

Nesse módulo, o processo formativo acontece em etapas: após os estudantes serem divididos a partir de seus interesses, as miniequipes realizam as visitas domiciliares, juntamente com o agente comunitário de saúde (ACS) do território e o supervisor, com a finalidade de conhecer as pessoas, a dinâmica familiar e entender o contexto territorial. Nessa perspectiva, as miniequipes conseguem avaliar as necessidades das pessoas assistidas, conhecer as condições sociais e de saúde e iniciar o processo de vínculo.

No final da visita as miniequipes retornam à UBS para as discussões em equipe ampliada, com a participação dos supervisores, em alguns momentos profissionais da equipe do serviço e todos os estudantes. A partir do momento que as miniequipes estão mais empoderadas e já sabem como conduzir o processo de cuidado, sentem-se mais seguras para realizar as visitas sozinhas. Assim, confere-se a eles maior autonomia no processo de condução das visitas domiciliares.

No meio do semestre, as miniequipes são estimuladas a pensar em um projeto de cuidado, de cuja construção a pessoa assistida é convidada a participar, enfatizando o tipo de cuidado e elegendo as prioridades de ações, e as informações coletadas nas visitas ajudarão a ajudar no planejamento das intervenções, que serão realizadas de acordo com as necessidades colocadas.

No final do semestre, as miniequipes formalizam um projeto terapêutico singular e utilizam esse referencial para discutir no *campus* com os alunos das outras

unidades. Nesse processo, as miniequipes conseguem compreender a importância de articular com a rede de atenção à saúde (RAS), outros serviços e/ou profissionais, pois muitas vezes os estudantes precisam realizar um trabalho intersetorial.

Os projetos terapêuticos não podem simplificar a complexidade da experiência e da situação da pessoa acompanhada, para assim apresentar maior potencial de transformação. Dessa maneira, o projeto terapêutico realizado é capaz de dialogar com a realidade de vida dos usuários do serviço de saúde para que os objetivos e as demandas de cuidados sejam alcançados. Além das estratégias da equipe de cuidado e de outras instituições, o PTS representa uma tentativa de transformação, podendo assumir outro lugar nas práticas de cuidado e contribuir para a produção de novas formas enriquecedoras de sociabilidade (Kinker, 2016).

Todo esse processo é discutido e o aprendizado permite aos estudantes de graduação ter a experiência de gestor do cuidado, envolvendo o desenvolvimento da escuta, vínculo, abordagem, responsabilização e ética que acompanham a atenção integral. Possibilita ainda estabelecer relações interprofissionais, aproximando-os das outras áreas de conhecimento e das equipes dos serviços de saúde às quais estão vinculados para o desenvolvimento do projeto terapêutico.

As miniequipes conseguem pensar e construir formas diferentes de cuidar e de trabalhar em saúde, sendo uma experiência gratificante para os atores do serviço, que se sentem integrados, uma vez que colaboram muito nas discussões tornando o processo ainda mais potente. Para o estudante, esse aprendizado é muito diferente e faz com que ele exercite o raciocínio e a abordagem clínica, e amplie seu conhecimento para o cuidado integral.

Neste capítulo, a intenção é apresentar a experiência de cuidado realizado com Maria Flor (nome fictício), que começou a ser acompanhada em agosto de 2019 por uma miniequipe. Uma mulher com 51 anos, mãe solteira, desempregada, moradora de região vulnerável perto do porto de Santos, parte do território da UBS. Desde a infância ela tem passado por diversas situações difíceis em sua vida, inclusive violência, e recentemente perdeu a mãe. Atualmente tem uma demanda judicial contra a irmã por assédio. Ela reside na casa em que a mãe morava, no piso superior, e a irmã mora no piso inferior.

No dia da apresentação, a equipe da UBS relatou que Maria Flor era acompanhada pelo CAPS e pela UBS, num viés de apoio matricial. Ela apresentava

um diagnóstico de transtorno obsessivo compulsivo (TOC), com ansiedade, depressão, sérias questões sociais, com uma filha de 9 anos e muitos problemas familiares. Estava com dificuldades de organizar o seu cotidiano, não estava conseguindo dar conta das demandas da casa, da filha e sem condições de ter um trabalho. A equipe da UBS relatou que ela falava sem dar pausa, não conseguia ouvir o que as pessoas diziam, pois sua fala era um monólogo.

Entendemos que não há produção de saúde sem produção de saúde mental. Logo, é preciso levar em conta que, ao receber cuidados em saúde, devem ser considerados os fatores biológicos, familiares, culturais e sociais. A reabilitação psicossocial é compreendida como uma forma de reduzir os danos e aumentar as habilidades do sujeito, criando um suporte e formas de enfrentamento em conjunto com o sujeito. Para que isso ocorra é fundamental a reinserção da pessoa na sociedade. A singularidade deve ser levada em conta pois existem várias variantes externas como o ambiente, família e comunidade, que também podem sofrer intervenções, pensando na produção de cuidado de forma holística (Saraceno, 1999).

A miniequipe que começou a trabalhar com Maria Flor ficou inicialmente um tanto ressabiada, com medo de não dar conta, exatamente por ser uma pessoa com transtornos psiquiátricos e por ter muitas outras questões preocupantes, que a fizeram procurar apoio no serviço de saúde trazendo muitas queixas. Os estudantes que compuseram essa miniequipe eram das áreas de terapia ocupacional, fisioterapia e nutrição. Os dois primeiros encontros se deram na UBS e foi possível nesse momento conhecer a história de vida de Maria Flor, o que colaborou para que a miniequipe tivesse uma impressão diferente de quando receberam as informações iniciais da ACS. Os outros encontros se deram semanalmente no domicílio de Maria Flor.

Os cuidados iniciais solicitados por Maria Flor à miniequipe foram os seguintes: necessidade de melhorar da artrose, pois sentia muitas dores no joelho, alergias alimentares com glúten e leite, incontinência urinária e dores na região genital. Somente com o passar das visitas e com o vínculo estabelecido é que surgiram as demandas de cunho psicológico, social, solicitação de ajuda no ensino de matemática para a filha, necessidade de arrumar um emprego e ajuda para conseguir organizar melhor seu tempo e a rotina com a filha.

A miniequipe identificou, desde o início, que Maria Flor tinha uma autoestima muito baixa, desânimo para realização de suas atividades diárias e até para procurar emprego. No decorrer das visitas, os estudantes foram observando outras dificuldades, como pontuar aspectos positivos sobre ela mesma, uma regressão no estado psicológico, tristeza, dificuldade de organizar seus pensamentos na hora de articular sua fala pois devido à ansiedade seu discurso se dispersava facilmente, e queixa quanto ao autocuidado, que ela negligenciava.

Maria Flor relatou à miniequipe que, por conta própria, diminui a dose de seus remédios, alegando que eles a estavam deixando passiva e com sono. A miniequipe percebeu sentimento de perseguição pela irmã e vizinhos, visto que nunca abria as janelas da sua casa. Alegava que se abrisse as janelas todos ficariam sabendo o que acontecia em sua casa, e esse sentimento era reforçado pois enfrentou algumas vezes situações de violência familiar.

A violência familiar é uma das manifestações da violência que atinge mulheres cotidianamente em todo o mundo. Em contextos como esse, a equipe pode atuar contribuindo para o processo de transformação social em diferentes campos. A atenção básica tem cada vez mais se constituído como um canal de acesso ao SUS para pessoas vítimas de violência e um locus privilegiado para o desenvolvimento de práticas de cuidado para essas pessoas (Oliveira & Ferigato, 2019).

Depois de muitas discussões em equipe planejaram-se as prioridades do trabalho com Maria Flor: oferecer apoio psicológico, ajudar na organização das rotinas, no autocuidado, na sua própria saúde, na interação e proximidade com a filha e na busca de uma fonte de renda.

Dentre as intervenções realizadas, aquelas em formato de dinâmicas obtiveram resultados positivos, pois assim ela conseguia exercer sua autonomia e se sentia respeitada. Foram algumas dessas intervenções:

- As dinâmicas de autoconhecimento: por meio delas, o grupo teve como objetivo promover o autoconhecimento de Maria Flor, de quem ela é e de quais são suas maiores necessidades.
- As dinâmicas de expressão: elas tinham como objetivo o conhecimento e a união do grupo para a criação de laços e vínculos, mas principalmente de si mesma, tentando assim aumentar a autoestima de Maria Flor.
- As atividades lúdicas para Maria Flor e sua filha: as atividades tinham

como objetivo aproximar ainda mais mãe e filha, fazendo com que as duas passassem mais tempo juntas e também aprendessem juntas.

- Os exercícios de assoalho pélvico: eles tinham como objetivo possível melhora no quadro de incontinência urinária.
- A educação alimentar e nutricional: por meio dela, foram esclarecidas possíveis dúvidas da relação de certas doenças com alimentos, visto que Maria Flor sempre demonstrou grande confusão quanto a isso.

A miniequipe conseguiu realizar um trabalho muito efetivo a partir do momento que Maria Flor pôde participar ativamente desse processo de cuidado. Em sua maioria, as atividades realizadas foram baseadas em dinâmicas em cujo decorrer as pessoas foram se conhecendo e os estudantes foram conhecendo a história de vida de Maria Flor no processo de cuidado, sem que ela se sentisse invadida nem ficasse melindrada. O mesmo aconteceu com a história de vida de cada uma das integrantes dessa miniequipe, em que Maria Flor teve a oportunidade de escutar e compreender que, se somente ela falasse, não conseguiria escutar as histórias de vida dos demais integrantes do grupo.

Maria Flor relatou na última visita que se sentia empoderada, uma mulher mais forte e com mais autoestima. Conseguiu voltar a fazer faxina, porém muito empenhada na busca por emprego, e conseguiu se enxergar como uma mulher forte, guerreira e solidária. No relatório final do projeto terapêutico singular, a miniequipe descreveu Maria Flor como uma mulher simpática e atenciosa, com quem eles conseguiram estabelecer um vínculo forte de afeto, bem diferente da primeira impressão que tiveram quando assumiram o acompanhamento.

Análise crítica da experiência

A educação interprofissional pode ser desafiadora e requer habilidades, experiência e preparação para lidar com as diversas responsabilidades e demandas envolvidas (Reeves, 2016). Cada experiência realizada tem o seu valor e um papel transformador da prática formativa para todos os envolvidos: docentes, estudantes e profissionais do serviço.

As experiências, quando exitosas, têm um papel importante para nos ajudar a refletir sobre as nossas atitudes enquanto docentes e profissionais do

serviço, no processo de facilitação da EIP para o desenvolvimento de competências e habilidades para o estudante. A experiência descrita deixa claro o papel e a importância da participação da pessoa assistida, da colaboração, da comunicação e do vínculo para que possa ser realizado um cuidado centrado na pessoa e, dessa forma, visar um cuidado eficiente.

Destaca-se que os estudantes da miniequipe conseguiram resgatar a história de vida da Maria Flor nos dois primeiros encontros que aconteceram ainda na UBS, pela narrativa, uma prática aprendida em outro módulo do eixo TS, no segundo ano. Eles conseguiram, por meio do desenvolvimento da empatia, da confiança, da compaixão pela dor e sofrimento, que o vínculo fosse estabelecido.

Para Oliveira et al. (2016), as narrativas ganham relevância, no âmbito da formação profissional, como uma prática capaz de promover a escuta sensível, a observação, o estabelecimento de vínculo, a problematização, a autonomia, o questionamento e o conhecimento de um cenário de prática real. A narrativa na formação contribui para desenvolver um profissional diferenciado, atento e cuidadoso.

Em quase nove anos no mesmo serviço, com visitas domiciliares a 43 usuários, diversas barreiras precisaram ser superadas para integração ensino-serviço-comunidade e, com certeza teremos outras ainda a vencer. Durante esses anos, negociamos horários, espaços físicos, participação conjunta dos profissionais dos serviços e docentes nos acompanhamentos. Consolidando essa parceria, as demandas dos serviços e cenários de práticas têm sido valorizadas, com pactos de contribuição da universidade e com participação ativa dos docentes junto aos profissionais do serviço.

Existe uma diferença importante entre a lógica de organização dos serviços, muito centrada na produtividade de seus procedimentos técnico-operativos, e a lógica do trabalho da instituição formadora (Albuquerque et al., 2008). Entretanto, atualmente, há reconhecimento por parte da equipe da UBS do potencial transformador da abordagem, mas com dificuldades de ampliação para as suas rotinas diárias em virtude de aspectos organizacionais, por exemplo.

Segundo Albuquerque et al. (2008) quando a integração ensino-serviço-comunidade acontece de forma efetiva, unindo docentes, estudantes e profissionais de saúde com o foco centrado no usuário, essa dicotomia entre o ensino e a produção dos cuidados em saúde é amenizada.

Saldanha et al. (2014) nos fazem lembrar que mudanças no serviço são tão complexas quanto na formação, pois não é suficiente levar os alunos para os serviços de saúde se as práticas realizadas não forem problematizadas e estiverem em consonância com os princípios do SUS. Quando a estruturação da integração ensino-serviço é unilateral (a universidade ditando as normas de funcionamento sem negociar com o gestor local), o cenário de mudança fica inerte, fragilizando a colaboração interprofissional e a incorporação de ações de educação permanente junto com as de formação de novos profissionais.

Para Ceccim e Pinto (2007), a formação e o exercício profissional devem prosseguir por caminhos convergentes, já que os estudantes de hoje serão os profissionais de amanhã, e essa relação se dá na perspectiva da alocação dos profissionais, da constituição das equipes e do desenvolvimento do cuidado integral à saúde dos usuários.

Outro desafio que se impõe é a superação da dicotomia entre as categorias profissionais. Como apontado por D'Amour et al. (2005), ainda predomina a necessidade de manutenção das aspirações uniprofissionais e da autonomia plena em detrimento da colaboração interprofissional. Anderson et al. (2014) consideram cinco desafios para a consolidação da EIP de forma a desenvolver a prática colaborativa e o cuidado centrado na pessoa. Dentre esses desafios reforçam que um dos mais complexos é transpor as barreiras profissionais.

Como a colaboração interprofissional é construída por meio do diálogo, da parceria, do respeito, do compartilhamento de poder (D'Amour et al., 2008; Orchard et al., 2010), acreditamos que experiências como essa que vivenciamos no eixo trabalho em saúde têm papel promissor de transformações futuras no cuidado em saúde no Brasil.

Por fim, o último desafio a superar que gostaríamos de destacar é a ampliação da concretização do cuidado centrado na pessoa em nosso SUS. Infelizmente, esse olhar ampliado para o usuário ainda não é corriqueiro no cotidiano de cuidado em saúde, mas acreditamos estar em um caminho promissor, pois experiências como essa mostram que as transformações são possíveis e que ainda vivenciaremos o cuidado centrado na pessoa de forma integral no Sistema Único de Saúde, de forma a garantir a assistência à saúde da população brasileira de forma democrática e resolutiva.

Considerações finais

A experiência vivida pelos estudantes dos cursos da saúde do *campus* Baixada Santista da Unifesp, para aprendizagem do cuidado centrado na pessoa por meio da educação interprofissional, ao longo desses onze anos, trouxe inúmeros resultados que indicam as fortalezas e os desafios dessa estratégia formativa.

Tem sido possível intensificar gradativamente a compreensão, a aprendizagem e a incorporação da importância das competências comuns e colaborativas, além das competências específicas de cada profissão, pelos estudantes. Esses estudantes verbalizam e demonstram – nos projetos de cuidado, nas construções de vínculo, na escuta qualificada, no diálogo horizontalizado com o usuário e o serviço parceiro e, principalmente, entre os colegas de outras profissões da saúde com quem convivem, aprendem e trabalham – a percepção de que, ao vivenciar esse percurso formativo, eles se aproximam fortemente da realização do cuidado integral à saúde e de um trabalho em equipe verdadeiramente interprofissional.

Referências

- Agreli, H. F., Peduzzi, M., & Silva, M. C. (2016). Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 59(20), pp. 905-916.
- Albuquerque, V. S., Gomes, A. P., Rezende, C. H. A. R., Sampaio, M. X., Dias, O. V., & Lugarinho, R. M. (2008). A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(3), pp. 356-362.
- Anderson, E., Hean, S., O'halloran, C., Pitt, R., & Hammick, M. (2014). Faculty Development for Interprofessional Education and Practice. In *Faculty Development in the Health Professions: a Focus on Research and Practice*. Londres, Nova York: Springer, 11, pp. 287-310.
- Batista, N. A. (2012). Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, 2, pp. 25-28, Recuperado em 22 de novembro, 2020 http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf.
- Batista, N. A., Rossit, R. A. S., Batista, S. H. S. S., Silva, C. C. B., Uchôa-Figueiredo, L. R., & Poletto, P. R. (2018). Educação interprofissional na formação em saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, Santos, Brasil.

- Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl.2), pp. 1705-1715.
- Brandt, B., Lutfiyya, M. N., King, J. A., & Chioreso, C. (2014). A Scoping Review of Interprofessional Collaborative Practice and Education Using the Lens of Triple Aim. *Journal of Interprofessional Care*, 28(5), pp. 393-399.
- Brasil. (2017). *Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial União, Seção 1, n.183, 22 set 2017, pp. 68-76.
- Ceccim, R. B., & Pinto, L. F. (2007). A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(3), pp. 266-277.
- Cunha, G. T. (2010). *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec.
- D'amour, D., Videla, M. F., Rodriguez, L. S. M. & Beaulie, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(sup1), pp. 116-131.
- D'amour, D., Goulet, L., Labadie, J. F. & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 1(8), pp. 1-14.
- Feuerwerker, L. C. M. Cuidar em saúde. In L.C.M. Feuerwerker, D. C. Bertussi, & E. E, Merhy (org.). (2016). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis, p. 35-47.
- Furtado, J. P. (2007) Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22), pp. 239-245.
- Kinker, F. S. (2016). Um olhar crítico sobre os projetos terapêuticos singulares. *Cad. Bras. Ter. Ocup. UFSCar*, 24(2), pp. 413-420.
- Oliveira, C. M., Batista, N. A., Batista, S. H. S. S. & Uchôa-Figueiredo, L. R. (2016). A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(59), pp. 1005-1014.
- Oliveira, M. T., & Ferigato, S. H. (2019). A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em saúde. *Cad. Bras. Ter. Ocup. UFSCar*, 27(3), pp. 508-521.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS. Recuperado em 10 de junho, 2021, https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3019:marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa&Itemid=844
- Orchard, C., Bainbridge, L., & Bassendowski, S. (2010). *A National Interprofessional Competency Framework*. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). Recuperado em 4 de novembro, 2019, http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf. Acesso em:
- Peduzzi, M., Norman, I. J., Germani, A. C. C., Silva, J. A. M., & Souza, G. C. (2013). Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(4), pp. 977-983.
- Pinto, D. M., Jorge, M. S. B., Pinto, A. G. A., Vasconcelos, M. G. F., Cavalcante, C. M., & Flores, A. Z. T., et al. (2011). Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 20(3), pp. 493-502.
- Reeves, S. (2016). Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 185-196.
- Rodrigues, J. L. S. Q., Portela, M. C., & Malik, A. M. (2019). Agenda para a pesquisa sobre o cuidado centrado no paciente no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 24(11), pp. 4263-75.
- Saldanha, O. M. F. L., Pereira, A. L. B., Medeiros, C. R. G., Dhein, G., Koetz, L. C. E.; & Schwertner, S. F. et al. (2014). Clínica-Escola: apoio institucional inovador às práticas de gestão e atenção na saúde como parte da integração ensino-serviço. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 18(Supl.1), pp. 1053-1062.
- Saraceno, B. (2001). *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia,
- Universidade Federal de São Paulo. (2006). *Projeto Político Pedagógico - A educação interprofissional na formação em saúde: a competência para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado*. Santos: Unifesp, *campus Baixada Santista*.

14 PET-SAÚDE INTERPROFISSIONALIDADE: uma imersão a partir de narrativas

Patrícia Danielle Feitosa Lopes Soares¹
 Andrea Ribeiro Costa¹
 Cristiano Gil Regis²
 Geovannia Mendonça dos Santos³
 Patrícia Rios Poletto⁴
 Rafaela Barroso de Souza Costa Garbus⁴
 Rosangela Soares Chrigger⁴
 Sylvia Helena Souza da Silva Batista⁴

Palavras iniciais

Este capítulo assume como objetivo pôr em relevo o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) a partir de narrativas⁵ de amigos/as e parceiros/as do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS), buscando garimpar indícios⁶ que singularizam as aprendizagens no PET-Saúde, especialmente na edição atual (2018-2021), Edital do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde Interprofissionalidade.

No tecer deste capítulo optamos por delinear o contexto de produção e implementação do PET-Saúde, configurando os enquadres que favoreceram a proposição e implementação do PET-Saúde Interprofissionalidade: em si, também uma narrativa a partir do que fontes primárias e interlocutores teóricos

1 Universidade Federal do Pará Instituto de Ciências da Saúde Belém – PA

2 Universidade Federal do Acre campus Floresta Cruzeiro do Sul – AC

3 Universidade Federal de São Paulo campus São Paulo São Paulo – SP

4 Universidade Federal de São Paulo campus Baixada Santista - Santos – São Paulo

5 Entendemos narrativas como “um meio fundamentalmente humano de dar significado à experiência. Ao contar e interpretar experiências, a narrativa estabelece uma mediação entre um mundo interior de pensamentos-sentimentos e um mundo exterior de ações e estados de espírito observáveis” (GARRO; MATTINGLY, 2000, p.5).

6 Indício tomado como proposto por Ginzburg (2006): indícios são apreendidos nos documentos, nas memórias e na reflexão sobre experiências, registros e memórias.

nos possibilitaram aprender e apreender das e com as políticas indutoras de reorientação da formação no Brasil.

Delineando um contexto⁷

A compreensão da formação em saúde é uma prática social que articula educação e saúde nas redes sócio-históricas do fazer, pensar, sentir e experimentar o cotidiano do social, cultural, institucional, econômico e político. Nesse bojo, o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC) empreenderam iniciativas, estratégias, dispositivos que contribuíssem para efetivar as mudanças desejadas para os processos formativos em saúde (Gusmão et al., 2015; Costa & Borges, 2015).

Visando fortalecer as discussões acerca da necessidade de reorientação da formação, em 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Nesse cenário, a integração ensino-serviço se destaca no que diz respeito aos investimentos no campo da formação em saúde, com potencial para a transformação do processo ensino aprendizagem e de produção do conhecimento e assistência à população (Cyrino et al., 2012).

Nessa direção, o MS, por meio da SGTES, e o MEC, por meio da Secretaria de Educação Superior (SESu) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep), lançaram em novembro de 2005 o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), envolvendo os cursos de medicina, enfermagem e odontologia (Brasil, 2007a).

O Pró-Saúde foi instituído pela Portaria Interministerial nº 2.101 de 3 de novembro de 2005 (Brasil, 2005), tendo como objetivo geral “a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na atenção básica, promovendo transformações nos processos de geração de conhecimentos, ensino e aprendizagem e de prestação de serviços à população” (Brasil, 2007a, p. 13).

Para estruturar os processos de reorientação da formação no Pró-Saúde, foram definidos três eixos de transformação. No eixo 1, denominado Orientação

7 Texto adaptado do capítulo da tese de Patrícia Soares, intitulada O estudante de graduação no contexto da educação interprofissional em saúde: experiências discentes no Pet-Saúde Interprofissionalidade, apresentada para exame de qualificação em janeiro de 2020, no Programa Interdisciplinar em Ciências da Saúde, ISS/Unifesp, orientada por Sylvia Helena Batista.

teórica, são priorizados os determinantes de saúde e doença, a pesquisa ajustada à realidade local e a educação permanente; no eixo 2, Cenários de prática, enfatiza-se a integração ensino-serviço, utilizando os diversos níveis de atenção e a integração dos serviços próprios das instituições de ensino superior com os serviços de saúde; no eixo 3, Orientação pedagógica, destaca-se a integração básico-clínica, a análise crítica dos serviços e a aprendizagem ativa.

Evidenciou-se no processo de avaliação do Pró-Saúde a necessidade de inserção do estudante nos serviços de saúde e de formas de financiamento que contribuíssem para a integração ensino-serviço (Rodrigues et al., 2012). Assim, como uma das estratégias do Pró-Saúde, mais especificamente relacionada ao eixo Cenários de prática, emergiu o PET-Saúde, instituído pela Portaria Interministerial nº 1.507 de 22 de junho de 2007 (revogada pela Portaria Interministerial nº 421 de 3 de março de 2010), que tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade e é uma parceria entre a SGTES, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde, e o SESu do Ministério da Educação (Brasil, 2007b; Brasil, 2010; Brasil, 2013).

Trata-se de uma estratégia para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como pressuposto a educação pelo trabalho (Batista et al., 2015), que tem como objetivos

- I. possibilitar que o Ministério da Saúde cumpra seu papel constitucional de ordenador da formação de profissionais de saúde por meio da indução e do apoio ao desenvolvimento dos processos formativos necessários em todo o País, de acordo com características sociais e regionais;
- II. estimular a formação de profissionais e docentes de elevada qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como a atuação profissional pautada pelo espírito crítico, pela cidadania e pela função social da educação superior, orientados pelo princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, preconizado pelo Ministério da Educação;
- III. desenvolver atividades acadêmicas em padrões de qualidade de excelência, mediante grupos de aprendizagem tutorial de natureza coletiva e interdisciplinar;
- IV. contribuir para a implementação das Diretrizes Curriculares

Nacionais dos cursos de graduação da área da saúde;

- V. contribuir para a formação de profissionais de saúde com perfil adequado às necessidades e às políticas de saúde do País;
- VI. sensibilizar e preparar profissionais de saúde para o adequado enfrentamento das diferentes realidades de vida e de saúde da população brasileira;
- VII. induzir o provimento e favorecer a fixação de profissionais de saúde capazes de promover a qualificação da atenção à saúde em todo o território nacional;
- VIII. fomentar a articulação ensino-serviço-comunidade na área da saúde. (Brasil, 2010)

São atores envolvidos no programa os docentes das instituições de ensino superior (IES) que atuam como tutores, os profissionais dos serviços de saúde na função de preceptores e os estudantes de graduação que podem ser bolsistas ou voluntários (Brasil, 2010).

A primeira edição do PET-Saúde, caracterizada como PET-Saúde/Saúde da Família, foi constituída por grupos formados por um tutor acadêmico, trinta estudantes (doze deles bolsistas) e seis preceptores. Essa edição teve, em 2011, 484 grupos selecionados no país. Nesse mesmo ano, iniciaram-se as ações do PET-Saúde/Saúde Mental, com oitenta grupos selecionados (Brasil, 2013).

Posteriormente, o MS lançou um edital que englobou o PET-Saúde e o Pró-Saúde, incentivando propostas que abrangessem, além da atenção básica, os demais níveis de complexidade do SUS, como Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo de Útero e Mama, Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis, aprimorando e promovendo as Redes de Atenção à Saúde (Senna et al., 2016).

Em 2015, foi lançado o PET-Saúde GraduaSUS, com atividades desenvolvidas até 2018, visando promover um envolvimento maior com as mudanças curriculares na formação em saúde e o fortalecimento das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para a graduação em saúde (Sgtes, 2016).

No que tange aos benefícios do programa para os atores envolvidos, Oliveira et al. (2012) afirmam que as ações no PET-Saúde permitem o crescimento profissional, institucional, técnico-científico e pessoal de todos os participantes. Para Rodrigues *et al.* (2012), no que diz respeito aos preceptores, a oportunidade de atuar no PET-Saúde possibilita uma forma de valorização e reconhecimento desses profissionais. Já os estudantes destacam como fortaleza a integração com acadêmicos de diversos cursos e a realização de ações coletivas, bem como a inserção deles no processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF), o que favorece a ampliação do conhecimento e da visão crítica acerca dos serviços de saúde (Rodrigues et al., 2012).

A importância do programa para a comunidade também é mencionada na literatura, considerando-se a importância da interação entre ela e as instituições envolvidas, sendo possível a construção do vínculo entre todos, proporcionando saberes e práticas entre os integrantes (Rodrigues et al., 2012).

Leite et al. (2012) evidenciaram que, na percepção dos estudantes, o PET-Saúde tem a capacidade de possibilitar a integração entre os cursos, proporcionando a troca de experiências e a aprendizagem significativa a partir da interação entre os envolvidos. Batista et al. (2005) destacam que o aprendizado entre diferentes áreas do conhecimento se configura como uma experiência capaz de ampliar a compreensão do trabalho coletivo.

Resultados de experiências do PET-Saúde apontam que o programa permite a interação efetiva entre acadêmicos de diferentes cursos, promovendo a “troca de experiências e de aprendizagem, itens extremamente significativos para a formação profissional” (Cyrino et al., 2012, p. 48).

Os resultados do PET-Saúde GraduaSUS, analisados a partir de pesquisa de monitoramento pelo Departamento de Gestão da Educação em Saúde (Deges) e pela SGTES do MS em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), demonstram avanços importantes em relação à integração ensino-serviço, ampliação e diversificação dos cenários de aprendizagem, fortalecimento da atenção primária em saúde (APS), benefícios para a comunidade e desenvolvimento da educação interprofissional (EIP) e das práticas colaborativas (Brasil, 2018a).

Observa-se, assim, que diferentes versões do PET-Saúde foram desenvolvidas, perpassando a APS e diversos níveis de complexidade do

SUS, sendo disponibilizado o total de oito editais entre 2008 e 2015, com aproximadamente mil projetos desenvolvidos em todas as regiões do país (Brasil, 2018a).

No que diz respeito à relação do PET-Saúde com a EIP, existem discussões promovidas desde 2011, estimulando a construção de estratégias voltadas para essa abordagem (Costa et al., 2015), recebendo destaque coerente com a necessidade de estimular habilidades que sustentem o trabalho colaborativo em equipes de saúde (Costa & Borges, 2015). Observa-se ao longo dos anos uma crescente discussão da interprofissionalidade no contexto do programa.

Nesse sentido, visando atender ao chamado da Opas/OMS para implementação e fortalecimento da EIP na região das Américas, o MS, por intermédio da SGTES, lançou, em 23 de julho de 2018, o Edital nº 10, de seleção para o PET-Saúde Interprofissionalidade, como parte das ações para implementar o Plano de Educação Interprofissional em Saúde, elaborado pelo MS, ME, Conselho Nacional de Saúde (CNS) e universidades no ano de 2016 (Brasil, 2018b; Reip, 2019).

Em sua nona edição, o programa que tem como objetivo “promover a integração ensino-serviço-comunidade com foco no desenvolvimento do SUS, a partir dos elementos teóricos e metodológicos da Educação Interprofissional (EIP), com vistas a implementar os projetos político-pedagógicos dos cursos de graduação da área da saúde nessa abordagem” (Brasil, 2018b, p. 1)

Ele visa o desenvolvimento de

mudanças curriculares alinhadas às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para todos os cursos de graduação na área da saúde, considerando-se estratégias alinhadas aos princípios da interprofissionalidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade, como fundamentos da mudança, na lógica da formação dos profissionais e na dinâmica da produção do cuidado em saúde; e qualificação dos processos de integração ensino-serviço-comunidade, de forma articulada entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e as instituições de ensino, de modo a promover a Educação Interprofissional (EIP) e as Práticas Colaborativas em Saúde (Brasil, 2018b, p. 1).

Nessa versão do PET-Saúde, foram aprovados 120 projetos, contemplando todas as regiões do país, com aproximadamente 7.000 participantes, dentre estudantes de graduação da área da saúde, docentes, profissionais e gestores dos serviços de saúde (Reip, 2019).

Nesse universo inserem-se secretarias municipais e estaduais de saúde e IES em todas as regiões do país, sendo nove programas na região Norte, 33 no Nordeste, 14 no Centro-Oeste, 42 no Sudeste e 22 no Sul, contemplando 24 estados e o Distrito Federal (Brasil, 2019).

Partilhando narrativas

Às narradoras e ao narrador foi proposta uma questão disparadora para a produção da narrativa: *PET-Saúde e educação interprofissional: onde eu entro e permaneço neste encontro?*

A seguir as narrativas são transcritas⁸ integralmente, embaladas no desejo de que possamos lê-las, escutar suas vozes, aprender com silêncios e presenças inscritas nos *textos experiências-narrativas*.

Nos caminhos da pesquisa: o PET-SAÚDE como um lugar de encontros

O encontro com o PET-Saúde se deu a partir da pós-graduação, nos caminhos da pesquisa, a partir da aproximação com a educação interprofissional em saúde (EIP). No encontro entre orientanda e orientadora, em consonância com minhas inquietações e interesses, como docente universitária e doutoranda, iniciaram-se reflexões envolvendo o estudante universitário em cenários de EIP, tendo o PET-Saúde como contexto privilegiado de EIP na graduação em Saúde no país. Nesse sentido, nosso interesse se voltou para as experiências de EIP dos estudantes que fazem parte do PET-Saúde em sua atual versão com a temática da interprofissionalidade.

O PET-Saúde Interprofissionalidade é para mim um lugar de encontros em meio a um momento de incertezas. A relação com os estudantes no “fazer pesquisa” é fortalecedora, permite que olhares sejam ampliados e proporciona importantes momentos de reflexão. Ao ingressar no universo do PET-Saúde sem nunca ter feito parte do projeto como docente, alguma insegurança surgiu, foi

⁸ As narrativas estão apresentadas na medida em que foram chegando e se fazendo (com)partilhar.

necessário debruçar-me sobre produções a respeito das edições anteriores e de seus resultados, revelando-me a potência do projeto e as inúmeras possibilidades de avanços para a formação em saúde no Brasil.

Foi nesse processo que surgiu a oportunidade de fazer parte da experiência do curso de desenvolvimento docente para tutores e preceptores do PET-Saúde Interprofissionalidade. A experiência me permitiu o envolvimento com profissionais de diversas instituições formadoras e serviços de saúde do país, num entrelaçar de encontros, conversas, pensamentos, trocas e produções. Vivenciar a tutoria do curso foi de forma privilegiada uma oportunidade de aprendizado, na qual a empatia, a solidariedade e o dar as mãos, ainda que de forma virtual, tiveram destaque. Foi preciso saber ouvir, saber falar e saber silenciar. Foi preciso entender e compreender, e o mais importante: foi fundamental saber sentir e dar sentido.

Reconheço que o PET-Saúde Interprofissionalidade é um grande projeto que em tempos de pandemia soube se reinventar e se fortalecer, aumentando as possibilidades para o trabalho em rede, visando garantir a sustentabilidade das políticas indutoras da formação no país e sua potencialidade para o desenvolvimento da EIP, com visibilidade nacional e internacional. As minhas experiências nesse encontro me fazem acreditar que não estamos sozinhos, que podemos seguir juntos e juntas e que devemos continuar a esperar.

Patrícia Soares
Tutora do Curso de Desenvolvimento Docente
para a Educação Interprofissional em Saúde

Um olhar encantado: meu interesse pelo PET-Saúde foi imediato

Cheguei à Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, em julho de 2018. Ainda reconhecendo as ações do *campus* deparei com o recrutamento de docentes para participar de um novo edital para projeto PET, em que o foco era a interprofissionalidade. Meu interesse foi imediato! Sempre me interessei pela grande temática da saúde pública. Então, participei desde as reuniões iniciais voltadas à escrita do projeto PET-Saúde Interprofissionalidade. Assim, vivencio esta experiência desde o início desse PET até os dias atuais: comecei como tutora e neste momento sou docente voluntária. Felizmente escolhi

participar do grupo 3 (município de Itanhaém, litoral sul de São Paulo) do Projeto 172, no qual permaneci por 17 meses desenvolvendo ações na Atenção Primária à Saúde juntamente com todo o grupo de estudantes e preceptores da rede de saúde e assistência do município. Inicialmente, o grupo todo fez um amplo e profundo reconhecimento do território, fomos a diferentes unidades de saúde, equipamentos da assistência social, centros de especialidade e até a uma aldeia indígena que integra a população de Itanhaém.

Após o reconhecimento do território e tendo em mãos os indicadores de saúde do município apresentados por uma preceptora que atuava na gestão da Secretaria de Saúde, o grupo optou por atuar no enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis. A partir de então, voltamos nossa força de trabalho para esse tema. Planejamos e implantamos um grupo de promoção de saúde chamado Grupo Ser Ativo. Durante as etapas do planejamento e implantação do grupo, todos os atores tiveram voz, participaram de maneira ativa, integrada e colaborativa. E vale ressaltar a riqueza dessa vivência no processo de aprendizagem sobre a interprofissionalidade dos estudantes, que não somente conduziam muitas das ações com os(as) usuários(as), como também se articulavam diretamente com os profissionais da rede quando necessário. Meu papel como tutora foi direcionar essas ações e permitir que o potencial do estudante florescesse durante essa experiência singular.

Estar ou ser do PET é uma oportunidade única de aprender cotidianamente, na prática, sobre a interprofissionalidade e o trabalho em equipe e colaborativo. Com os fundamentos da educação interprofissional (EIP) colocados em prática é possível desenvolver um olhar ampliado do cuidado, o que permite a atenção integrada para os usuários do Sistema Único de Saúde.

O encantamento sobre a potência da formação e o trabalho interprofissional faz um marco em minha carreira docente, e o desejo de sedimentar ainda mais os fundamentos e práticas da EIP me instiga a estudar e também iniciar/desenvolver uma frente de trabalho voltada à temática da interprofissionalidade.

Rafaela Garbus

Tutora do PET-Saúde Interprofissionalidade projeto campus Baixada Santista-Unifesp/Centro Universitário Lusíadas/ Secretaria de Saúde de Itanhaém/ Secretaria de Saúde de Guarujá/ Secretaria de Saúde de Santos e Secretaria de Saúde de São Vicente

PET-Saúde: encontros e reencontros na trajetória

Os encontros e reencontros entre o PET-Saúde e a educação interprofissional, durante a trajetória na docência e na pós-graduação, se apresentam como motivadores de possibilidades para a formação em saúde, a integralidade do cuidado e o fortalecimento do SUS.

O PET-Saúde surgiu durante o processo de reflexão sobre a prática profissional na integração ensino-serviço-comunidade, conduzido por minha orientadora, no mestrado profissional Ensino em Ciências da Saúde para a Região Norte – MP Norte do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Unifesp. As reflexões resultaram no desenvolvimento da dissertação investigando o PET-Saúde, mediante os olhares dos preceptores, que sinalizaram potências da política indutora para a educação permanente e fortalecimentos das ações da equipe junto à comunidade.

Reencontro o PET-Saúde na tutoria da versão redes de atenção à saúde (Rede Cegonha) na Universidade Federal do Pará, que trazia entre suas propostas a atuação interprofissional. Os grupos tutoriais formados por tutores, discentes e preceptores de diferentes profissões da saúde desenvolveram ações de educação em saúde e educação permanente nos pontos da atenção à saúde da mulher, da criança e suas famílias. A experiência requereu um mergulho teórico junto à educação interprofissional, um termo novo! As ações desenvolvidas foram exercícios em aprender juntos a partir do papel da outra profissão sobre a atuação na rede cegonha, marcados por planejamentos em conjunto, escuta e acolhimento de argumentações dos envolvidos e tendo como base o respeito, intencionando atender às necessidades da comunidade e alcançar os objetivos da versão temática.

O PET-Saúde foi decisivo para seguir no doutorado, tendo como objeto de estudo a tutoria, investigando concepções e práticas, sob a orientação cuidadosa de estudiosos na formação em saúde e na educação interprofissional. O entrelace do PET-Saúde e a EIP motivou o ingresso no curso de Atualização em Desenvolvimento Docente para a Educação Interprofissional em Saúde, gerenciado pela UFRN/Opas; a experiência gerou a necessidade de novos aprendizados, que foram possíveis cursando, no doutorado, as disciplinas de EIP e de Aprofundamento em EIP no *campus* Baixada Santista. As disciplinas forneceram o aporte e a coragem para articular teoria e prática na atuação docente.

Por fim, encontro unidos o PET-Saúde e a EIP na oportunidade de tutoria junto ao Curso de Atualização em Desenvolvimento Docente para a Educação Interprofissional em Saúde, direcionado aos grupos PET-Saúde Interprofissionalidade, ofertada pela Opas/MS, experiência incrível e gratificante, marcada pela partilha de vivências nos cenários de práticas, saberes e aprendizados no fomento da educação interprofissional aliada à indução de mudanças em processos formativos propostas pelo PET-Saúde.

Andrea Costa
Tutora do Curso de Desenvolvimento Docente
para a Educação Interprofissional em Saúde

PET-Saúde: florescer e brotar na formação em saúde

Em meados de 2015 deixei o Instituto de Ciências Biológicas e Naturais da Universidade Federal do Triângulo Mineiro e cheguei ao *campus* Baixada Santista da Unifesp. Formada em Ciências Biológicas pela USP, na qual também fiz pós-graduação em fisiologia e clínica médica, sempre meu pensar estava centrado no ensino e na pesquisa da fisiologia básica e não tinha o conhecimento sobre o Programa de Educação pelo Trabalho (PET) em Saúde.

Com dois meses no *campus* Baixada Santista decido aceitar um convite para compor a construção de um Projeto para o PET-Saúde/GraduaSUS sobre a temática mortalidade materno-infantil. O projeto já tinha um desenho interprofissional, mas esse conceito ainda estava longe da minha formação naquele momento. Iniciei como coordenadora do grupo do curso de educação física e o acompanhei por dois anos nos municípios de Itanhaém, Santos e São Vicente.

Para mim era tudo novo, pensava que sabia sobre Saúde, SUS, mas não sabia “nada”. Novos conceitos e vocabulários surgiram; no início o estranho som e a dificuldade de incorporação foram se encaixando como blocos de uma reforma do meu docente interior. Na finalização veio o VerSUS, mais um novo projeto que eu ajudava a organizar sincronicamente com a minha reorganização interna.

Pensei que seria uma experiência pontual, mas não, e depois de ter se passado aproximadamente um ano surgiu o edital do PET-Saúde Interprofissionalidade. Não consegui deixar de pensar em compor a equipe maravilhosa que se

mobilizou para construirmos juntos a proposta que a contemplação do edital nos permitiu. Nos seis meses iniciais coordenei o grupo de São Vicente, um dos quatro municípios formadores de nosso projeto; após esse momento inicial, fui convidada para coordenar o projeto. Agora não tinha mais um desafio, estava diante do objetivo concreto de formação docente para a educação interprofissional em saúde concomitante à gestão do projeto composto por cinco grupos divididos em quatro municípios com realidades e complexidades distintas, adicionadas aos trabalhos colaborativos e articulações diversas nos serviços.

Foram vivências transformadoras, síntese das experiências em todos os cenários pelos quais fui passando nos dois anos do PET-Saúde Interprofissionalidade, caracterizados pela formação de estudantes, desenvolvimento docente e educação permanente nos serviços, possibilitando o entendimento e aplicação, em conjunto, de conceitos sustentadores da interprofissionalidade. Via florescer em uns e brotar em outros, como em mim mesma, as competências colaborativas que passaram a tecer nossas novas habilidades e atitudes na questão do conceito em saúde e do cuidado centrado no paciente que o PET-Saúde interprofissionalidade nos proporcionou aprender juntos. Tenho a percepção de quanto ainda tenho a aprender e me desenvolver com as potencialidades do SUS como formador e transformador para nós, professoras/es, estudantes, preceptoras/es, envolvidos nos cursos de graduação e pós-graduação em saúde.

Rosângela Chrigger
Tutora e coordenadora do PET-Saúde Interprofissionalidade Projeto
campus Baixada Santista – Unifesp/Centro Universitário Lusíadas/
Secretaria de Saúde de Itanhaém/ Secretaria de Saúde de Guarujá/
Secretaria de Saúde de Santos e Secretaria de Saúde de São Vicente

PET-Saúde: de aprendiz-expectador a aprendiz-ator

Encontrei o PET-Saúde e a educação interprofissional (EIP) na mesma estrada. Tornaram-se companheiros de viagem na pós-graduação no momento em que me aproximei da EIP enquanto objeto de estudo, e reconheci no PET-Saúde um terreno fecundo para a construção de conhecimentos sobre a EIP na graduação em saúde.

A rede de estudiosos e praticantes da EIP foi se ampliando e se fortalecendo, ao passo que entendíamos com mais clareza os limites e as possibilidades da EIP no Brasil e, dentre eles, o PET-Saúde despontava como uma das iniciativas mais consolidadas.

Ainda como pesquisador, muitos projetos me abriram as portas e pude apreender suas percepções, presenciar suas experiências e também entender suas fragilidades. Eu era um elemento externo naquele contexto em movimento, que, numa posição até confortável de expectador, propunha contribuir com minhas reflexões em espaços externos ao programa. Porém, meu olhar ainda era para a EIP e o PET-Saúde era o meio em que ela se materializava.

Com o lançamento do PET-Saúde Interprofissionalidade, assumi outro papel nessa estrada. Como assessor, sinto-me participante interno ao programa e desloco o olhar para o PET-Saúde enxergando-o como iniciativa privilegiada para a realização da EIP no Brasil.

A oportunidade de contribuir diretamente com os projetos é gratificante e desafiadora. Não sou mais um expectador, mas uma pessoa da qual esperam análises, ideias, leituras, contribuições, parcerias, apoio...

Nesse encontro entre o PET-Saúde e a EIP entrei como aprendiz-expectador e contínuo como aprendiz-ator.

Cristiano Regis

Membro assessor da equipe de acompanhamento e assessoria dos projetos desenvolvidos no âmbito do Edital PET-Saúde Interprofissionalidade

PET-Saúde Interprofissionalidade: rede, afeto, formação em transformação

Construir uma narrativa em relação a minha vivência no PET-Saúde-Interprofissionalidade é ao mesmo tempo instigante, desafiador e gratificante. Tenho experimentado desde o início de 2019 a oportunidade de assessorar 25 projetos PET distribuídos ao redor do Brasil junto com minha querida colega profa. Andrezza Medeiros. Literalmente estamos acompanhando experiências petianas em todas as regiões geográficas brasileira.

Esse processo tem sido de muito aprendizado para mim pois me fez mergulhar mais a fundo nos aspectos teórico-conceituais da EIP, compreendendo

melhor seus alcances, suas limitações e seus desafios, e conseqüentemente me vejo refletindo sobre a interprofissionalidade nos currículos dos cursos da saúde do *campus* Baixada Santista da Unifesp no qual estou inserida há 12 anos.

Esta é minha primeira experiência com projetos PET-Saúde e tenho conseguido entender a ampla dimensão dessa iniciativa de formação como política indutora de transformações. Pude ao longo de todos esses meses perceber que são muito importantes essas oportunidades em regiões do país onde existem mais fragilidades na articulação da integração ensino-serviço-comunidade. É nítida a diferença de apropriação das experiências pelos diversos projetos: por um lado, existem aqueles que abraçam e mergulham em profundidade na experiência de ensino-aprendizagem e trabalho e conseguem perceber as fragilidades e construir mudanças maravilhosas no cotidiano dos currículos e dos serviços de saúde. Por outro lado, é triste também perceber que alguns projetos apenas aderem à proposta pela perspectiva de recursos financeiros e acabam aproveitando muito pouco a oportunidade de transformação.

Mas apesar dessa minha primeira experiência com o PET pude acompanhar indiretamente as edições anteriores das quais meu *campus* participou, e percebo nos relatos de meus colegas e nas minhas inserções como assessora que essa possibilidade de assessoria e apoio reflexivo aos projetos tem sido extremamente rica, pois instigamos docentes, estudantes e profissionais a maiores reflexões, oferecemos apoio e discussões teórico-conceituais e metodológicas. Além disso, como fazemos o acompanhamento mensal, é possível perceber que conseguimos mobilizar mesmo aqueles projetos menos engajados, e em vários casos até reverter esse distanciamento, melhorando seu envolvimento nas atividades.

Do ponto de vista da interprofissionalidade, meu sentimento nessa edição do PET-Saúde é de uma ampliação muito importante nacionalmente em relação à percepção de que a formação em saúde precisa se transformar, que a forma de trabalhar em saúde também precisa de mudança. Na trajetória vivenciada pudemos acompanhar e perceber o encantamento dos atores dos projetos no início com a aproximação da teoria, com as primeiras reflexões de seus contextos a partir da teoria, seguida dos processos de identificação nos quais era possível começar a experimentar a interprofissionalidade, para então, após dez meses, vivenciarem a preocupação de como capilarizarão a interprofissionalidade e a

prática colaborativa para dentro das IES e dos serviços de saúde, mesmo após o encerramento desta edição do PET.

Como docente, viver essa experiência junto ao PET-Saúde Interprofissionalidade tem sido muito transformador e potente. Sinto-me mais fortalecida no exercício da docência na saúde, com maior criatividade e parte de uma rede de colaboração incrível que já vem construindo aproximações e afetividade e, tenho certeza, também permanecerá mesmo após o fim dessa edição do PET-Saúde.

Patrícia Poletto

Membro assessor da equipe de acompanhamento e assessoria dos projetos desenvolvidos no âmbito do Edital PET-Saúde Interprofissionalidade

Garimpendo lições nas narrativas

Após as leituras flutuantes fomos garimpendo as lições e percebemos que poderíamos assumi-las como “títulos”: experimentamos as delícias de nomear as aprendizagens!

PET-Saúde: florescer e brotar na formação em saúde

A metáfora da sementeira carrega representações potentes para compreendermos os sentidos e significados do PET-Saúde como política indutora ancorada na participação, no trabalho, na tutoria e na integração ensino-serviço.

Santos e Batista (2018, p. 1596-7) sublinham que as experiências no PET-Saúde compreendem “diálogo e ações junto à rede de serviços de saúde e aproximação ao campo das práticas, de seus projetos pessoais, assim como pela troca de experiências e parcerias”.

Emerge uma lição singular: no PET-Saúde, os espaços de aprendizagem compartilhada e colaborativa fomentam processos de *florescimento* a favor do SUS, da integralidade do cuidado, da formação em saúde socialmente referenciada, além de induzir *brotos* que situam a pessoa/usuário/comunidade no centro das práticas de atenção à saúde.

Um olhar encantado: meu interesse pelo PET-Saúde foi imediato

Imbricada ao *florescer e brotar*, situa-se a produção do olhar que se encontra com a possibilidade de uma formação em saúde que, efetivamente, esteja orientada para o SUS e a seu favor.

Toassi et al. (2020, p. 13), ao investigarem a graduação em saúde em cenários da atenção básica como espaços de aprendizagem interprofissional, afirmam:

O cenário de prática dos serviços de APS em que a atividade de ensino se desenvolve representa um diferencial importante por oportunizar o contato com o SUS e a aproximação com realidades de vida distintas. A aprendizagem em pequenos grupos, nos cenários de prática envolvendo as pessoas e a comunidade, pode levar a melhores atitudes em relação à interação interprofissional e ao trabalho em equipe.

Identifica-se que o PET-Saúde e sua potência na EIP mobilizam olhares, percepções, atitudes e sentimentos na produção do encantamento que torna as experiências de aprendizagem interprofissional em grupos colaborativos fundamentais na perspectiva da construção de uma formação que situe e defenda a saúde como direito.

PET-Saúde: encontros e reencontros na trajetória

Nos itinerários históricos que conformam as opções epistemológicas e metodológicas que marcam a formação em saúde no Brasil é possível encontrar os *rastros* de propostas curriculares que, ao dialogarem com as políticas públicas de saúde e educação, vão assumindo os vínculos com o social, o protagonismo do/da estudante, a integração ensino-serviço, os saberes das comunidades.

Peduzzi et al. (2013, 2016), Câmara et al. (2016), Costa et al. (2018) e Freire et al. (2019), em seus manuscritos, vão ampliando as conexões político-educacionais que possibilitam compreender como a EIP pode ser entendida, no contexto brasileiro, dialeticamente, como reencontro e reafirmação de pactos em defesa da vida e, também, como encontro intencional, deliberado, planejado e avaliado das aprendizagens colaborativas e interprofissionais.

PET-Saúde: de aprendiz-expectador a aprendiz-ator

Na dinâmica dos encontros, reencontros e desencontros, uma lição a mais emerge: o PET-Saúde Interprofissionalidade, com seus explícitos pressupostos e intencionalidades da aprendizagem conjunta, interativa, integrada, colaborativa e compartilhada, constitui dispositivo formativo que busca, dentre outros objetivos, deslocar os lugares tradicionalmente atribuídos aos sujeitos participantes da formação em saúde.

Esse deslocamento abrange rupturas com as concepções e práticas de formação, aprendizagem e ensino (Batista & Rossit, 2014), bem como com os modos de articular ensino-serviço na perspectiva de uma formação orientada e ordenada pelo SUS (Ceccim & Feuerwerker, 2004): é o deslocamento do lugar de assistir/ser expectador para o lugar de participar/ser ator e sujeito.

Nos caminhos da pesquisa: o PET-SAÚDE como um lugar de encontros

Além da experimentação dos deslocamentos, o PET-Saúde vem possibilitando, também, os movimentos de produção de conhecimento, de interrogação da realidade, de estudo e investigação.

Ferraz (2012, p. 171) afirmou que

[a] experiência no PET-Saúde reitera a iniciativa do Pró-Saúde em motivar não somente a classe acadêmica, mas também os profissionais da área da saúde para a investigação, percebendo a pesquisa como fonte de produção coletiva de estratégias e ações de promoção da saúde em uma práxis contextualizada com as realidades local e cultural.

Os caminhos da pesquisa são enriquecidos no PET-Saúde pela articulação significativa com o ensino e a extensão universitária, imersos em um cotidiano fecundo, potente e transformador da aprendizagem com os profissionais da saúde e comunidade. Essa imersão provoca amplificações, ressonâncias e ecos na formação em saúde, no trabalho em saúde e nos modos como se configuram as redes de aprendizagem nas graduações conectadas com a educação popular, com a política de humanização e com a educação permanente em saúde.

PET-Saúde Interprofissionalidade: rede, afeto, formação em transformação

As narrativas trouxeram que experienciar o PET-Saúde Interprofissionalidade desvela interações pedagógicas que investem em metodologias criativas, participativas e colaborativas; que investem em dispositivos de comunicação diversos, complexos, integradores; que investem em relações pedagógicas afetivas e implicadas com os processos de aprendizagem do cuidado na perspectiva da integralidade.

Silveira et al. (2015, p. 555) compartilharam um estudo no qual concluíram:

A experiência dos estudantes nos grupos PET-Saúde parece contribuir para uma aprendizagem diferenciada nos cursos da área da saúde, considerando os domínios cognitivo e afetivo. Ao trabalharem atividades de ensino, pesquisa e extensão de forma indissociada em grupos interdisciplinares em situações reais de trabalho, envolvendo equipes de saúde e comunidade, as práticas de ensino-aprendizagem apresentam potencial para atender às tendências de mudança na formação em saúde nos cenários nacional e internacional.

Garcia (2018, p. 84), em sua tese de doutorado, afirmou:

Os discursos trazem que no cotidiano das atividades, os estudantes criaram vínculos (e)afetivos que possibilitaram estar junto, envolver-se, confiar, responsabiliza-se, ajudar o outro a manifestar-se pelo que há de melhor em si, oferecer suporte para superar limites ou adaptar-se. Essa produção subjetiva proporcionou o desenvolvimento de competências atitudinais significativas para a educação e o cuidado em saúde no SUS, como revelam as falas sobre solidariedade, compromisso e escuta às outras profissões para prestar um cuidado de qualidade e humanizado. Permitiram também a produção de sentimentos de alegria, coragem, força, empoderamento para enfrentar os desafios da diversidade e complexidade das necessidades de saúde dos usuários.

E assim, por entre narrativas e estudos, vamos apreendendo pontos de vista em diálogo que nos convidam à ressignificação coletiva e à configuração de arranjos

solidários que fazem do PET-Saúde uma fábrica de experimentações produzida a partir dos significados compartilhados nos cotidianos das formações em saúde.

Referências

Batista, N., Batista, S. H., Goldenberg, P., Seiffert, O., & Sonzogno, M. C. (2005). O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. *Revista de Saúde Pública*, 39(2), pp. 231-237. Recuperado em 20 de outubro, 2020, <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n2/24047.pdf>.

Batista, S. H. S. S., Jansen, B., Assis, E. Q., Senna, M. I. B., & Cury, G. C. (2015). Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 19, pp. 732-75. Recuperado em 20 de outubro, 2020, <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19s1/1807-5762-icse-19-s1-0743.pdf>.

Batista, S. H. S., & Rossit, R. A. (2014). Aprendizagem, ensino e formação em saúde: das experiências às teorias em construção. In N. A. Batista, S. H. S. S. Batista (org.). *Docência em saúde: temas e experiências*. 1. São Paulo: Senac, pp. 51-68.

Brasil. (2005). *Portaria Interministerial nº 2.101 de 3 de novembro de 2005*. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Brasil. (2007a). *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Recuperado em 20 de outubro, 2020, http://prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf.

Brasil. (2007b). *Portaria Interministerial nº 1.507 de 22 de junho de 2007*. Institui o Programa de Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Recuperado em 20 de outubro, 2020, http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/pri1507_22_06_2007.html.

Brasil (2010). *Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010*. Institui o Programa de Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Recuperado em 20 de outubro, 2020, http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri0421_03_03_2010.html.

Brasil. (2013). Pró-Saúde. Pet-Saúde. Brasília, 1 folder. Recuperado em 10 de agosto, 2017, http://bvsm.saude.gov.br/bvs/folder/pro_saude_pet_saude.pdf.

Brasil. (2018a). *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde: um panorama da edição PET-Saúde/GraduaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2019). Resultado Final – Projetos selecionados Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde/Interprofissionalidade). Edital n.10 de 23 de julho de 2018. Recuperado em 20 de outubro, 2020, <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/outubro/23/Resultado-preliminar---PET-Sa--de-Interprofissionalidade---105-projetos-2.pdf>.

Câmara, A. M. C. S. et al. (2016). Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 9-12. Recuperado em 1 de outubro, 2020. https://www.scielo.br/pdf/icse/v20n56/pt_1807-5762-icse-20-56-0005.pdf.

Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 14(1), pp. 41-65. Recuperado em 20 de outubro, 2020, http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312004000100004&lng=en&nrm=iso.

Costa, M. V., & Borges, F. A. (2015). O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 19(supl. 1), pp. 753-63. Recuperado em 20 de outubro, 2020, <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19s1/1807-5762-icse-19-s1-0753.pdf>.

Costa, M. V., Patrício, K. P., Câmara, A. M. C. S., Azevedo, G. D., & Batista, S. H. S. S. (2015). Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 19(supl.1), pp. 709-720. Recuperado em 20 de outubro, 2020, http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000500709.

Costa, M. V., Freire Filho, J. R., Brandão, C. & Silva, J. A. M. (2018). A educação e o trabalho interprofissional alinhados ao compromisso histórico de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl.2), pp. 1507-1510.

Cyrino, E. G., Cyrino, A. P. P., Prearo, A. Y., Popim, R. C., Simonetti, J. P., & Villas Boas, P. J. F., et al. (2012). Ensino e pesquisa na Estratégia de Saúde da Família: o PET-Saúde da FMB/Unesp. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1), pp. 92-101, Recuperado em 20 de outubro, 2020, <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a13.pdf>.

Ferraz, L. (2012). O PET-Saúde e sua interlocução com o Pró-Saúde a partir da pesquisa: o relato dessa experiência. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(supl.1), pp. 166-

171. Recuperado em 20 de outubro, 2020, http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022012000200023&lng=en&nrm=iso.
- Freire Filho, J. R., Magnago, C., Costa, M. V., & Forster, A. C. (2019). Educação interprofissional e as ações formativas do eixo do provimento emergencial do Programa Mais Médicos. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, 43, pp. 50-63.
- Garcia, C. P. C. (2018). Contribuições do PET-Saúde Redes Bahiana na formação interprofissional em saúde. Tese de Doutorado, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, BA, Brasil.
- Garro, L., & Mattingly, C. (2000). Narrative as a construct and construction. In C. Mattingly, L. Garro. *Narrative and the Cultural Construction of Illness and Healing*. Berkley, Los Angeles, London: University of California Press, pp. 1-49.
- Ginzburg, C. (2006). *O queijo e os vermes: o cotidiano e as ideias de um moleiro perseguido pela Inquisição*. São Paulo: Companhia das Letras
- Gusmão, R. C., Ceccim, R. B., & Drachler, M. L. de (2015). Tematizar o impacto na educação pelo trabalho em saúde: abrir gavetas, enunciar perguntas, escrever. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 19(supl.1), pp. 695-707. Recuperado em 20 de outubro, 2020, <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19s1/1807-5762-icse-19-s1-0695.pdf>.
- Leite, M. T. S., Rodrigues, C. A. Q., Mendes D. C. N. S. V., Andrade, J. M. O., & Rios, L. R. (2012). O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na formação profissional. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1), pp. 11-118. Recuperado em 20 de outubro, 2020, <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s1/v36n1s1a15.pdf>.
- Oliveira, M. L., Mendonça, M. K., Alves Filho, H. L., Coelho, T. C., & Benetti, C. N. (2012). PET-Saúde: (In) formar e fazer como processo de aprendizagem em serviços de saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1), pp. 105-111. Recuperado em 20 de outubro, 2020, <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a16v36n1s2.pdf>.
- Peduzzi, M. (2016). O SUS é interprofissional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 199-201. Recuperado em 20 de outubro, 2020, <https://www.scielo.br/j/icse/a/7MgQL4JM9dRYFDLYzQVLHM/?lang=pt>.
- Peduzzi, M., Norman, I. J., Germani, A. C. Cg., Silva, J. A. M., & Souza, G. C. (2013). Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(4), pp. 977-983.
- Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas (REIP). (2019). *Brasil inicia programa de educação interprofissional com mais de 6.000 participantes*. Recuperado em 20 de outubro, 2020, <https://www.educacioninterprofesional.org/pt/brasil-inicia-programa-de-educacaointerprofissional-com-mais-de-6000-participantes>.
- Rodrigues, A. A. A. O., Andrade Juliano, I. M., Melo, L. C., Colomé Beck, C. L., & Prestes, F. C. (2012). Processo de interação ensino, serviço e comunidade: a Experiência de um PET-Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 36(1), pp. 184-192. Recuperado em 20 de outubro, 2020, <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n1s2/a27v36n1s2.pdf>.
- Santos, G. M., & Batista, S. H. S. S. (2018). Docência, Pró-Saúde e PET-Saúde: narrativas de um fazer interprofissional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl.2), pp. 1589-1600.
- Senna, M. A. A., Gouvêa, M. V., & Moreira, L. C. H. (2016). O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e a formação em odontologia: a percepção de alunos de graduação. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, 18(2), pp. 71-72, Recuperado em 20 de outubro, 2020, periodicos.ufes.br/RBPS/article/download/15086/10688.
- Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). (2016). *Portaria nº 165, de 4 de abril de 2016*. Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde/GraduaSUS - 2016/2017. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Recuperado em 20 de outubro, 2020, <http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/abril2016/dia05/portaria165.pdf>.
- Silveira, J. L. G. C. et al. (2015). Pesquisa e extensão em saúde e a aprendizagem nos níveis cognitivo e afetivo. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(4), pp. 550-557, Recuperado em 20 de outubro, 2020, http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022015000400550&lng=pt&nrm=isso.
- Toassi, R. F. C., Olsson, T. O., Lewgoy, A. M. B., Bueno, D., & Peduzzi, M. (2020). Ensino da graduação em cenários da atenção primária: espaço para aprendizagem interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(2). Recuperado em 04 de maio, 2021, <http://doi:10.1590/1981-7746-sol00267>

15 PROCESSOS AVALIATIVOS NA FORMAÇÃO E NO TRABALHO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE

Rosana Ap. Salvador Rossit¹

PARTE III

Avaliação em Educação Interprofissional em saúde

Apresentação

O capítulo apresenta reflexões teórico-conceituais e metodológicas sobre os processos avaliativos e abordagens para avaliar a educação interprofissional (EIP), no sentido de indicar possibilidades para a avaliação e apresentar elementos que possam auxiliar no planejamento, implementação e disseminação de resultados de EIP de forma elaborada, coordenada e gerenciável.

Refletindo e aprendendo sobre a avaliação

Nas últimas décadas do século XX e início do século XXI, no Brasil e em outros países, as reformas na área da educação têm sido instituídas nas políticas de avaliação da educação superior por meio de exames externos de desempenho e da avaliação institucional do ensino superior (Mendes & Sordi, 2013).

Conforme descrito por Dias Sobrinho (2003), a avaliação se apresenta de diferentes formas e é desenvolvida em consonância com a concepção, funções, finalidades, valores, procedimentos, critérios e os interesses de quem a utiliza – os avaliadores. Isso pode interferir em determinado contexto, nas decisões, e também provocar mudanças e transformações na realidade. De acordo com o autor, a avaliação não é uma ação neutra: ela reflete a concepção de mundo, de indivíduo e de sociedade, norteando e orientando as práticas pedagógicas nos ambientes formativos.

O momento atual da avaliação educacional aponta para mudanças nas práticas avaliativas direcionadas para os processos ensino-aprendizagem, os

¹ Universidade Federal de São Paulo Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (Cedess) São Paulo – SP, e-mail: rosana.rossit@unifesp.br

estudos e pesquisas que situam gestores, educadores e estudantes como sujeitos fundamentais na concretização de uma educação transformadora, pois educar é compartilhar conhecimentos e construir coletivamente um saber; educar significa transformar as práticas de avaliação em meios de instigação para a consolidação de aprendizagens significativas (Rossit & Storani, 2010).

No Brasil, no âmbito da educação, as ações têm sido praticadas pelo Ministério da Educação por meio de critérios e parâmetros definidos pelo Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa (Inep) que caminham em sintonia com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação. No âmbito da saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde tem protagonizado a indução de mudanças para a formação de profissionais em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Por meio da SGTES diversas políticas indutoras da formação (Pró-Saúde I, II e III; Pró-Ensino na Saúde; Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – PET-Saúde) têm impulsionado as instituições de ensino a produzir mudanças na reestruturação do ensino superior na área da saúde. A implantação de novos cursos e currículos tem desencadeado movimentos de (re)pensar e (re)ver os projetos pedagógicos dos cursos de graduação, no sentido de alinhar as matrizes curriculares aos desafios apresentados para formar profissionais em atenção às complexas e crescentes demandas de saúde.

Com a intenção de contribuir para a consolidação e fortalecimento do SUS no Brasil, as DCNs para os cursos da área da saúde têm estabelecido direcionadores para construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos contemporâneos para atuarem com qualidade e resolutividade. A formação de recursos humanos para as profissões da área da saúde deve pautar-se no entendimento que saúde é um processo de trabalho coletivo do qual resulta, como produto, a prestação de cuidados de saúde.

Em 2018, sob o título temático PET-Saúde Interprofissionalidade, a iniciativa teve o propósito de induzir mudanças curriculares alinhadas às DCNs, de modo a estimular ações de integração ensino-serviço-comunidade no território e promover o desenvolvimento de competências colaborativas e aprendizagens compartilhadas entre estudantes, tutores, preceptores, profissionais dos serviços e usuários. Esses momentos de aprendizagem caracterizam-se como espaços

promissores para as trocas de experiências, para uma visão crítica e reflexiva sobre as condições de vida da população, como fonte de conhecimentos teórico-conceituais e metodológicos a produzir (Brasil, 2018).

As DCNs apresentam elementos que indicam um processo de ensino-aprendizagem inovador, na medida em que recomendam uma visão crítica, reflexiva e criativa da aprendizagem. Nesse contexto, o estudante é considerado um sujeito ativo no processo de construção do conhecimento, com ideias relativas à educação para a cidadania e estímulo para a reflexão sobre a realidade social. Nessa perspectiva, as “capacidades de aprender a aprender, a fazer, a saber, a conviver, a ser e a trabalhar em grupos aparecem vinculadas à interação de coletivos e às relações interpessoais” (Costa et al., 2018, p. 1188).

É importante lembrar que as DCNs direcionam a elaboração de currículos, mas a concepção e o modelo de currículo devem estar ancorados em pressupostos teórico-conceituais e metodológicos que valorizem um perfil de competências profissionais alinhados às necessidades de saúde do país. Assim, os projetos pedagógicos dos cursos devem ser construídos considerando alguns elementos que permitirão realizar a avaliação e o acompanhamento da formação: a estrutura institucional; o modelo e a estrutura do currículo; as metodologias de ensino e aprendizagem que serão utilizadas; as inserções nos cenários de práticas que tenham relação direta com os serviços, usuários e comunidade; as experiências e experimentações integrando práticas vivenciadas e teoria; a interação e o diálogo com outras profissões; as atividades complementares; a curricularização da extensão; o perfil do egresso.

Essas mudanças requerem docentes preparados com referenciais teórico-conceituais e recursos pedagógicos que atendam às características dos novos currículos, às expectativas formativas dos novos profissionais, ao perfil dos egressos desenhado pelas instituições de ensino superior (IES) e às características dos estudantes do século XXI, para que possam planejar e implementar processos avaliativos que forneçam indicadores valiosos para acompanhar, alterar e/ou (re) direcionar os rumos da formação.

Entendendo que o conceito de avaliação varia de acordo com o ponto de vista de cada autor e no sentido de se aproximar desses referenciais, apresentam-se algumas reflexões que poderão ajudar a avançar na compreensão sobre o processo

avaliativo. Segundo Tyler (1974, p. 99),

o processo de avaliação consiste essencialmente em determinar em que medida os objetos educacionais estão sendo alcançados pelo programa do currículo e do ensino. Como os objetos educacionais são essencialmente mudanças em seres humanos, a avaliação é o processo mediante o qual se determina o grau em que essas mudanças de comportamento estão realmente ocorrendo.

Para Lüdke (1990), a avaliação tem a ver com ação e esta última, por sua vez, tem a ver com a busca de algum tipo de resultado que venha a ser o melhor possível. Assim, é fundamental a decisão sobre “o que avaliar” e “como avaliar”.

A avaliação é um processo que se desenvolve concomitantemente com o processo de ensino-aprendizagem visando detectar até que ponto os objetivos estão sendo alcançados pelas ações desenvolvidas. Assim, a avaliação fornece informações importantes para o aperfeiçoamento da qualidade dos processos de construção de novos conhecimentos (Martins, 2010).

Para Sant’Anna (1995, p. 31), avaliação é “um processo pelo qual se procura identificar, aferir, investigar e analisar as modificações de comportamento e rendimento do estudante, do educador, do sistema, confirmando se a construção do conhecimento se processou, seja ele teórico ou prático”.

Outro nome importante na história da avaliação é Bloom, o responsável pela criação de uma taxionomia de objetivos educacionais, enfatizando a aprendizagem para o domínio, tendo em vista um sistema coerente de ensino e avaliação. É a partir das ideias de Bloom que surgem os primeiros escritos sobre a importância de uma aprendizagem contínua, que promova o desenvolvimento do indivíduo. Bloom, Hastings e Madau (1983) apresentam as seguintes considerações conceituais sobre avaliação:

- A avaliação é um método de coleta e processamento dos dados necessários à melhoria da aprendizagem e do ensino.
- A avaliação inclui uma grande variedade de dados, superior ao rotineiro exame escrito final.
- A avaliação auxilia no esclarecimento das metas e dos objetivos educacionais importantes e consiste num processo de determinação da medida em que

o desenvolvimento do estudante está se processando de modo planejado.

- A avaliação é um sistema de controle de qualidade pelo qual se pode determinar, a cada passo do processo ensino-aprendizagem, se ele está sendo ou não eficaz, e caso não esteja, indica que mudanças devem ser feitas a fim de assegurar sua eficácia antes que seja tarde demais.
- A avaliação é um instrumento na prática educacional que permite verificar se os procedimentos alternativos são igualmente eficazes na consecução de uma série de objetivos educacionais.
- Dependendo das funções que desempenha, a avaliação pode ter as seguintes abordagens distintas:
- Avaliação diagnóstica. É a modalidade de avaliação que deve ser aplicada no início ou transcorrer de um curso ou de um assunto novo, visando verificar se os estudantes possuem certos requisitos, em termos de conhecimento e habilidades necessárias para as novas aprendizagens (Martins, 2010).
- Avaliação formativa. É a modalidade de avaliação que se aplica durante o transcorrer do processo de ensino-aprendizagem visando verificar se os estudantes estão caminhando em direção aos objetivos de ensino estabelecidos. Providencia elementos para orientar de maneira direta a organização do ensino-aprendizagem, em etapas posteriores de aprendizagem corretiva, e deve ocorrer de modo contínuo durante os percursos formativos (Martins, 2010).
- Avaliação somativa. É a modalidade de avaliação cuja função é classificar os estudantes ao final de um determinado período de desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem, considerando o aproveitamento obtido. Tem por objetivo uma avaliação muito geral do grau em que os objetivos mais amplos foram alcançados no período considerado. Os resultados são expressos em notas ou conceitos (Martins, 2010).
- Avaliação centrada no processo. O planejamento avaliativo centrado no processo releva a possibilidade de diagnosticar uma situação e oferecer condições para modificá-la conforme as necessidades constatadas e explora processos interprofissionais de ensino ou

aprendizagem (Reeves & Barr, 2016).

- Avaliação focada nos resultados (cuidado em saúde). Ela examina os efeitos variados, os resultados da EIP (Reeves & Barr, 2016).

Já a avaliação de resultados 360 graus é um método tradicional de realizar a avaliação de todos os segmentos envolvidos em um processo de trabalho e fornece às partes interessadas uma visão panorâmica do perfil do objeto em análise, de acordo com os critérios previamente definidos.

As avaliações de 360 graus consistem em ferramentas de medição completadas por várias pessoas em uma esfera de influência. Os avaliadores geralmente são professores, pares, pacientes e famílias. A maioria dos processos de avaliação desse tipo utiliza protocolos para coletar informações sobre o desempenho do indivíduo em vários tópicos (por exemplo: trabalho em equipe, comunicação, gerenciamento de habilidades, tomada de decisão) e utiliza escalas para avaliar quão frequentemente um comportamento é realizado (por exemplo: uma escala de 1 a 5, com 5 significando “o tempo todo” e 1, “nunca”). As classificações são compiladas entre todos os avaliadores para os tópicos avaliados para subsidiar o fornecimento de *feedback* (Acgme, 2000).

Diante das abordagens apresentadas, a avaliação é um processo e, portanto, deve estar presente antes, durante e no final de um determinado percurso em análise. É preciso destacar que as abordagens devem ser conjugadas entre si a fim de propiciar ao avaliador oportunidades para diagnosticar, controlar e classificar as variáveis que atuam no início, no transcorrer e no final do processo, garantindo a eficácia e a eficiência do sistema avaliativo.

Para Mendes e Sordi (2013), o processo de avaliar um programa/projeto ou política contempla as seguintes etapas:

- Avaliação *antes*. Fase inicial ou de pré-decisão, necessária à tomada de decisões antes de empreender ou aprovar sua realização. Abarca três aspectos: pertinência do projeto em relação à realidade, verificando a coerência e congruências internas por meio da análise dos meios/recursos e objetivos e metas; diagnóstico e proposições; rentabilidade econômica das diferentes ações para alcançar os objetivos propostos.
- Avaliação *durante* a execução. Busca fornecer informações sobre o andamento do programa ponderando os resultados. Avalia as mudanças situacionais, para identificar até que ponto o programa

estabelecido está sendo cumprido e realizado.

- Avaliação *ex post*. Realizada ao término do programa, chamada avaliação de impacto ou avaliação pós-decisão, que visa avaliar quanto e como mudou a situação inicial ou quanto se alcançou a situação objetiva, segundo o referencial traçado (Mendes & Sordi, 2013, p. 99).

Apesar de ainda não ser aplicada em projetos ou políticas públicas no Brasil, o respaldo para a adoção da Avaliação do Impacto na Saúde (AIS) em projetos tem base na própria regulamentação e legislação brasileiras. Ressalta-se que a AIS pode ser útil quando aplicada em grandes empreendimentos, mas não se limita unicamente a essa grande área, podendo também ser aplicada em projetos de pequeno porte e para análises de políticas públicas, como vem ocorrendo em diversos países (Néspoli, 2010, Abe & Miraglia, 2018).

Uma revisão sistemática da literatura (Abe & Miraglia, 2018, p.354) apontou que “os determinantes em saúde são negligenciados em projetos e políticas, o que também afeta os custos em saúde”. Nesse sentido, avaliar quais são e como se inter-relacionam os fatores que influenciam a eficiência, a efetividade e a equidade da saúde da população, e seus desdobramentos e impactos no desempenho e responsabilidades do SUS pode levar a uma melhoria na formulação de políticas e possibilitaria monitorar as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços recebidos pelos diferentes grupos sociais no Brasil (Viacava et al., 2004, Abe & Miraglia, 2018).

Para Abe e Miraglia (2018, p. 354), a adoção de uma metodologia de impacto para a saúde, estruturada e padronizada, poderia diminuir a geração de efeitos adversos para a área decorrentes de projetos e políticas públicas no Brasil: “Essa inovação na análise sistêmica de impactos totais poderia poupar muitas vidas e incapacitações, além dos recursos financeiros adjacentes, e, ainda, aumentar a qualidade de vida da população”.

Avaliação de programas e projetos educacionais é a coleta e análise sistemática de informações relacionadas ao *design*, implementação e resultados de um programa ou projeto, para fins de acompanhamento e melhoria da sua qualidade e eficácia (Acgme, 2010).

A avaliação, como um recurso potente de contrarregulação, tem papel preponderante frente à tomada de decisão acerca de processos educativos, o que

subsidiar ações de planejar e ou (re)planejar programas, projetos e ações formativas na perspectiva da educação interprofissional (EIP). Desse modo, a avaliação pode ser interna, realizada por atores envolvidos com o programa de EIP, ou externa, realizada por atores que não estejam vinculados.

As ações educacionais merecem um programa de avaliação minucioso, criterioso e consistente, podendo envolver o currículo de um curso: aulas, disciplinas, módulos desenvolvidos em diferentes espaços formativos – graduação, residência, pós-graduação, especialização, educação permanente.

Reeves et al. (2015) afirmam que uma proposta de avaliação bem planejada poderá fornecer evidências valiosas para diferentes segmentos interessados e, também, ajudar a divulgar os conhecimentos acadêmicos para o campo interprofissional. Em revisões sistemáticas, há reconhecimento sobre o aumento contínuo na publicação de trabalhos de avaliação que visam medir os processos e resultados relacionados a uma série de atividades e iniciativas de EIP. No entanto, embora a qualidade dos estudos de avaliação esteja melhorando, continua a existir uma série de fragilidades empíricas com esse trabalho.

Na perspectiva de vislumbrar a melhora na qualidade dos estudos de avaliação de EIP, Reeves et al. (2015) propõem um guia que fornece uma série de ideias e sugestões sobre como realizar uma avaliação robusta de um evento de EIP. O guia apresenta uma série de lições importantes que contribuem para realizar uma avaliação de boa qualidade, cobrindo uma variedade de questões metodológicas, práticas e éticas, incluindo a formação de questões de avaliação, uso de modelos de avaliação e perspectivas teóricas, conselhos sobre a seleção de projetos de avaliação e métodos qualitativos, quantitativos e mistos, gerenciamento de recursos de avaliação e ideias sobre a disseminação dos resultados da avaliação para a comunidade científica.

Reeves e Barr oferecem uma variedade de abordagens para auxiliar o planejamento, implementação e disseminação de um programa de EIP de maneira realista e gerenciável. Os autores descrevem doze passos principais para garantir as melhores práticas com o processo de avaliação da EIP. Ao fornecer essa estrutura, preveem que “o envolvimento ativo em uma avaliação robusta gerará evidências de alta qualidade que podem melhorar o desenvolvimento e a oferta futura de educação interprofissional” (Reeves & Barr, 2016, p. 601). A seguir, apresentamos esses doze passos.

1 - Formular perguntas de avaliação. A escolha da(s) pergunta(s) pode ser determinada pela necessidade de estabelecer se a experiência de EIP atendeu às expectativas de resultados negociadas pelas partes interessadas (por exemplo, gestores, docentes, estudantes, profissionais, pacientes e familiares). É importante certificar-se de que as perguntas formuladas possam ser respondidas efetivamente: “Os problemas enfrentados desde o início para aprimorar as perguntas podem poupar frustrações e decepções no futuro” (Reeves & Barr, 2016, p. 601).

2 - Concordar com a abordagem de avaliação. A abordagem avaliativa mais apropriada dependerá das perguntas formuladas. Por exemplo, a avaliação formativa ajuda a entender os efeitos iniciais da EIP para desenvolver e fortalecer o programa; a avaliação somativa ajuda a entender o impacto final de uma atividade de EIP; a avaliação centrada no processo explora processos interprofissionais de ensino ou aprendizagem; a avaliação focada nos resultados examina os efeitos variados, os resultados da EIP. Essas abordagens podem ser combinadas entre si, não precisando ser mutuamente exclusivas.

3 - Usar as estruturas de avaliação. Como estrutura útil a ser utilizada, Barr et al. (2005) apresentam uma classificação dos resultados da EIP desenvolvida com a tipologia dos resultados educacionais de Kirkpatrick (1994), com quatro níveis e seis categorias. Esse modelo para avaliação de treinamentos é apresentado resumidamente a seguir:

Nível 1 – A reação de quem aprende: refere-se à medida de satisfação, o que eles pensam e como se sentem quanto ao treinamento.

Nível 2 – O aprendizado: mudança na forma de perceber, o resultado em termos de novos conhecimentos e/ou habilidades.

Nível 3 – O comportamento: mudança de comportamento, de procedimento e evolução de capacidades.

Nível 4 – Os resultados (produtos ou impacto). Os efeitos alcançados em termos de atuação ou ambiente de trabalho, devido aos conhecimentos e capacidades adquiridos pelo participante.

O Quadro 1 detalha a classificação de Kirkpatrick para os resultados interprofissionais.

Quadro 1. Resultados interprofissionais baseados em Barr et al. (2005).

Nível 1	Percepção dos sujeitos sobre o treinamento	Opiniões dos estudantes sobre a experiência de aprendizagem e sua natureza interprofissional
Nível 2 ^a	Mudança de atitudes dos sujeitos	Mudanças nas atitudes ou percepções recíprocas entre os grupos participantes Mudanças na percepção ou atitude em relação ao valor e/ou uso das abordagens da equipe para cuidar de um grupo específico de usuários
Nível 2b	Aquisição/mudança de conhecimentos e/ou habilidades dos sujeitos	Inclusão de conhecimentos e habilidades vinculadas à colaboração interprofissional
Nível 3	Mudanças de comportamento dos sujeitos	Identificação da transferência individual de aprendizagem interprofissional para o ambiente de prática e a mudança na prática profissional
Nível 4 ^a	Mudanças na prática profissional	Mudanças mais amplas na atuação profissional e prestação de cuidados
Nível 4b	Benefícios/mudanças nas condições dos pacientes	Melhorias na saúde ou bem-estar dos pacientes / clientes

Fonte: adaptado de Barr et al. (2005).

4 - Basear-se na experiência em avaliação. A parceria com colegas experientes em avaliação da educação é importante para a assessoria e o apoio. Reunir uma equipe de avaliação com experiência prévia pode ser uma maneira útil de recorrer a uma variedade de apoios, criatividade e orientação em todas as etapas, desde o planejamento da avaliação interprofissional até a implementação e disseminação dos resultados.

5 - Revisar a literatura. Uma pesquisa bibliográfica determina, primeiro, o que se sabe sobre o tipo de EIP que se pretende avaliar e, segundo, o arcabouço metodológico existente para aprofundar a compreensão de projetos, métodos e ferramentas analíticas. Uma revisão cuidadosa da literatura pode ajudar a garantir que a avaliação acrescente algo novo à base de conhecimentos acadêmicos sobre EIP.

6 - Selecionar a metodologia e o *design*. Uma metodologia sustenta o andamento de uma avaliação – suas suposições, princípios e procedimentos. Existem várias metodologias (por exemplo, investigação experimental, investigação quase-experimental, etnografia ou pesquisa-ação) que podem ser utilizadas para a avaliação de um programa de EIP. A escolha da metodologia determinará o *design* da avaliação, da coleta de dados e da análise.

Reeves e Barr (2016) descrevem com detalhes alguns *designs*, como avaliações pós-curso; antes e depois dos estudos; estudos controlados antes e

depois; ensaios de controle randomizados; estudos longitudinais; estudos de método misto; estudos de pesquisa-ação.

7 - Garantir a aprovação ética. Quase toda avaliação educacional é de pesquisa com sujeitos humanos, o que exige aprovação ética institucional formal. Mas se a avaliação for apenas para obter informações para o desenvolvimento interno do curso, projeto, programa e não será divulgada para o público externo, a aprovação ética pode não ser necessária. Entretanto, mesmo que a avaliação não exija aprovação ética formal, é preciso garantir que a) o avaliador permita que as pessoas façam uma escolha informada sobre se desejam ou não participar do trabalho; b) o avaliador não exerça pressão, ou seja, coerção sobre as pessoas para que participem; c) todos os dados de avaliação coletados sejam anônimos (para que ninguém possa ser identificado); d) todos os dados da avaliação sejam armazenados com segurança para garantir a confidencialidade.

8 - Acesso aos dados. Se uma avaliação visa coletar dados de estudantes, profissionais ou pacientes, haverá um líder ou gestor a quem será preciso solicitar autorização de acesso para aproximação aos possíveis participantes. Mesmo que se planeje utilizar evidência documental em vez de coletar dados dos participantes, negociar o acesso aos documentos pode ser um processo demorado, o que requer planejamento.

9 - Abordando questões de trabalho de campo. Vários fatores precisam ser levados em consideração na etapa do trabalho de campo (coleta de dados) de uma avaliação de EIP, como por exemplo, conhecer paradigmas, metodologias e métodos de avaliação de EIP, e ter certeza na escolha dos avaliadores em relação a ser um membro interno ou externo – isso poderá ter vantagens e desvantagens em relação à obtenção dos dados, interpretação de maneira neutra, disponibilidade de tempo e recursos para realizar suas avaliações.

10 - Uso de instrumentos de avaliação. Reeves e Barr (2016) enfatizam que na maioria das avaliações de EIP, nas perguntas específicas do contexto, os avaliadores tendem a usar instrumentos de coleta de dados que são autodesenvolvidos. No entanto, existem várias ferramentas amplamente utilizadas para a avaliação de EIP, por exemplo:

- Escala de Percepção da Educação Interdisciplinar (Leucht et al., 1990), uma ferramenta de pré-teste e pós-teste que mede mudanças

nas atitudes dos estudantes, resultantes de um curso de EIP.

- Escala de Atitudes Interprofissionais (Norris et al., 2015), uma ferramenta projetada para capturar atitudes e crenças autorreferidas por estudantes de saúde sobre EIP e prática colaborativa.
- Escala de Colaboração Interprofissional (Kenaszchuk et al., 2010), uma ferramenta autorreferida que foi projetada para coletar percepções da colaboração interprofissional vinculada a fatores de comunicação, isolamento e acomodação.
- Inventário do Clima da Equipe (Anderson & West, 1998; versão brasileira de Silva et al., 2016), um conjunto de quatro domínios inter-relacionados, projetado para medir diferentes aspectos dos processos colaborativos de uma equipe.
- Instrumento de Análise do Processo de Interação (Bales, 1976), uma ferramenta que categoriza a natureza socioemocional e orienta a tarefa da interação dentro de grupos ou equipes.
- Instrumento de Avaliação Colaborativa para Educação Interprofissional – Ipec (Dow et al., 2014), uma ferramenta que avalia os resultados relacionados à prática colaborativa no nível da formação na graduação em saúde, por meio da autoavaliação individual dos estudantes.
- Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II – AITCS II-BR (Orchard, 2012, versão brasileira de Bispo & Rossit, 2018), instrumento diagnóstico desenvolvido para mensurar a colaboração interprofissional dos membros de uma equipe.
- Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional – EJARCI (Hojat et al., 2015; versão brasileira de ABED, 2015), escala para medir atitudes em relação à colaboração entre estudantes e profissionais da profissão de saúde, independentemente de sua formação acadêmica ou áreas de atuação.

11 - Obtenção de recursos. É importante garantir financiamento para todas as etapas do processo de avaliação; entretanto, entendem-se as dificuldades atuais, sendo necessário buscar estratégias que viabilizem a realização da avaliação, sem perder a oportunidade de acompanhar todo o processo de implementação de uma ação de EIP.

12 - Escolhas de divulgação. A divulgação de resultados fornece às partes interessadas e colegas avaliadores informações importantes sobre a eficácia de uma iniciativa de EIP. Fornece, também, detalhes do seu processo de avaliação, permitindo que outras pessoas julguem a qualidade do trabalho realizado. Pode assumir diferentes formas (pôsteres, documentos de conferências, relatos curtos em periódicos, artigos científicos revisados por pares, capítulos de livros, *sites* e *blogs*). Reeves e Barr (2016) recomendam considerar, também, o uso de mídias sociais como o *Twitter* para expandir o alcance do trabalho de avaliação, e ressaltam que dois ou mais tipos de modalidades de disseminação podem otimizar o impacto.

Destaca-se que o envolvimento ativo em processos de avaliação aprimora os conhecimentos, proporciona experiências e amplia o entendimento do que a EIP pode fazer e pode oferecer no aprimoramento para o futuro (Reeves et al., 2015; Reeves & Barr, 2016).

Comentários finais

Neste capítulo apresentaram-se algumas reflexões, abordagens e os doze passos publicados por Reeves e Barr (2016) que orientam a avaliação da EIP de modo a apoiar as etapas de planejamento, implementação e disseminação dos resultados alcançados por ações desenvolvidas na perspectiva da interprofissionalidade.

Os aportes teóricos-conceituais e metodológicos, somados às experiências da autora como profissional da saúde, docente, assessora em programas originados de políticas indutoras da formação em saúde, consultora e avaliadora da educação superior, nos níveis da graduação e pós-graduação, e contribuições em inúmeros processos avaliativos realizados no âmbito da formação em saúde (inicial e educação permanente) e em pesquisas conduzidas com a temática da EIP e prática colaborativa, constituíram o corpo de conhecimentos que neste momento compartilho com os leitores.

Costumo comentar com estudantes e docentes, em processos formativos educacionais, que mais do que ensinar para avaliar, priorizo a avaliação como uma estratégia que possibilita novos ensinamentos e aprendizagens.

Teço aqui algumas considerações sobre esse comentário: o “ensinar para avaliar” sugere a implementação de um modelo tradicional de ensino, pautado

em um currículo conteudista, que valoriza a avaliação somativa e mensura, prioritariamente, a competência do “saber” valorizando os conhecimentos teóricos, que frequentemente são memorizados para efeito de exames e se perdem na trajetória da construção de novos saberes. Nessa perspectiva, o educador, geralmente, tem como objetivo avaliar se o estudante apropriou-se dos conteúdos e se os reproduz a partir de questões elaboradas em formato de prova. Há uma ênfase em cobrar dos estudantes aquilo que foi trabalhado em sala de aula.

No trecho “avaliar como uma estratégia de ensinar e aprender”, vislumbra-se uma perspectiva construtivista e formativa, na qual os saberes são construídos a partir de reflexões que emergem de estratégias avaliativas, as quais permitem ao estudante assumir uma postura crítica e reflexiva sobre os aspectos apresentados em formato de situações-problema (histórias em quadrinhos, vídeos, simulações, caso clínico), como disparadoras para novas aprendizagens. Nessa lógica, o educador tem por objetivo acompanhar e monitorar o desenvolvimento de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) para além dos conhecimentos e constructos cognitivos. Avança-se para um olhar cuidadoso sobre as habilidades relacionadas às especificidades da área de formação, aquelas que envolvem o trabalho colaborativo que possibilita, também, monitorar o desenvolvimento de atitudes alinhadas aos critérios estabelecidos e aos domínios esperados em determinado contexto. Desse ponto de vista do “avaliar para ensinar e aprender”, as metodologias ativas são potenciais ferramentas para desencadear processos robustos de desenvolvimento de competências comuns a todos os profissionais da saúde, competências específicas de cada área profissional e competências colaborativas.

Nessa perspectiva, o *feedback* apreciativo, cuidadoso e respeitoso, que valoriza as potencialidades do aprendiz e aponta aspectos que precisam ser aprimorados, constitui-se em fio condutor de aprendizagens significativas e verdadeiras, em formato de uma espiral ascendente que cresce verticalmente e amplia-se em suas dimensões. Assim, o aprender torna-se prazeroso, compartilhado, construtivo e significativo.

Destaco, também, as oportunidades de parceria com colegas pesquisadores interprofissionais, com quem tenho colaborado e aprendido muito, mantendo vivo o desejo de aprimoramento das pesquisas em EIP, melhores planejamentos dos processos avaliativos e obtenção de resultados robustos que possam alavancar

a educação e o trabalho interprofissional como elementos fundamentais para transformar a formação dos profissionais e os cenários de atenção à saúde.

O desafio atual sinaliza para a necessidade de investimentos na formação inicial, educação permanente e desenvolvimento docente para a efetividade do trabalho integrado e colaborativo. Neste sentido, as oportunidades de planejar, implementar e avaliar as iniciativas de EIP são imensas. Para promover transformações nos sistemas de formação e trabalho em saúde por meio da EIP e da prática colaborativa, Brandt et al. (2014) e Health Professions Accreditors Collaborative (HPAC, 2019) listam quatro objetivos essenciais para o fortalecimento da interprofissionalidade: melhorar a qualidade do cuidado; aprimorar a saúde das comunidades e populações; reduzir custos relacionados à prestação de serviços; e, melhorar a experiência de trabalho e satisfação dos profissionais.

Assim, as reflexões aqui apresentadas poderão impulsionar ações que viabilizem as melhores práticas de avaliação nos processos de planejamento, implementação e disseminação de resultados sobre a educação e o trabalho interprofissional.

Referências

- Abe, K. C., & Miraglia, S. G. E. K. (2018). Avaliação de Impacto à Saúde (AIS) no Brasil e América Latina: uma ferramenta essencial a projetos, planos e políticas. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(65), pp. 349-58.
- Abed, M. M. (2015). *Adaptação e validação da versão brasileira da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional: um estudo em profissionais da atenção básica*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.
- Accreditation Council For Graduate Medical Education (ACGME). (2000). *Toolbox of Assessment Methods*. A product of the Joint Initiative ACGME Outcomes Project Accreditation Council for Graduate Medical Education. American Board of Medical Specialties (ABMS). Version 1.1. Recuperado em 28 abr. 2020, <https://www.partners.org/Assets/Documents/Graduate-Medical-Education/ToolTable.pdf>.
- Accreditation Council For Graduate Medical Education (ACGME). (2010). *Accreditation council for graduate medical education: glossary of terms*. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Recuperado em 28 abr. 2020 http://www.acgme.org/acWebsite/about/ab_ACGMEglossary.pdf.

- Anderson, N., & West, M. (1998). Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. *J Organ Behav*, 19, pp. 235-258.
- Bales, R. (1976). *Interaction process analysis: a method for the study of small groups*. Chicago: University of Chicago.
- Barr, K., Koppel, I., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth, D. (2005). *Effective interprofessional education: argument, assumption and evidence*. Oxford: Blackwells.
- Bispo, E. P. F., & Rossit, R. A. S. (2018). Adaptação transcultural e validação estatística do Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II. *Revista Científica Ágape*, 1(1), pp.1-15.
- Bloom, B., Hastings, T., & Madaus, G. (1983). *Manual de avaliação formativa e somativa do aprendizado escolar*. São Paulo: Pioneira.
- Brandt, B., Lutfiyya, M. N., King, J. A., & Chioreso, C. (2014). A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. *Journal of Interprofessional Care*. 28(5), pp. 393-399.
- Brasil. (2018). *Edital, nº 10, de 23 de julho de 2018*. Seleção para o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde PET-Saúde/Interprofissionalidade 2018/2019. Diário Oficial da União, Brasília, DF.
- Costa, D. A. S., Silva, R. F., Lima, V. V., & Ribeiro, E. C. O. (2018). Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(67), pp. 1183-1195.
- Dias Sobrinho, J. (2003). Avaliação da educação superior regulação e emancipação. In J. Dias Sobrinho, D. I. Ristoff (org.). *Avaliação e compromisso público: a educação superior em debate*. Florianópolis: Insular.
- Dow, A. W., Diazgranados, D., Mazmanian, P. E., & Retchin, S. M. (2014). An exploratory study of an assessment tool derived from the competencies of the Interprofessional Education Collaborative. *Journal of Interprofessional Care*, 28(4), pp. 299-304.
- Hojat, M., Ward, J., Spandorfer, J., Arenson, C., Winkle, L. J. V., & Williams, B. (2015). The Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data. *Journal of Interprofessional Care*, 29(3), pp. 128-144.
- Health Professions Accreditors Collaborative (HPAC). (2019). *Guidance on developing quality interprofessional education for the health professions*. Chicago, IL: Health Professions Accreditors Collaborative, Recuperado em 28 de abril, 2020, <https://healthprofessionsaccreditors.org/wpcontent/uploads/2019/02/HPACGuidance02-01-19.pdf>.
- Kenaszchuk, C., Reeves, S., Nicholas, D., & Zwarenstein, M. (2010). Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration. *BMC Health Services Research*, 10(83).
- Kirkpatrick, D. L. (1994). *Evaluating training programs: the four levels*. San Francisco: Berrett-Koehler.
- Leucht, R., Madson, M., Taugher, M., & Petterson, J. (1990). Assessing perceptions: design and validation of an interdisciplinary education perception scale. *Journal of Allied Health*, 19, pp. 181-191.
- Lüdke, M. (1990). Novos caminhos para avaliação no ensino superior. *Estudos em avaliação educacional*, Fundação Carlos Chagas, v.1.
- Martins, J. P. (2010). Considerações sobre avaliação no ensino superior. In: R. A. S. Rossit, K. Storani, K. (org.). *Avaliação nos processos educacionais*. São Paulo: Editora Unifesp/Unicep, pp. 19-42.
- Mendes, G. S. C. V., & Sordi, M. R. L. (2013). Metodologia de avaliação de implementação de programas e políticas públicas. *EccoS – Revista Científica*, 30, pp. 93-111.
- Néspoli, G. R. C. B. (2010). Avaliação de impacto à saúde: aplicação e contribuição para a integração de políticas setoriais no estado de Mato Grosso. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo, SP, Brasil.
- Norris, J., Carpenter, M., Eaton, M., Guo, J., Lassche, M., & Pett, M. (2015). Development and construct validation of the interprofessional attitudes scale. *Academic Medicine*, 90(10), pp. 1394-400.
- Orchard, C. A., King, G. A., & Khalili, H. (2012). Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): development and testing of the instrument. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(1), pp. 58-67.
- Reeves, S., & Barr, H. (2016). Twelve steps to evaluating interprofessional education. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 11(6), pp. 601-605.

- Reeves, S., Boet, S., Zierler, B., & Kitto, S. (2015). Interprofessional education and practice guide no. 3: evaluating interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 29(4), pp. 305-312.
- Rossit, R. A. S., & Storani, K. (org.). (2010). *Avaliação nos processos educacionais*. São Paulo: Editora Unifesp/Unicep.
- Sant'anna, I.M. (1995). *Por que avaliar? Como avaliar?: critérios e instrumentos*. Petrópolis: Vozes.
- Silva, M. C., Peduzzi, M., Sangaletti, C. T., Silva, D., Agreli, H. F., & West, M. A. (2016). Adaptação transcultural e validação da Escala de Clima do Trabalho em Equipe. *Revista de Saúde Pública*, 50(52), pp. 1-10.
- Tyler, R. W. (1974). *Princípios básicos de currículo e ensino*. Porto Alegre: Globo.
- Viacava, F., Almeida, C., Caetano, R., Fausto, M., Macinko, J., & Martins, M. et al. (2004). Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 9(3), pp. 711-724.

16 A VIVÊNCIA DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL EM SAÚDE NA GRADUAÇÃO: concepções e práticas de estudantes

Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo¹
 Natália Milânio Sousa de Faria¹
 Daniel Marques dos Santos¹
 Nildo Alves Batista²

Introdução: a educação interprofissional na formação em saúde

Este capítulo apresenta um estudo que avaliou a formação em saúde baseada na educação interprofissional (EIP) e analisou as percepções e as práticas relativas ao preparo para o trabalho em equipe na perspectiva da integralidade no cuidado, a partir da experiência do Instituto Saúde e Sociedade, do *campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp/BS) na formação em educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, terapia ocupacional e serviço social.

Os marcos da formação em saúde no Brasil revelam a necessidade de inovações nos processos de ensino e aprendizagem dos cursos da área da saúde, contemplando um pensamento capaz de englobar a multidimensionalidade das políticas de saúde e educação, buscando transformar os saberes existentes e desenvolver a autonomia e a responsabilidade coletiva e individual no cuidado (Costa et al., 2015).

Batista (2012) relata que a efetivação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de 2001 ainda apresenta desafios, principalmente no que diz respeito aos mecanismos efetivos de integração curricular, à diversidade de cenários de aprendizagem, à articulação com o SUS e ao resgate da dimensão ética, humana, crítico-reflexiva e cuidadora do exercício profissional, assumindo, assim, uma concepção ampliada de saúde. Além disso, o autor considera necessária

¹ Universidade Federal de São Paulo – Instituto Saúde e Sociedade, campus Baixada Santista, Santos – SP – Brasil, e-mail: uchoa.lucia@unifesp.br, faria26@unifesp.br, danrad7777@gmail.com

² Universidade Federal de São Paulo - CEDESS – campus São Paulo, SP. Instituto Saúde Sociedade – campus Baixada Santista, Santos – SP-Brasil, e-mail: nbatista@unifesp.br

a ampliação da educação superior, não somente voltada às questões relativas à profissionalização específica, mas também assumindo a problematização na proposta de ensino-aprendizagem, a integração e a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade como direcionadoras da proposta formativa.

As novas DCNs do curso de medicina apresentadas em 2014 reforçam a necessidade de eles se adequarem a uma nova realidade referente às atuais questões da educação superior, do SUS e, principalmente, da articulação com a participação social. Nesse sentido, as DCNs direcionam os cursos da saúde nos art. 1º e art. 3º e em seus incisos a realizarem mudanças considerando o seguinte:

Art. 1º Reafirmar a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos(as) trabalhadores(as) da área da saúde.

Art. 3º Aprovar os pressupostos, princípios e diretrizes comuns para a graduação na área da saúde, construídos na perspectiva do controle/participação social em saúde, e apresentados, sinteticamente, nos incisos a seguir:

I - Defesa da vida e defesa do SUS como preceitos orientadores do perfil dos egressos da área da saúde, com os seguintes objetivos:

a) formação em saúde comprometida com a superação das iniquidades que causam o adoecimento dos indivíduos e das coletividades, de modo que os futuros profissionais estejam preparados para implementar ações de promoção da saúde, educação e desenvolvimento comunitário, com responsabilidade social e compromisso com a dignidade humana, cidadania e defesa da democracia, do direito universal à saúde e do SUS, tendo a determinação social do processo saúde-doença como orientadora;

[...]

c) formação profissional voltada para o trabalho que contribua para o desenvolvimento social, considerando as dimensões biológica, étnico-racial, de gênero, geracional, de identidade de gênero, de orientação sexual, de inclusão da pessoa com deficiência, ética, socioeconômica,

cultural, ambiental e demais aspectos que representam a diversidade da população brasileira. (Brasil, 2018, p. 85-90)

A Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n.569 de 8 de dezembro de 2017 propõe a inserção dos estudantes nos cenários de práticas do SUS desde o início da formação, integrando a educação e o trabalho em saúde, além de reforçar a necessidade de ela ser interprofissional, conforme o inciso V – Trabalho Interprofissional (Brasil, 2017, p. 6).

a) as DCNs devem expressar a formação de um profissional apto a atuar para a integralidade da atenção à saúde, por meio do efetivo trabalho em equipe, numa perspectiva colaborativa e interprofissional. O preceito da integralidade aponta para a interdisciplinaridade, enquanto integração de diferentes campos de conhecimentos; para a interprofissionalidade, ocasião em que há intensa interação entre diferentes núcleos profissionais; e para a intersetorialidade, envolvimento de diferentes setores da sociedade no atendimento das complexas e dinâmicas necessidades de saúde;

b) os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPCs) devem apresentar estratégias alinhadas aos princípios da interdisciplinaridade, intersetorialidade e interprofissionalidade, como fundamentos da mudança na lógica da formação dos profissionais e na dinâmica da produção do cuidado em saúde;

c) as DCNs devem estimular a elaboração de projetos terapêuticos assentados na lógica interprofissional e colaborativa, reconhecendo os usuários dos serviços como protagonistas ativos e coprodutores do cuidado em saúde, superando a perspectiva centrada em procedimentos ou nos profissionais.

Nesse contexto, a integração deve ser vista em uma perspectiva de novas interações no trabalho em equipe interprofissional, abrangendo troca de experiências e saberes e posição de respeito à diversidade, favorecendo o apoio para práticas transformadoras, parcerias na construção de projetos e o exercício permanente do diálogo (Batista, 2012).

Na formação em saúde, Rossit, Batista e Batista (2013) afirmam que a EIP emerge como acesso fecundo para desenvolver propostas que possam associar as especificidades das profissões e das demandas para a integralidade do cuidado, as singularidades dos sujeitos sociais, as necessidades da sociedade e suas urgências éticas, humanas, políticas, educacionais e culturais.

A EIP é compreendida como um passo fundamental para a diminuição da fragmentação das profissões e do sistema de saúde, pois prepara os profissionais para atuarem como membros de uma equipe de prática colaborativa (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2010). A EIP se caracteriza por situações de aprendizagem nas quais estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a efetiva colaboração e melhora da saúde da população (OMS, 2010).

Segundo Barr (1998), a EIP dispõe-se como uma via para a aprendizagem da competência colaborativa no cotidiano do trabalho em equipe em saúde. Estudos sobre as experiências brasileiras apontam que as atitudes interprofissionais expõem potências no campo da aprendizagem compartilhada (Williams et al., 2011; Aguilar-da-Silva, Scapin Batista, 2011; Rossit et al., 2014). Essas potências, consideradas fundamentais para qualificar o cuidado em saúde, são manipuladas pelas práticas dos profissionais em relação à sua própria profissão e aos outros grupos profissionais (Costa et al., 2015).

No Brasil ainda há poucas experiências de formação baseada na EIP, porém uma destacada como pioneira foi a do *campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), em Santos (SP), que oferece desde 2006 um projeto político pedagógico com desenho curricular que tem como objetivo a formação interprofissional na área da saúde, tanto na graduação quanto na pós-graduação (Unifesp, 2006).

A estratégia formativa na graduação do *campus* Baixada Santista, especificamente no Instituto Saúde e Sociedade, está ancorada na EIP e acontece em quatro eixos, um deles específico: o eixo “Aproximação a uma prática específica em saúde”, direcionado aos estudantes de cada área profissional. Os outros três eixos são comuns a todos os cursos: “O ser humano em sua dimensão biológica” (Bio), “O ser humano e sua inserção social” (IS) e “Trabalho em saúde” (TS). Nos eixos comuns, a partir do ingresso no primeiro termo (semestre), os estudantes são divididos em

turmas mistas e têm uma formação orientada pelos conhecimentos que seriam necessários para todos os profissionais de saúde (Unifesp, 2006; Batista et al., 2018).

Os estudantes dos cursos de período integral têm nos anos da graduação momentos de aprendizagem conjunta: 80% no primeiro ano, 40% no segundo ano, 20% no terceiro ano e algumas experiências de estágios no quarto e quinto anos. Em cada termo, esse trabalho se dá de um modo diferente, porém com o objetivo de formar um profissional preparado para o trabalho em equipe interprofissional, com ênfase na integralidade no cuidado e atenção centrada na pessoa, com formação técnico-científica e humana de excelência na área da saúde (Batista et al., 2018).

O eixo comum “O ser humano em sua dimensão biológica” ocorre em cinco cursos, com exceção apenas do serviço social. É constituído de módulos básicos e de aprofundamento, a partir das necessidades de cada curso, abordando temas de ciências biológicas de forma integrada e crescente em complexidade (Unifesp, 2019).

O eixo comum “O ser humano e sua inserção social” se desenvolve nos dois primeiros anos das graduações e articula diferentes conhecimentos relacionados à antropologia, sociologia, psicologia, história, filosofia, ciência política e educação, com o objetivo de desencadear nos estudantes uma reflexão a respeito das experiências sociais contemporâneas e suas relações com a prática profissional em saúde (Unifesp, 2019).

O eixo comum “Trabalho em saúde” atravessa os três primeiros anos da graduação e visa possibilitar, desde o início, experiências de trabalho interprofissional na rede de serviços e na comunidade para os estudantes dos cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia e terapia ocupacional. Desde de 2009 o curso de serviço social foi incorporado, com turmas vespertina e noturna, somente nos dois primeiros anos.

Uma questão central no eixo TS é a organização intencional das turmas mistas entre os alunos dos seis cursos do *campus*, proporcionando o desenvolvimento de uma clínica comum, na qual o estudante aprende a ser um profissional de saúde, independentemente de sua especificidade, trabalhando com outras profissões (Oliveira et al., 2016; Unifesp, 2019).

O eixo TS engloba variadas áreas de conhecimentos, tendo como finalidade favorecer aos alunos a compreensão do processo de trabalho em saúde, das múltiplas

dimensões envolvidas no processo saúde-doença e na produção de cuidado integral, e da realidade de saúde e do sistema vigente em nosso país (Unifesp, 2006).

Batista (2012) afirma que esses momentos de formação compartilhada como o TS permitem a vivência de grupos interprofissionais, nos quais se misturar implica criar disponibilidade para conviver com o outro, conhecendo-o melhor, respeitando-o em suas singularidades e buscando construir relações interpessoais mais inclusivas.

A partir da experiência vivenciada, questiona-se: como os estudantes avaliam essa formação e que percepções e práticas relativas ao preparo para o trabalho em equipe na perspectiva da integralidade no cuidado desenvolvem?

Percurso metodológico

Para apreender as percepções dos estudantes em relação à vivência em projeto baseado na EIP, foi feita uma pesquisa exploratória, de caráter descritivo-analítico, apresentada a partir de uma abordagem quantitativa. A população de estudo foi composta por alunos dos 1º, 3º e último ano dos cursos de educação física, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, psicologia e serviço social, em diferentes momentos formativos³. Como critérios de inclusão considerou-se ser aluno regularmente matriculado e aceitar participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Utilizou-se a *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS), composta por 29 itens agrupados em três fatores: Fator 1, “Trabalho em equipe e colaboração”; Fator 2, “Identidade profissional”; Fator 3, “Atenção à saúde centrada no paciente”, com as seguintes respostas: 1 - discordo totalmente; 2 - discordo; 3 - não concordo nem discordo; 4 - concordo; 5 - concordo totalmente (Peduzzi et al., 2015). A coleta de dados se deu no período de dezembro de 2016 a julho de 2017 e foi realizada nas salas de aula de cada um dos cursos e seus respectivos anos.

A escala RIPLS foi pontuada de acordo com as orientações dos autores que validaram a escala para o português (Brasil) (Peduzzi et al., 2015). Sobre a análise das pontuações: quanto maior o escore maior a concordância com o item, significando que são mais fortes as atitudes e a disponibilidade para a aprendizagem interprofissional. O

³ Essa informação vem da pesquisa de pós-doutoramento de Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo, intitulada Análise das concepções e práticas de alunos do Instituto Saúde e Sociedade do campus Baixada Santista relativas ao trabalho em equipe e a integralidade no cuidado durante a graduação, de 2016, que visava saber como estava sendo o processo formativo em diferentes momentos, no início, meio e final da graduação – daí os anos escolhidos.

instrumento ofereceu condições para realizar um estudo transversal no qual se analisou a prontidão para a experiência para o primeiro ano, como está sendo o processo para o 3º ano e a prontidão para a prática profissional para os alunos do último ano.

Para a análise dos dados foi utilizado um mapa comportamental de cores que separa as assertivas, indicando o comportamento de cada grupo profissional em relação às atitudes e prontidão para o trabalho em equipe, a prática colaborativa, o reconhecimento da identidade profissional e a atenção centrada no paciente. Em vermelho têm-se as assertivas que obtiveram média menor ou igual a 2,33 indicando *zona de perigo*. Em amarelo, estão as assertivas com média entre 2,34 e 3,67, mostrando *situação de alerta*. Por fim, em verde, as assertivas com média superior de 3,68 até 5,0 indicando *zona de conforto*. A Tabela 1 mostra as pontuações de corte para mapear o comportamento do grupo frente às assertivas.

Quadro 1. Divisão das cores por média das respostas das assertivas.

Intervalo das médias	Classificação	Providências
1,00 - 2,33	Zona de perigo	Mudanças imediatas
2,34 - 3,77	Zona de alerta	Aprimoramento
3,78 - 5,00	Zona de conforto	Manutenção

Fonte: adaptado de Perego (2015).

A pesquisa foi aprovada sob parecer n.1.888.992/2016 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, atendendo ao estabelecido na Resolução n.510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue para os participantes assinarem e rubricarem, contendo todas as informações a respeito da pesquisa, bem como explicando as condições de participação, a importância de sua colaboração e as obrigatoriedades do pesquisador frente a seus participantes.

Caracterização dos participantes da pesquisa

A amostra foi representada por 510 estudantes dos seis cursos investigados, ou seja, 74,23% do total de matriculados. O percentual demonstra

que a participação dos estudantes foi significativa: do primeiro ano, de um total de trezentos matriculados, participaram 184 (61,33%), no terceiro ano, de 205 matriculados, participaram 154 (75,12%) e do último ano participaram 172 (94,50%) de 182 estudantes.

A participação em quantidade de estudantes variou entre os cursos, sendo que a maior foi do curso de terapia ocupacional (81,08%), e a menor, do curso de educação física (41,93%).

No terceiro ano ocorreu uma diminuição de estudantes participantes com relação ao primeiro ano. Nesse ano tivemos a participação de todos os estudantes da terapia ocupacional (100%), e a menor participação ficou com o curso do serviço social noturno (23,33%).

No último ano, a quantidade de estudantes aumentou com relação ao terceiro ano e diminuiu com relação ao primeiro ano. Nesse ano tivemos três cursos com porcentagem de 100% de participação (educação física, serviço social e terapia ocupacional). A menor participação ficou para os estudantes do curso de fisioterapia (83,87%).

Dos participantes da pesquisa, 421 (82,5%) eram do sexo feminino e 89 (17,5%) do sexo masculino. No primeiro ano, 85,3% do público foi do sexo feminino e 14,7% do sexo masculino; no terceiro ano houve um incremento na parcela do público masculino, ficando com 20,8%, enquanto a porcentagem para o sexo feminino foi de 79,2%. No último ano, os valores foram 82,6% para o sexo feminino e 17,4% para o sexo masculino.

A média de idade dos participantes foi 23 anos, sendo a menor para os estudantes de primeiro ano na maioria dos cursos (17 anos) (para o curso de psicologia a idade mínima foi 18 anos). A maior idade de estudantes ingressantes foi 57 anos, no curso de terapia ocupacional. No terceiro ano, a menor idade foi 19 anos na maioria dos cursos e a maior idade foi 67 anos, no curso de fisioterapia.

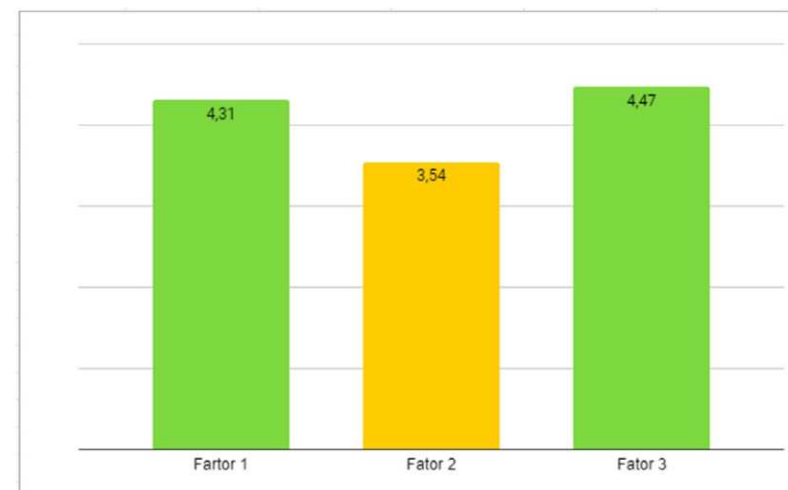
No último ano a idade mínima variou entre 20 e 21 anos para todos os cursos e a maior idade foi 51 anos no curso de serviço social (vespertino). A média de idade variou entre 21 e 26 anos, sendo a menor para o curso de educação física e a maior para o curso do serviço social (tarde).

A percepção dos estudantes em relação à experiência vivenciada

Os resultados da análise da escala atitudinal (RIPLS) demonstram que, de forma geral, a experiência vivenciada pelos alunos mostra-se positiva nos três fatores analisados (dois em zona de conforto e um em zona de alerta). Observa-se que três quartos da amostra, correspondente ao percentil 75, mostraram uma percepção muito positiva sobre a EIP.

A Figura 1 mostra que a percepção dos estudantes se manteve em *zona de conforto*, com média de 4,31 para o Fator 1 e de 4,47 para o Fator 3, e em *zona de alerta* com média de de 3,54 para o Fator 2 .

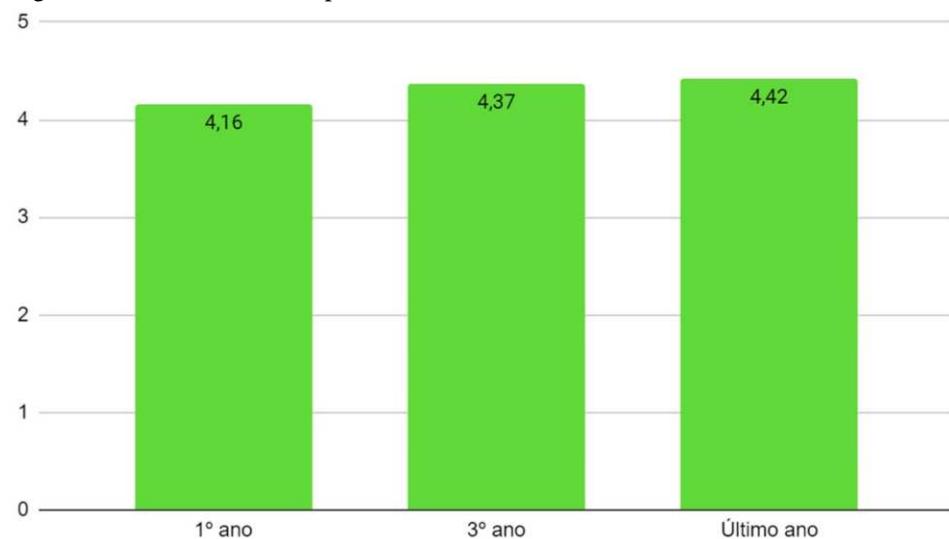
Figura 1. Gráfico do perfil atitudinal por fator da Escala RIPLS.



Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

Especificamente em relação ao “Trabalho em equipe e colaboração” (Fator 1), observa-se *zona de conforto* com resultados crescentes das médias de uma etapa para a outra, apontando prontidão dos estudantes para o trabalho em equipe e para a prática colaborativa na perspectiva da integralidade no cuidado. Já no final do primeiro ano a média foi de 4,16, no terceiro ano evoluiu para 4,37 e no último ano aumentou ainda mais (média de 4,42), conforme mostra a Figura 2. Esse aumento entre as etapas foi estatisticamente significativo.

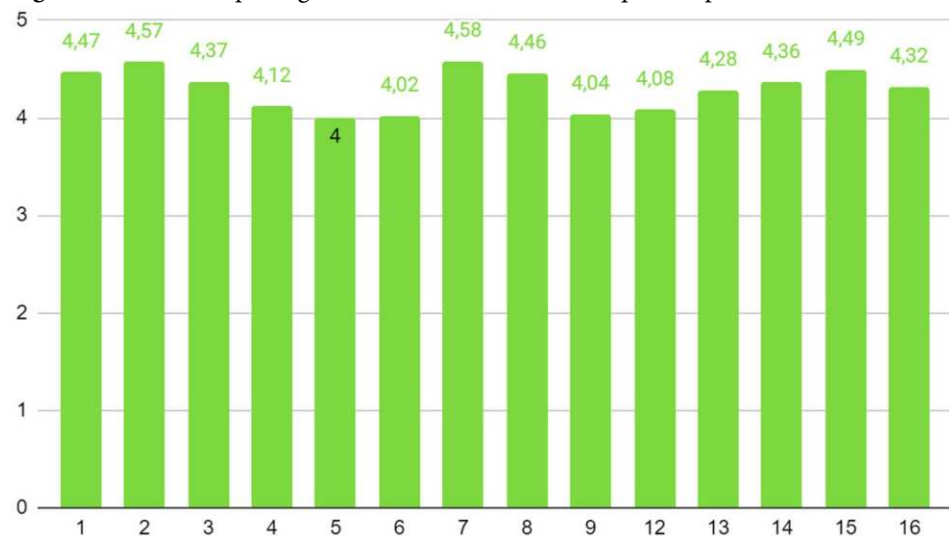
Figura 2. Gráfico das médias por ano da Escala RIPLS relativa ao Fator 1.



Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

A Figura 3 apresenta a média geral para cada uma das quatorze assertões que compõem o Fator 1, com todas as médias em zona de conforto.

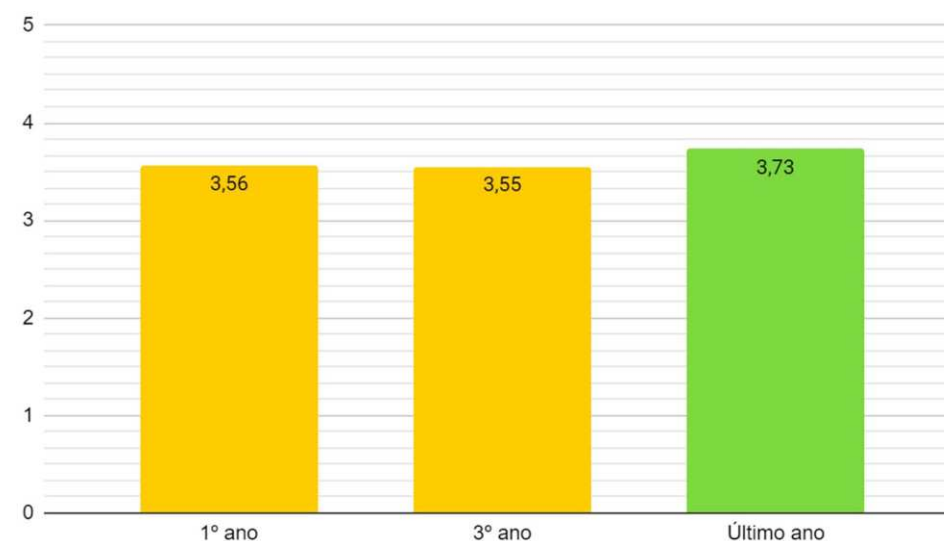
Figura 3. Gráfico do perfil geral atitudinal das assertivas que compõem o Fator 1.



Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

O Fator 2, “Identidade profissional”, investiga as percepções dos estudantes em relação à autonomia profissional, objetivos clínicos de cada profissão e atitudes negativas para a aprendizagem interprofissional. Foi o fator que apresentou a menor média (3,54), mostrando-se em *zona de alerta* e estatisticamente diferente em relação aos Fatores 1 e 3 ($p > 0,001$).

Figura 4. Gráfico das médias por ano da escala RIPLS relativa ao Fator 2.

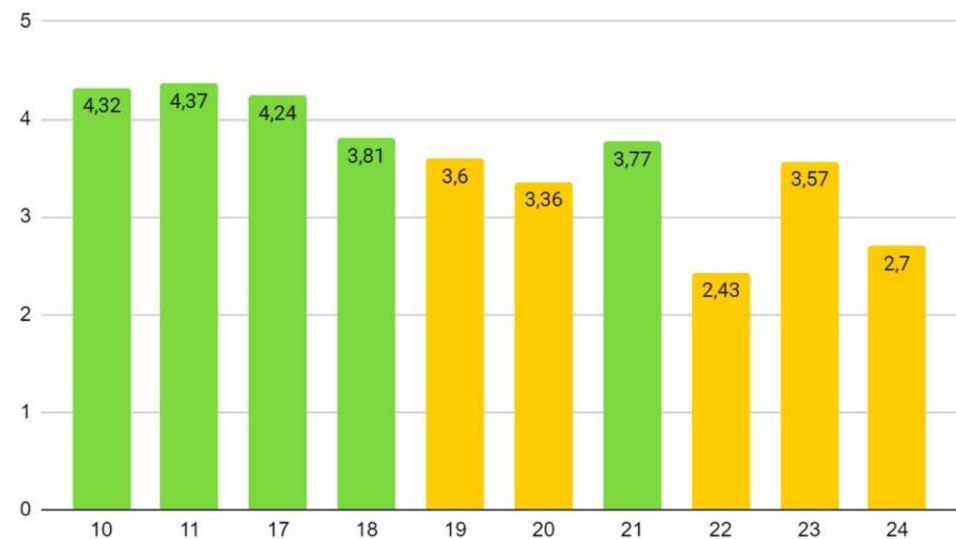


Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

Os resultados apontam para situação de alerta no primeiro e terceiro anos e conforto no último ano. Nota-se uma evolução estatisticamente significativa do primeiro (média de 3,56) para o último ano (média de 3,73) de vivência da EIP.

A média geral para cada uma das questões desse Fator é apresentada na Figura 5, notando-se oscilação entre as assertivas, com algumas em *zona de conforto* e outras em *zona de alerta*.

Figura 5. Gráfico do perfil geral atitudinal das assertivas que compõem o Fator 2.

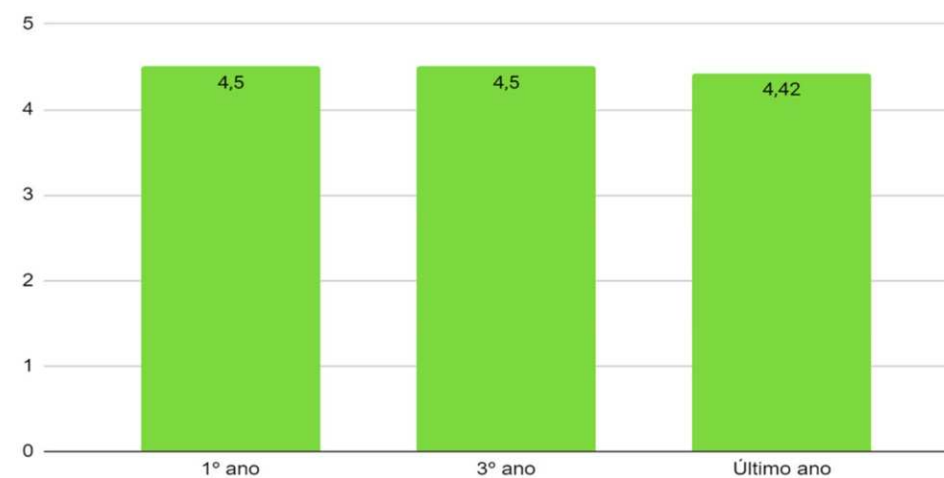


Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

As assertivas em zona de alerta apontam a percepção da necessidade de adquirir muitos mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde (A19) e de chegar a um diagnóstico como a principal função do seu papel profissional (objetivo clínico) (A23). Mostram-se também inseguros em relação à capacidade de usar frequentemente o seu próprio julgamento no seu papel profissional (autonomia profissional) (A22). O mesmo ocorre em relação às percepções da sobreposição entre seu futuro papel profissional e o de outros profissionais de saúde (A20) e da responsabilidade individual no tratamento do paciente (objetivo clínico) (A24). Ressalta-se o avanço nessas percepções com o decorrer da formação.

O Fator 3, “Atenção à saúde centrada no paciente”, se refere à atitude positiva e disponibilidade do estudante para entender as necessidades na perspectiva do paciente com base em relações de confiança, compaixão e cooperação. Para todas as assertivas relacionadas com esse fator, os resultados se apresentam em *zona de conforto*, mostrando uma percepção positiva dos estudantes sobre a relevância desses tópicos na atenção à saúde centrada no paciente (Figura 6).

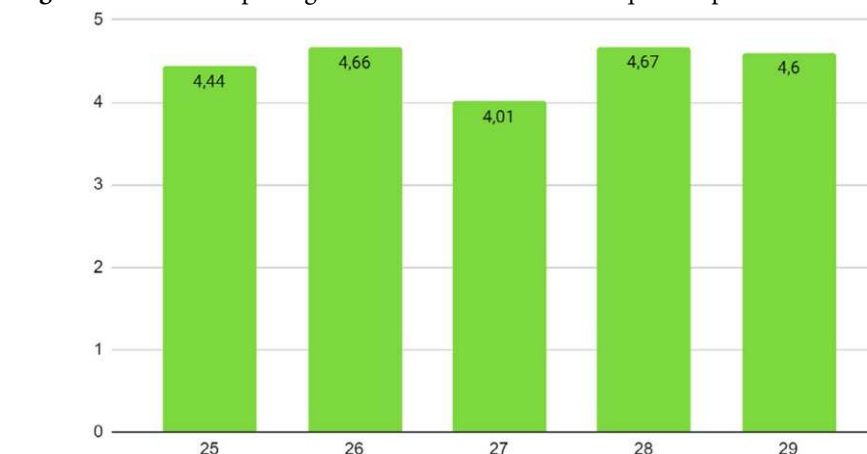
Figura 6. Gráficos das médias por ano da Escala RIPLS relativa ao Fator 3.



Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

No Fator 3, observa-se média igual para os primeiros anos (4,50), mostrando boa percepção dos estudantes desde o final do primeiro ano e mantendo-se até o terceiro. No último ano, a média foi 4,42, muito próxima à dos anos anteriores, diferença sem significado estatístico. A média geral para cada uma das questões que compõem o Fator 3 encontra-se na Figura 7.

Figura 7. Gráfico do perfil geral atitudinal das assertivas que compõem o Fator 3.



Fonte: elaborado pelas autoras (2021).

Esses resultados vão ao encontro do que mostra a literatura. McFadyen et al. (2010), em uma avaliação controlada longitudinalmente, reuniram dados de experiência de educação interprofissional de dois estudos envolvendo mais de quinhentos alunos, concluindo que, por um período de quatro anos, a EIP ajudou a produzir e manter diversas atitudes positivas.

Pollard e Miers (2008) comentam sobre a mudança nas atitudes e percepções dos alunos de graduação em relação à EIP, realizado a partir de um desenho longitudinal controlado com 469 alunos do grupo de intervenção e 250 alunos do grupo de comparação. Os resultados mostram que houve melhoras nas atitudes no que diz respeito às relações profissionais dos estudantes.

Aguilar-da-Silva, Scapin e Batista (2011) avaliaram as percepções dos estudantes de diferentes cursos da saúde de uma faculdade de ciências da saúde no Brasil, no decorrer das atividades propostas por um programa integrador, e utilizaram a RIPLS para avaliar os resultados, que revelaram a positividade da formação interprofissional em saúde no que se refere à colaboração e ao trabalho em equipe.

Peduzzi (2001) ressalta que o fato de o estudante respeitar e conhecer a atuação do outro pode fortalecer seu próprio reconhecimento como parte integrante de uma equipe. Quanto ao aprendizado da autonomia profissional, a autora enfatiza que ele se dá a partir da identidade profissional, quando cada profissional consegue tomar decisões usando habilidades profissionais específicas, no alcance de um objetivo comum (Peduzzi, 2008).

Rossit, Batista e Batista (2013), avaliando a percepção de egressos após dois anos do término da graduação dos cursos de educação física, fisioterapia, psicologia, nutrição e terapia ocupacional, relatam que, diante das assertivas, os egressos têm atitudes e prontidão semelhantes entre si e concluíram que 84% dos egressos mostraram-se satisfeitos com a formação adquirida, apontando contribuições da formação no desenvolvimento das competências colaborativas para o trabalho em equipe e a integralidade no cuidado.

Para Costa (2016), a consolidação da educação interprofissional e da formação ainda depende de legislações e políticas destinadas aos processos de aprendizagem e educação em saúde, valorização da formação profissional pelos serviços de saúde, construção de parcerias entre os envolvidos no processo de

aprendizagem, formação adequada de docentes, aprimoramento da comunicação interprofissional e utilização de metodologias ativas de ensino.

Nesse contexto, Reeves (2016) ressalta que o desenvolvimento da EIP deve estar ligado ao desejo de aperfeiçoar o atendimento ao paciente ou a prestação de serviços por meio do trabalho em equipe e da melhoria da colaboração interprofissional.

Considerações finais

Pode-se considerar que a pesquisa apresentada conseguiu avaliar as percepções dos alunos sobre a vivência da educação interprofissional em diferentes momentos formativos, no início, meio e final da graduação.

Os resultados demonstram como positiva a experiência de educação interprofissional vivenciada pelos estudantes dessa universidade pública, nos fatores 1 e 3 da escala RIPLS, em todas as assertivas.

No Fator 1, já no final do primeiro ano, observa-se *zona de conforto* quanto a atitudes positivas e disponibilidade para aprendizado compartilhado, trabalho em equipe, colaboração, confiança e respeito em relação a estudantes de outras áreas profissionais, e a pontuação se mantém crescente nos demais anos. Nesse contexto, observa-se significativo aumento da percepção em relação ao tempo de experiência.

Os resultados indicam também uma boa percepção dos estudantes sobre a importância da atenção à saúde centrada no paciente (Fator 3), de estabelecer um vínculo de confiança, de ter atitude positiva e disponibilidade para entender as necessidades na perspectiva do paciente com base nesse vínculo e em compaixão e cooperação, além de estar atento à sua situação, indicando um tratamento correto.

As atitudes em relação à identidade e autonomia profissional (Fator 2), componentes competitivos, objetivos clínicos de cada profissão e atitudes negativas para aprendizagem interprofissional apresentou-se em *zona de alerta*, significando uma percepção que pode e deve ser aprimorada a respeito da autonomia profissional, competência que continua a ser desenvolvida no decorrer da vida profissional.

Foi possível detectar que a proposta de oferecer aos estudantes de graduação uma vivência compartilhada e o desenvolvimento de competências colaborativas os ajuda a se formarem como profissionais da área de saúde mais conscientes sobre suas responsabilidades e cientes de seu verdadeiro papel.

Na pesquisa ficou evidente a eficácia do processo proposto na graduação, indicando prontidão para a educação interprofissional, com disponibilidade para o aprendizado compartilhado, trabalho em equipe, colaboração, confiança e respeito em relação a estudantes de outras áreas profissionais.

Enfim, entendemos que concretizar a proposta de educação interprofissional significa assumir uma nova organização curricular, que venha privilegiar as discussões e as vivências conjuntas das diferentes profissões envolvidas no cuidado em saúde.

Referências

- Aguilar-Da-Silva, R. H., Scapin, L. T. & Batista, N. A. (2011) Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*, 16(1), pp. 165-82.
- Barr, H. (1998). Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education, *Journal of Interprofessional Care*, 12(2), pp. 181-187.
- Batista, N. A. (2012). Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, 2, pp. 25-28, Recuperado em 21 de julho, 2021 http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf.
- Batista, N. A., Rossit, R. A. S., Batista, S. H. S. S., Silva, C. C. B., Uchôa-Figueiredo, L. R., & Poletto, P. R. (2018). Educação interprofissional na formação em saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, *campus Baixada Santista*, Santos, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl.2), pp. 1705-1715.
- Brasil. (2017). *Resolução nº 569, publicada em 8 de dezembro de 2017*, Diário Oficial da União, Brasília, DF: Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS).
- Brasil. (2018). *Resolução nº 38, publicada em 26 de fevereiro de 2018*, Diário Oficial da União, Brasília, DF. Seção 1, pp. 85-90.
- Costa, M. V. (2016). A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 197-198.
- Costa, M. V., Patrício, K. P., Câmara, A. M. C. S., Azevedo, G. D., & Batista, S. H. S. S. (2015). Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, 19(suppl.1), pp. 709-720.
- McFadyen, A. K., Webster, V. S, Maclaren, W. M., & O’neill, M. A. (2010). Interprofessional attitudes and perceptions: results from a longitudinal controlled trial of pre-registration health and social care students in Scotland. *Journal of Interprofessional Care*, 24(5), pp. 549-564.
- Oliveira, C. M., Batista, N. A., Batista, S. H. S. S. & Uchôa-Figueiredo, L. R. (2016). A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(59), pp. 1005-1014.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS. Recuperado em 10 de junho, 2021, https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3019:marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa&Itemid=844
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, 35(1), pp. 103-109.
- Peduzzi, M. (2008). Trabalho em equipe. In I.B. Pereira, & J.C. Lima (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, pp. 418-426.
- Peduzzi, M., Norman, I., Coster, S., & Meireles, E. (2015). Adaptação transcultural e validação da *Readiness for Interprofessional Learning Scale* no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(n.esp.2), pp. 7-15.
- Pollard, K. C., & Miers, M. E. (2008). From students to professionals: Results of a longitudinal study of attitudes to pre-qualifying collaborative learning and working in health and social care in the United Kingdom. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4), pp. 399-416.
- Reeves, S. (2016). Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 185-196.
- Rossit, R. A. S., Batista, S. H. S. S., Batista, N. A. (2013). Formação interprofissional em saúde: percepção de egressos de cursos de graduação da Unifesp-Baixada Santista. In Anais Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências (Enpec), Rio de Janeiro: Nutes-UFRJ, 9(10).
- Rossit, R. A. S., Batista, S. H. S. S., Batista, N. A. (2014). Formação para a integralidade do cuidado: potencialidades de um projeto interprofissional. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 3(1), pp. 55-56.
- Universidade Federal de São Paulo. (2006). *Projeto Político Pedagógico - A educação*

interprofissional na formação em saúde: a competência para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado. Santos: Unifesp, *campus* Baixada Santista. Recuperado em 25 fev. 2016, <http://www.unifesp.br/campus/san7/todas-noticias/415-projeto-politico-pedagogico-do-campus-baixada-santista-e-citado-no-relatorio-final-da-global-ipe>.

Universidade Federal de São Paulo. (2019). *Projeto Político Pedagógico*. Santos: Unifesp, *campus* Baixada Santista.

Williams, L., Marks, L., Barnhart, R., & Epps, S. (2011). Icf-Cy: basis for a conceptual model for interprofessional education. In *Annual Asha Convention*, San Diego.

17 INSTRUMENTOS QUANTITATIVOS DE AVALIAÇÃO DE EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE: descrição e análise

Cristiano Gil Regis¹
Nildo Alves Batista²

Introdução

A adoção da educação interprofissional (EIP) nos currículos e em iniciativas de formação na graduação, pós-graduação e educação continuada/permanente nas últimas décadas tem estimulado a melhoria dos processos avaliativos dessas experiências.

A avaliação da EIP, como atividade empírica realizada de forma sistemática, prática e oportuna, é necessária para demonstrar os efeitos e benefícios da formação interprofissional e contribuir com a melhoria das iniciativas de EIP por meio de recomendações baseadas em seus achados (Freeth et al., 2005; Reeves et al., 2015).

A multiplicidade de abordagens e métodos empregados – qualitativos, quantitativos e mistos – para a avaliação de EIP demonstra a variedade de possibilidades para sua realização e a complexidade da área em si.

Instrumentos quantitativos como questionários e escalas têm sido amplamente utilizados em todo o mundo. Vasta literatura científica descreve sua elaboração e utilização, que inclui estudos controlados randomizados, estudos longitudinais e estudos transversais, com aplicação geralmente antes e depois da experiência de EIP (Reeves et al., 2015).

O predomínio do uso de tais instrumentos em estudos transversais e para avaliar iniciativas de curta duração é criticado por estudiosos, que ainda apontam

¹ Universidade Federal do Acre - Centro Multidisciplinar Cruzeiro do Sul, Cruzeiro do Sul - AC, e-mail: cristiano.regis@ufac.br

² Universidade Federal de São Paulo - CEDESS - campus São Paulo, SP. Instituto Saúde Sociedade - campus Baixada Santista, Santos - SP-Brasil, e-mail: nbatista@unifesp.br

o baixo financiamento, a pouca participação de todos os atores envolvidos nas iniciativas e a dificuldade de realizar estudos sobre os efeitos da EIP nas organizações de saúde e na saúde da população como desafios da avaliação a superar.

Em pesquisa realizada entre 2014 e 2018 para desenvolvimento de tese de doutorado, elaboramos e validamos um instrumento para avaliação de atitudes de estudantes de graduação em relação à EIP. Como parte desse processo, buscamos na literatura científica outros instrumentos já validados e elaborados com rigor metodológico que direcionassem nosso olhar para as tendências e as lacunas da avaliação de EIP utilizando instrumentos quantitativos.

Neste capítulo em que trazemos parte da referida tese, buscamos descrever as características de instrumentos de avaliação de educação interprofissional na graduação em saúde presentes na literatura científica e analisar os aspectos que eles se propõem a avaliar.

A busca por instrumentos na literatura científica

Realizamos uma revisão sistematizada para mapear instrumentos de avaliação de experiências interprofissionais com estudantes de graduação. Em revisões sistematizadas, utilizam-se métodos claros e explícitos de busca e de tratamento dos dados tal como nas revisões sistemáticas. Entretanto, não se aplicam os procedimentos de meta-análise e metassíntese para análise de dados. Seus resultados costumam compor a base para um estudo mais amplo, como uma dissertação ou tese (Grant & Booth, 2009).

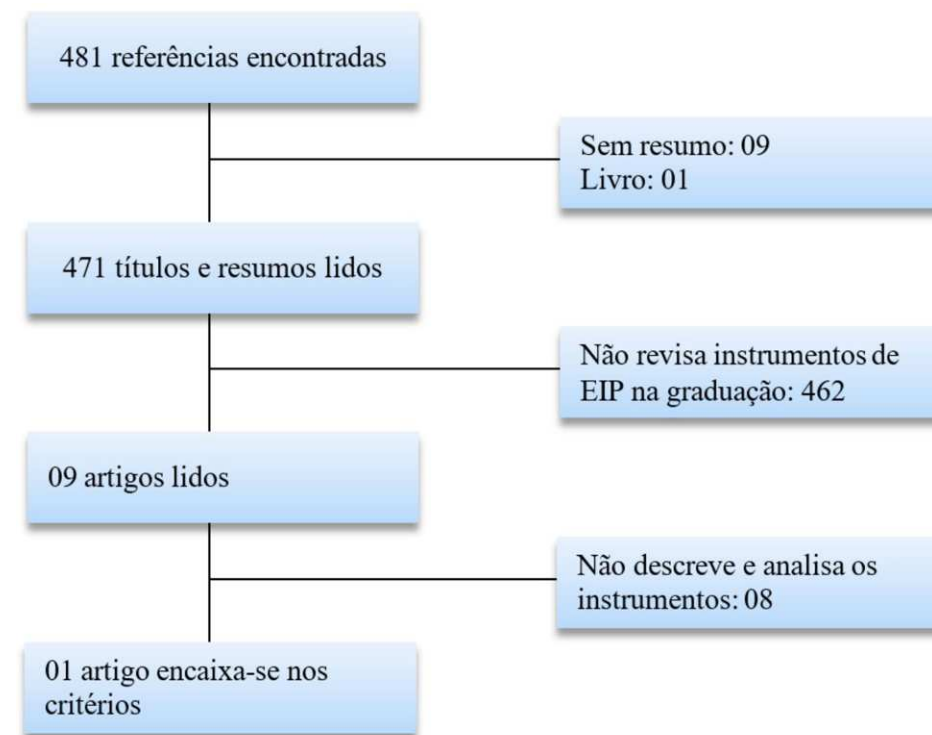
Optamos por buscar apenas estudos de revisão em vez de estudos originais com o intuito de utilizar o conhecimento já produzido na área, evitando repetição do trabalho realizado por outros pesquisadores. As bases de dados acessadas foram as seguintes: Medline via PubMed; Lilacs, Ibecs, BDENF e Cochrane via Portal da Pesquisa BVS; Web of Science – Coleção Principal e ScienceDirect via periódicos Capes e SciELO e Eric via internet.

Utilizamos o termo livre “*interprofessional education*” para busca e aplicamos os filtros “*review*” nas bases Medline e “*Web of Science*” e “*overview*”, “*síntese de evidências*” e “*revisão sistemática*” no Portal da Pesquisa BVS. Não foram estabelecidos limites de língua e ano de publicação.

Os critérios de inclusão empregados foram os seguintes: a) ser artigo de revisão de literatura publicado em revista científica e avaliado por pares; b) ter resumo e texto completo disponíveis; c) ter como objeto de investigação os instrumentos de avaliação de EIP com estudantes de graduação; d) explicitar os métodos utilizados para coleta e análise dos dados; e) apresentar dados de identificação dos instrumentos que permitam que eles sejam encontrados; f) descrever e analisar os instrumentos.

Das 481 referências, apenas uma atendeu os critérios de inclusão, conforme detalha a Figura 1. O resultado de nossa busca foi o estudo de revisão de Oates e Davidson publicado na revista *Medical Education* no ano de 2015 sob título *A critical appraisal of instruments to measure outcomes of interprofessional education*. Nesse artigo, nove instrumentos são descritos e analisados quanto às suas características qualitativas e quantitativas com base em padrões internacionalmente aceitos.

Figura 1. Fluxograma das etapas e dos resultados ao longo da busca.



Fonte: elaboração nossa (2021).

O estudo nos direcionou aos artigos originais que descrevem os processos de construção e de validação dos nove instrumentos. Nos artigos, constam, além dos métodos utilizados, o contexto de construção dos instrumentos, a base conceitual utilizada e as informações da versão final dos instrumentos: tipo, dimensões avaliadas e itens.

Os nove instrumentos encontrados de avaliação de EIP na graduação em saúde e suas características

Uma leitura minuciosa dos artigos foi realizada para compreendermos os processos de elaboração dos instrumentos, desde sua concepção até a validação. Um quadro-síntese foi construído para identificação das semelhanças e diferenças entre as etapas seguidas e posterior descrição dos métodos empregados nos instrumentos.

Os nove instrumentos presentes na revisão de Oates e Davidson (2015) e utilizados por nós nesta pesquisa são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Instrumentos de avaliação de EIP com estudantes de graduação, sua autoria e anos de publicação.

Sigla	Título original	Título em português (tradução nossa)	Autoria	Ano
ASL	<i>Attitudes to Shared Learning</i>	Escala de Atitudes em relação à Aprendizagem Compartilhada	Forman e Nyatanga	2001
GRPQ	<i>Generic Role Perception Questionnaire</i>	Questionário de Percepção de Papéis	Mackay	2004
ICAR	<i>Interprofessional Collaborator Assessment Rubric</i>	Rubrica de Avaliação do Colaborador Interprofissional	Curran, Hollett, Casimiro, Mccarthy, Banfield, Hall, Lackie, Oandasan, Simmons e Wagner	2011
IEPS	<i>Interdisciplinary Education Perception Scale</i>	Escala de Percepção sobre a Educação Interdisciplinar	Luecht, Madsen, Taugher e Petterson	1990
ISVS	<i>Interprofessional Socialization and Valuing Scale</i>	Escala de Socialização e Valorização Interprofissional	King, Shaw, Orchard e Miller	2010

KidSIM Attitudes	<i>KidSIM Attitudes Towards Teamwork in Training Undergoing Designed Educational Simulation</i>	KidSIM Atitudes em relação ao Trabalho em Equipe no Treinamento Educacional com Simulação	Sigalet, Donnon e Grant	2012
RIPLS	<i>Readiness for Interprofessional Learning Scale</i>	Escala de Prontidão para o Aprendizado Interprofissional	Parsell e Bligh	1999
StudDATA	<i>StudDATA Questionnaire</i>	Questionário StuDATA	Almås e Ødegård	2010
UWEIPQ	<i>University of the West of England Interprofessional Questionnaire</i>	Questionário Interprofissional da Universidade do Oeste da Inglaterra	Pollard, Miers e Gilchrist	2005

Fonte: elaboração nossa (2020).

Dentre os instrumentos analisados, há um predomínio de escalas tipo Likert e uma variação de quantidade de itens por instrumento entre 16 e 31. Apenas a ICAR, que é uma rubrica, tem quantidade de itens discrepante dos demais: 60 itens (Quadro 2).

Quadro 2. Tipo, quantidade de itens e quantidade de opções de resposta dos instrumentos de avaliação de EIP com estudantes de graduação.

Instrumento	Tipo	Nº de fatores	Nº de itens	Nº de opções de resposta
ASL	Escala tipo Likert	-	60	4
GRPQ	Escala analógica visual 1-10	7	20	-
ICAR	Rubrica	6	31	5
IEPS	Escala tipo Likert	4	18	6
ISVS	Escala tipo Likert	3	24	7
KidSIM Attitudes	Escala tipo Likert	5	30	5
RIPLS	Escala tipo Likert	3	19	5
StudDATA	Escala tipo Likert	3	16	6
UWEIPQ	Escala tipo Likert	4	19	4 e 5

Fonte: elaboração nossa (2020).

Especificamente sobre as sete escalas tipo Likert analisadas, a quantidade de opções de resposta também variou. Em três delas (ISVS, Kidsim Attitudes e

RIPLS), a opção de resposta neutra, indiferente ou “não concordo nem discordo” está presente, configurando número ímpar de opções de resposta. Em outras três (ASL, IEPS e StudDATA), há número par de possibilidades de resposta, não havendo, portanto, possibilidade da/do respondente não se posicionar frente ao item. O instrumento UWEIPQ é misto em relação a essa questão. Alguns itens possuem cinco opções de resposta e outros possuem quatro. Essas informações também estão no Quadro 2.

Apesar de não haver uniformidade nos métodos utilizados na elaboração e validação, pudemos perceber etapas comuns a todos os instrumentos: (1) definição de dimensões a avaliar, (2) elaboração dos itens e da versão preliminar do instrumento, (3) validação qualitativa, (4) aplicação do instrumento a uma amostra de estudantes e (5) validação estatística. Essas etapas estão descritas no Quadro 3.

Quadro 3. Processo de elaboração e validação dos instrumentos de avaliação de EIP com estudantes de graduação.

Etapas	ASL	GRPQ	IEPS	ICAR	ISVS	Kid SIM	RIPLS	Stud DATA	UWE IPQ
1. Definição de dimensões a avaliar									
A partir da experiência dos pesquisadores	✓				✓				
A partir da literatura científica	✓		✓	✓			✓		
Não declarado		✓				✓		✓	✓
2. Elaboração dos itens e da versão preliminar do instrumento									
A partir da experiência dos pesquisadores	✓		✓	✓	✓		✓		
A partir da literatura científica					✓	✓	✓		
Com apoio de colaboradores convidados		✓					✓		
Utilizando técnica específica		✓		✓					
Não declarado								✓	✓

3. Validação qualitativa									
Realizada por especialistas			✓	✓	✓	✓	✓		
Realizada por estudantes	✓	✓		✓					
Utilizando técnicas específicas				✓					
Não declarado								✓	✓
4. Aplicação do instrumento a uma amostra de estudantes									
Pré-teste			✓						
Aplicação	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Não realizado				✓					
5. Validação estatística									
Alfa de Cronbach	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓
Análise de componentes principais com rotação ortogonal varimax			✓		✓	✓	✓	✓	
Análise de variância (ANOVA)						✓		✓	
Análise fatorial		✓	✓		✓				✓
Coefficiente de correlação zero-order Pearson					✓				
Cohen d							✓		
Score z			✓						✓
Média e desvio padrão							✓		✓
Medida Kaiser-Meyer-Olkin						✓			
Regressão linear múltipla			✓						
Teste de Pearson		✓							
Teste H de Kruskal-Wallis									✓
Teste t							✓		✓
Teste U de Mann-Whitney									✓

Fonte: elaboração nossa (2020).

A etapa 1 consiste na definição das dimensões a serem avaliadas pelo instrumento. A escolha ocorreu unicamente pela experiência dos autores, como no caso do ISVS, ou foi resultado de um aprofundamento da literatura científica para identificação de tendências, lacunas e necessidades de avaliação, como na ICAR, na IEPS e na RIPLS. Todavia, os autores do ASL percorreram ambos os caminhos, iniciando com um movimento intencional e depois aprofundando a definição das dimensões a partir da literatura.

Definidas as dimensões de avaliação, os autores passaram para a elaboração dos itens e da versão preliminar do instrumento, que denominamos etapa 2. Os itens do ASL, da ICAR, da IEPS, da ISVS e da RIPLS foram elaborados a partir da experiência das/dos autoras/autores, enquanto os do StudDATA se basearam nos itens de outras escalas existentes na literatura. Os itens da ISVS e da RIPLS foram escritos nessas duas perspectivas e a RIPLS ainda teve a contribuição de especialistas convidados. No GRPQ e na ICAR foram utilizadas técnicas específicas para a elaboração dos itens: *repertory grid technique* e *typological analysis technique*, respectivamente.

Trabalho em equipe (TE) é a dimensão mais avaliada, encontrada em cinco fatores. Aspectos como conforto e habilidade para trabalhar em equipe, valorização do TE e funcionalidade da equipe são avaliados por ICAR, ISVS e RIPLS. A EIP é avaliada em três fatores quanto à sua importância e seu valor (KidSIM Attitude) e quanto à abertura para vivenciar a interprofissionalidade (StudDATA). ASL e UWEIPQ avaliam em três fatores a aprendizagem compartilhada. Especificamente o ASL ressalta benefícios, armadilhas e problemas curriculares que envolvem a aprendizagem compartilhada.

Papéis e responsabilidades, colaboração e comunicação são dimensões avaliadas em três fatores cada. ICAR avalia as três dimensões, o KidSIM Attitude avalia papéis e responsabilidades e comunicação e o RIPLS avalia papéis e responsabilidades e colaboração. Comunicação é avaliada em UWEIPQ, e StudDATA também se atém à colaboração.

A dimensão cooperação aparece em dois fatores do IEPS, enquanto a interação interprofissional é enfocada em um fator no UWEIPQ e a interação com usuárias/usuários em um fator no GRPQ.

São dimensões que nomeiam apenas um fator: atenção centrada na pessoa e na família, características do modo de trabalho, consciência situacional,

liderança, interdependência, relacionamento interprofissional, rapport com usuários e colegas de trabalho, compreensão do valor e da contribuição dos outros membros da equipe, gerenciamento de conflitos, competência profissional, autonomia, identidade profissional, imagem profissional, *status* profissional e importância da simulação como estratégia de ensino-aprendizagem.

A validação qualitativa (etapa 3) da IEPS, da ISVS, da KidSIM e da RIPLS foi realizada por especialistas convidados a analisar os itens e as escalas como um todo, além de sugerir mudanças de acordo com sua experiência. O ASL e o GRPQ foram validados qualitativamente por estudantes e a ICAR por ambos, utilizando o método Delphi.

O desfecho da etapa 3 é a definição da versão final do instrumento para uma primeira aplicação a estudantes de graduação em saúde. Com exceção do ICAR, todos os instrumentos passaram pela etapa 4. GRPQ foi aplicado a uma amostra de 43 estudantes, IEPS a 143, ISVS a 124, KidSIM Attitudes a 196 e RIPLS a 120 estudantes. StudDATA e UWEIPQ foram aplicados a amostras de número superior aos demais: 619 e 948, respectivamente. Não há informações do tamanho da amostra utilizada pelo ASL.

A etapa 5, última descrita nos artigos analisados, consiste na aplicação de métodos estatísticos para validação dos instrumentos. Com exceção do ICAR que não passou pela etapa 4, todos os artigos descrevem, com diferentes níveis de aprofundamento, como esse processo ocorreu.

Todos os instrumentos utilizaram alfa de Cronbach para avaliar a consistência interna dos instrumentos. Para identificar as estruturas latentes dos instrumentos, GRPQ, IEPS, ISVS e UWEIPQ realizaram análise fatorial. IEPS, ISVS, KidSIM, RIPLS e StudDATA realizaram ainda análise de componentes principais com rotação ortogonal varimax.

Nos instrumentos, os itens são agrupados em fatores ou subescalas de acordo com as dimensões que se propõem a avaliar. O agrupamento se dá de forma intencional, anteriormente à elaboração dos itens (etapa 1) ou posteriormente com o uso de técnicas estatísticas (etapa 5). Em conjunto, os nove instrumentos somam um total de 237 itens que estão distribuídos em 37 fatores. Alguns fatores, mesmo em diferentes instrumentos, reúnem itens da mesma dimensão de avaliação.

Após conhecer as características e os processos de elaboração e de validação dos instrumentos de acordo com as informações fornecidas nos artigos,

realizamos uma leitura de cada item individualmente e dos conjuntos de itens agrupados em fatores no intuito de analisar o estilo/fraseologia dos itens e a relação existente entre eles para os agrupamentos.

Percebemos, *a priori*, pouca congruência entre os fatores e os itens neles agrupados, ou seja, a existência de itens que não nos parecia dizer respeito aos fatores a eles atribuídos. Essa percepção de que as dimensões definidas pelos autores não refletiam plenamente as possibilidades de avaliação dos instrumentos e de que alguns itens não se encaixavam nas dimensões das quais faziam parte, motivou-nos a realizar uma análise de conteúdo deles.

Análise de conteúdo dos itens dos nove instrumentos de avaliação de EIP encontrados na graduação em saúde

Os itens dos instrumentos foram submetidos à análise de conteúdo, modalidade temática, a partir do referencial de Bardin (1977), com o intuito de compreendermos melhor os construtos avaliados pelos instrumentos. As etapas seguidas foram: a) pré-análise, b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise realizamos uma leitura flutuante durante a exploração inicial do material, momento de uma primeira aproximação com os artigos e verificação da disponibilidade de todos os itens que foram, em seguida, extraídos e organizados em um quadro sinótico.

Na segunda etapa, como explica Bardin (1977), técnicas de codificação foram aplicadas ao *corpus*. Os instrumentos analisados neste estudo são compostos por itens agrupados em fatores. Podemos dizer, *grosso modo*, que os instrumentos objetivam a mensuração de um construto, e este está subdividido em dimensões. Cada uma dessas dimensões é um fator e agrega itens relacionados a ela. Os itens compartilham características em comum, que os definem como pertencentes àquele fator.

Nesta análise consideramos que os itens são as unidades de registro (UR) por entendermos que correspondem à operacionalização completa de um atributo do construto. Consideramos ainda que os fatores dos instrumentos são as unidades de contexto (UC), pois agrupam as UR (itens) em um mesmo contexto de significado. Conforme já mencionado, os nove instrumentos juntos

compreendem um total de 37 fatores, portanto consideramos 37 UC. O total de 237 itens dos instrumentos corresponde às 237 UR que analisamos.

A categorização, segundo Bardin (1977), é um processo de reunir elementos (no caso da análise de conteúdo, as UR) com características comuns em classes sob um nome genérico. Na análise temática, o agrupamento acontece em nível semântico e resulta em categorias.

As quatro categorias e subcategorias resultantes da análise são apresentadas no Quadro 4, a seguir.

Quadro 4. Categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdo dos itens.

<p>Potencial da educação interprofissional no preparo para o trabalho em equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prontidão/disponibilidade/motivação para a educação interprofissional • Importância da aprendizagem compartilhada no preparo para o trabalho em equipe • Melhoria da formação
<p>Impacto da prática interprofissional colaborativa na atenção à saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prontidão/disponibilidade/motivação para o trabalho em equipe • Importância/resultados da prática interprofissional
<p>Exercício do trabalho em equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habilidade para o trabalho em equipe • Habilidade para o trabalho uniprofissional • Colaboração na equipe • Papéis e responsabilidades na equipe • Exercício da liderança na equipe • Comunicação no trabalho em equipe • Cooperação entre membros da equipe • Relacionamento interpessoal
<p>Conhecimento, imagem e interação das categorias profissionais na equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento e respeito às categorias profissionais • Imagem profissional • Estereótipos profissionais no trabalho em equipe • Hierarquização das profissões

Fonte: elaboração nossa (2020).

Essas categorias representam, para nós, quatro dimensões da EIP que os nove instrumentos em conjunto se propõem a avaliar. Cada categoria tem subcategorias que a detalham e explicam, totalizando 17.

A primeira categoria é composta por três subcategorias e reflete o reconhecimento do potencial da EIP como estratégia de formação para o TE. Nela,

a primeira subcategoria “Prontidão/disponibilidade/motivação para a aprendizagem compartilhada” representa a necessidade de avaliar o quanto os estudantes estão disponíveis e motivados para participar de momentos de aprendizagem compartilhada.

Nos instrumentos analisados, a utilização da aprendizagem compartilhada como momento privilegiado de formação aparece em vários itens culminando na subcategoria “Importância da aprendizagem compartilhada no preparo para o trabalho em equipe”. Os instrumentos pretendem avaliar a aprendizagem compartilhada como geradora de clareza de papéis e responsabilidades, de entendimento de limites das categorias profissionais, de superação de estereótipos, de melhoria do relacionamento entre as profissões e de mudanças nas atitudes em relação ao TE. Pretendem avaliá-la ainda enquanto momento para os estudantes desenvolverem colaboração, raciocínio clínico para solução de problemas de usuários, habilidades para prestar um cuidado baseado na integralidade e habilidades de comunicação entre os membros de uma equipe e deles com usuários.

A subcategoria “melhoria da formação” expressa o interesse de avaliar se os estudantes acreditam que suas trajetórias formativas melhoraram com a introdução da EIP.

A segunda categoria, “Impacto da prática interprofissional colaborativa na atenção à saúde”, aborda a interferência direta da colaboração na prática em saúde, contribuindo principalmente para a melhoria dos resultados de saúde de indivíduos, famílias e coletividades.

A subcategoria “Prontidão/disponibilidade/motivação para o trabalho em equipe” aparece novamente por meio de itens que buscam avaliar a prontidão dos estudantes para trabalhar nessa perspectiva. Já a subcategoria “Importância/resultados da prática interprofissional” emergiu daqueles que objetivam avaliar a importância da prática interprofissional e seus resultados. Os itens se propõem a avaliar a ênfase dada pela equipe ao cuidado integral; o grau de envolvimento dos usuários e de suas famílias na atenção prestada e nas decisões tomadas pela equipe; se a equipe comunga do mesmo entendimento sobre o plano terapêutico traçado, garantindo a eficiência do tratamento; como realizam o aprimoramento dos membros da equipe durante o trabalho.

A terceira categoria, “Exercício do trabalho em equipe”, reúne aspectos importantes do TE aprendidos nas vivências durante experiências de EIP, como

comunicação, liderança, cooperação e relacionamento interpessoal. No Quadro 4, suas oito subcategorias são apresentadas.

Os instrumentos se propõem a avaliar se os estudantes assumem uma abordagem holística no cotidiano do trabalho, se estão dispostos a envolver indivíduos e familiares no cuidado e na tomada de decisão e se se sentem pertencentes a uma equipe. Esses elementos culminaram na subcategoria “Habilidade para o trabalho em equipe”. Em termos de “Habilidade para o trabalho uniprofissional”, os instrumentos consideram a confiança e a horizontalidade estabelecida no relacionamento entre membros de uma mesma profissão na equipe.

A colaboração é um conceito-chave da interprofissionalidade e está presente tanto na EIP quanto no TE. Os instrumentos abordam a percepção sobre a necessidade de colaboração e a colaboração no relacionamento entre os membros da equipe e deles com usuários.

O aprendizado sobre papéis e responsabilidades da própria e das demais profissões é avaliado nos instrumentos. A subcategoria “Papéis e responsabilidades na equipe” reflete o interesse de verificar se os estudantes compreendem de forma mais clara os papéis e as responsabilidades das profissões que integram a equipe, se contribuem ativamente com o entendimento dos demais sobre suas profissões e se assumiram novos papéis e responsabilidades frente às necessidades.

Nessa subcategoria, os instrumentos ainda avaliam como os diferentes papéis e responsabilidades das profissões influenciam na hierarquia da equipe e se uma melhor compreensão sobre eles altera a hierarquização.

A subcategoria “Exercício da liderança na equipe” representa a necessidade de avaliar o papel do líder estimulando comunicação e compartilhamento de informações entre os membros da equipe e utilizando estratégias de gerenciamento de conflitos e de melhoria da funcionalidade dela.

Nesse contexto, o exercício da liderança compreende não apenas o papel de líderes de delegar responsabilidades, mas também a abertura dos demais membros da equipe para aceitá-las e serem cobrados por elas. Compreende também a hierarquia estabelecida entre líderes e não líderes da equipe.

A avaliação do aprendizado da comunicação e da percepção de seu uso na equipe está retratada na subcategoria “Comunicação no trabalho em equipe”. Os instrumentos avaliam a importância da comunicação para o exercício do TE

e para a segurança dos usuários, bem como a importância de estabelecer um diálogo franco e aberto entre os membros da equipe. Características desejáveis da comunicação também são ressaltadas, assim como a necessidade do uso de estratégias comunicacionais e de adequá-la às diferentes situações e indivíduos.

Ainda sobre a comunicação, os instrumentos buscam avaliar se os estudantes participam ativamente das conversas da equipe, se conseguem se comunicar efetivamente com membros de diferentes profissões e níveis hierárquicos. Propõem ainda avaliar se expressam ideias e opiniões mesmo que contrárias à maioria dos membros da equipe. Além da habilidade de expressar-se, a habilidade de ouvir é considerada.

A subcategoria “Cooperação entre membros da equipe” emerge dos itens que versam sobre o reconhecimento da interdependência entre as categorias profissionais e sobre o compartilhamento de informações e de atividades realizadas.

O último aspecto da categoria é o relacionamento entre profissionais de áreas diferentes dentro da equipe e a interação deles com usuários. A empatia também é um elemento importante, devido ao seu papel nas relações humanas.

A última categoria que emergiu da análise de conteúdo dos instrumentos, “Conhecimento, imagem e interação das categorias profissionais na equipe”, reflete a intenção de avaliar a interação entre as profissões dentro de uma equipe, que sofre influência do que cada pessoa sabe, sente e projeta da própria e das outras profissões. No Quadro 4 apresentamos as subcategorias e o detalhamento dessa categoria.

Como primeira subcategoria, “Conhecimento e respeito às categorias profissionais” emergiu dos itens que visam à avaliação do conhecimento existente sobre as profissões antes da aprendizagem compartilhada e sua mudança durante e após o momento formativo. Nos instrumentos analisados, o conhecimento do outro está intimamente relacionado ao respeito ao outro.

A subcategoria “Imagem profissional” representa características construídas ao longo da evolução da profissão e da trajetória dos profissionais. Assim, a vivência pessoal e profissional é constituinte da imagem profissional, bem como o profissionalismo, a competência e a autonomia no trabalho. Essas características reverberam na sociedade em termos de respeito e admiração em relação às categorias profissionais.

“Estereótipos profissionais no trabalho em equipe” aparecem recorrentemente nos itens analisados de forma a gerar mais uma subcategoria. Os estereótipos que estudantes guardam em relação às suas e às demais profissões podem ser avaliados por si e quanto à influência sobre as relações hierárquicas dentro da equipe e sobre o relacionamento interprofissional.

Por fim, os instrumentos buscam avaliar a “Hierarquização das profissões”. Nessa subcategoria, um elemento salientado é o *status* profissional na equipe, que guarda ampla relação com a imagem profissional e estereótipos criados socialmente. Portanto, uma maior clareza de papéis e responsabilidades contribui com um melhor entendimento sobre o espaço que cada pessoa ocupa na equipe e, por conseguinte, interfere na hierarquização.

Os aprendizados oriundos desta pesquisa

A análise dos processos de construção e validação dos instrumentos e de seus itens possibilitou-nos alguns aprendizados sobre a avaliação de EIP por instrumentos. Os principais aprendizados são os seguintes:

- a) na avaliação de experiências interprofissionais direcionadas a estudantes de graduação da área da saúde, escalas tipo Likert são as mais utilizadas na literatura internacional;
- b) a quantidade de itens utilizada nos instrumentos está entre 16 e 31;
- c) a quantidade de opções de resposta varia entre os instrumentos, sendo a opção de resposta neutra ou indiferente utilizada aproximadamente pela metade dos instrumentos analisados;
- d) os processos de elaboração e validação dos instrumentos apresentam etapas comuns:
 - etapa 1: definição de dimensões a avaliar;
 - etapa 2: elaboração dos itens e da versão preliminar do instrumento;
 - etapa 3: validação qualitativa;
 - etapa 4: aplicação do instrumento a uma amostra de estudantes;
 - etapa 5: validação estatística;
- e) a definição das dimensões e a elaboração dos itens são feitas a partir da literatura científica e, principalmente, a partir da experiência dos autores;

f) os itens são agrupados em fatores ou subescalas de acordo com as dimensões que se propõem a avaliar. Esse agrupamento se dá intencionalmente pelos autores anteriormente à elaboração dos itens (etapa 1) ou posteriormente com o uso de técnicas estatísticas (etapa 5);

g) presença de 237 itens distribuídos em 37 dimensões, configurando reincidência de alguns e escassez de outros, de acordo com o instrumento analisado;

h) pouca congruência entre as dimensões e os itens nelas agrupados em alguns instrumentos causada pela fragilidade teórico-conceitual;

i) reagrupamento dos itens, após a análise de conteúdo, em 17 aspectos avaliativos, agrupados em quatro dimensões:

- potencial da educação interprofissional no preparo para o trabalho em equipe;
- impacto da prática interprofissional colaborativa na atenção à saúde;
- exercício do trabalho em equipe;
- conhecimento, imagem e interação das categorias profissionais na equipe;

j) TE é o aspecto mais avaliado, seguido de papéis e responsabilidades, colaboração e comunicação;

k) outros aspectos avaliados compreendem a colaboração, a cooperação, a interação interprofissional e a interação com usuários;

l) aspectos avaliados apenas uma vez no total de instrumentos: atenção centrada na pessoa e na família, características do modo de trabalho, consciência situacional, liderança, interdependência, relacionamento interprofissional, *rapport* com usuários e colegas de trabalho, compreensão do valor e da contribuição dos outros membros da equipe, gerenciamento de conflitos, competência profissional, autonomia, identidade profissional, imagem profissional, *status* profissional e importância da simulação como estratégia de ensino-aprendizagem;

m) escassez de itens relacionados com as dimensões do processo educativo envolvendo a EIP como estratégia de formação;

n) apesar de desenvolvidos para estudantes de graduação, os instrumentos pedem que os respondentes se posicionem frente a itens relacionados à prática profissional, como se eles já vivenciassem de forma plena o contexto do trabalho.

Esperamos que esses aprendizados possam contribuir para a compreensão de instrumentos existentes, a elaboração de novos e a avaliação de EIP no contexto da graduação em saúde.

Referências

- Almås, S. H., & Ødegård, A. (2010). Impact of professional cultures on students' perceptions of interprofessionalism: some norwegian experiences. *Journal of Allied Health*, 39(3), pp. 143-149.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Curran, V. et al. (2011). Development and validation of the interprofessional collaborator assessment rubric (ICAR). *Journal of Interprofessional Care*, 25(5), pp. 339-344.
- Forman, D., & Nyatanga, L. (2001). The process of developing a research questionnaire to measure attitudes to shared learning. *Medical Teacher*, 23(6), pp. 595-598.
- Freeth, D. et al. (2005). *Evaluating interprofessional education: a self-help guide*. London: Higher Education Academy Health Sciences and Practice Network.
- Grant, M., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), pp. 91-108.
- King, G. et al. (2010). The interprofessional socialization and valuing scale: a tool for evaluating the shift toward collaborative care approaches in health care settings. *Work*, 35(1), pp. 77-85.
- Luecht, R. et al. (1990). Assessing professional perceptions: design and validation of an Interdisciplinary Education Perception Scale. *Journal of Allied Health*, 19(2), pp. 181-191.
- Mackay, S. (2004). The role perception questionnaire (RPQ): a tool for assessing undergraduate students' perceptions of the role of other professions. *Journal of Interprofessional Care*, 18(3), pp. 289-302.
- Oates, M., & Davidson, M. (2015). A critical appraisal of instruments to measure outcomes of interprofessional education. *Medical Education*, 49(4), pp. 386-398.
- Parsell, G., & Bligh, J. (1999). The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Medical Education*,

33(2), pp. 95-100.

Pollard, K., Miers, M. E., & Gilchrist, M. (2005). Second year scepticism: pre-qualifying health and social care students' midpoint self-assessment, attitudes and perceptions concerning interprofessional learning and working. *Journal of Interprofessional Care*, 19(3), pp. 251-68.

Reeves, S. et al. (2015). Interprofessional education and practice guide no. 3: evaluating interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 29(4), pp. 305-312.

Sigalet, E.; Donnon, T.; Grant, V. (2012). Undergraduate students' perceptions of and attitudes toward a simulation-based interprofessional curriculum: the KidSIM Attitudes Questionnaire. *Simulation in Healthcare*, 7(6), pp. 353-358.

18

AVALIAÇÃO DO TRABALHO DE EQUIPE E DA PRÁTICA INTERPROFISSIONAL COLABORATIVA NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: construção de um instrumento

Ivanete Pereira da Silva¹
Nildo Alves Batista²

Introdução

No Brasil, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990, enfatizou-se a importância da integralidade no cuidado, ancorada em princípios que assegurem práticas de saúde voltadas aos direitos humanos e rompendo com um modelo centrado na doença. Isso tem desafiado os profissionais de saúde a desenvolver um modelo de atenção que atenda às diferentes necessidades do indivíduo, dando grande destaque ao trabalho de equipe.

A integralidade é entendida como um conjunto de elementos que buscam respostas para as necessidades de saúde que não se restringem à prevenção, à correção e à recuperação de distúrbios morfológicos ou funcionais do organismo (Ayres, 2009).

Peduzzi e colaboradores (2020, p. 1), explicam que o trabalho de equipe “constitui uma das formas de trabalho interprofissional com práticas colaborativas”. O trabalho de equipe é entendido como o encontro de diferentes profissões de saúde que articulam ações com objetivos comuns e identidades compartilhadas, trabalhando de maneira próxima, integrada e interdependente com potencial para ofertar serviços de qualidade para a soluções em saúde, além de contribuir na melhoria da satisfação no cotidiano dos profissionais que compõem as equipes (Peduzzi et al., 2020; Reeves et al., 2010).

¹ Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE) - São Paulo - SP. e-mail: iva9silva@gmail.com

² Universidade Federal de São Paulo - CEDESS - campus São Paulo, SP. Instituto Saúde Sociedade - campus Baixada Santista, Santos - SP-Brasil, e-mail: nbatista@unifesp.br

Nesse contexto, a atenção à saúde mental é uma área historicamente desafiadora pois apresenta necessidades complexas e problemas sociais interrelacionados que requerem respostas para além daquelas apresentadas pela medicina (Kinnair et al., 2014).

A Reforma Psiquiátrica brasileira direcionou novos caminhos para essa área, na qual o indivíduo passou a ser visto como sujeito em sofrimento psíquico e o modelo de atendimento passou a ser centrado em equipamentos que propiciam contato e acolhimento em substituição às internações de longa permanência e estruturas asilares.

Essa nova estrutura, formada por centros de atenção psicossocial (Caps) e pelas unidades de acolhimento (UAs), constitui a Rede de Atenção Psicossocial (Raps). A Raps tem por finalidade a ampliação e a articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Os Caps são equipamentos estratégicos, abertos e comunitários, de referência e tratamento para pessoas que sofrem de transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor da vida, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, evitando assim a internação em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2010).

Entre as principais diretrizes dessa atenção destacam-se o respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas, e a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde e o combate aos estigmas e aos preconceitos (Brasil, 2011).

Na atenção à saúde mental recomenda-se que o atendimento seja efetuado por equipe em todos os níveis de assistência, atuando na perspectiva de realização de diversas tarefas, bem como estabelecendo a interlocução com áreas como educação, assistência social e justiça, entre outras, efetivando, assim, ações intersetoriais (Bandeira & Soares, 1996).

Esse trabalho de equipe é fundamental para o desenvolvimento de uma prática interprofissional colaborativa (PIC). Entendemos a colaboração como uma

parceria contínua entre duas ou mais profissões que trabalham em conjunto na busca da resolução de problemas ou prestação de serviços, e pode ser individual, em equipe e organizacional (Barr et al., 2005; Ødegård, 2006)

O exercício da PIC permite que o conhecimento e as competências dos diferentes prestadores de cuidado em saúde, de maneira compartilhada, possam influenciar no atendimento ao paciente, sendo reconhecida como uma das soluções mais promissoras nas respostas às necessidades de saúde da população (Way et al., 2000; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2010).

Isso demanda a prática do interprofissionalismo, entendido como uma nova lógica de atuação dos profissionais de saúde, e da interprofissionalidade, como resposta às práticas de saúde fragmentadas. Como explicam D'Amour and Oandasan (2005), a interprofissionalidade possibilita o desenvolvimento de uma atuação coesa entre os profissionais das diferentes áreas nas quais desenvolvem ações capazes de proporcionar respostas integradas às necessidades de saúde do paciente/família/comunidade.

Tradicionalmente, são reconhecidos os benefícios do tratamento com uma equipe que reúne profissionais de diferentes áreas na atenção à saúde mental. Entretanto, poucos estudos são direcionados com o objetivo de mostrar as evidências da educação interprofissional (EIP) como estratégia de educação permanente com vistas à prática interprofissional colaborativa (Priest et al., 2008).

Avaliação do trabalho de equipe e da prática colaborativa na atenção à saúde mental

Mesmo com o reconhecimento do trabalho de equipe e da prática colaborativa na atenção à saúde mental e do avanço da educação interprofissional como estratégia de promoção de práticas interprofissionais, com otimização nos cuidados ao paciente, observa-se pouca variedade de instrumentos para avaliá-los. Tomizawa, Yamano e Osako apontavam, em 2014, que essa escassez se mostrava ainda mais acentuada ao constatarem ausência de instrumentos para avaliar o trabalho em equipe interprofissional em contextos de saúde mental em todo o mundo.

A escala atitudinal é o instrumento mais adotado em todos os países para avaliar experiências de educação e práticas interprofissionais. Escalas são instrumentos

construídos com o propósito de possibilitar o estudo de opiniões e atitudes de maneira precisa e mensurável, implicando “transformar fatos que habitualmente são vistos como qualitativos em fatos quantitativos” (Gil, 2014, p. 137).

A escala é um instrumento capaz de gerar respostas em números para fatos de natureza qualitativa e seu objetivo é permitir que os respondentes indiquem a tendência e a intensidade de comportamento referente ao objeto pesquisado (Cohen et al., 2000).

Originalmente, a escala de Likert tem seu nome devido à publicação de um relatório explicando seu uso por Rensis Likert em 1921. É uma escala não comparativa, do tipo itemizada, proposta com cinco categorias de respostas, variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente” e exigindo que os participantes indicassem um grau de concordância ou de discordância com cada uma das várias afirmações relacionadas ao objeto de estímulo (Malhotra, 2006).

Concepções de trabalho de equipe, integralidade no cuidado e prática colaborativa dos profissionais de nível superior são exploradas em diferentes escalas, conforme o Quadro 1.

Quadro 1. Escalas analisadas na dimensão “Concepções de trabalho de equipe, integralidade no cuidado e prática colaborativa dos profissionais”.

Escala	Dimensões
QFI-22 (FICAPAL-CUSÍ, BOADA-GRAU; TORRENT-SELLENS, 2014)	Planejamento/organização do trabalho; comunicação interna; gestão de conflitos; parceria/cooperação entre os membros
AITCS (ORCHARD; KING; KHALILI, 2012)	Coordenação/liderança da equipe; parceria/cooperação entre os membros; tomada de decisões compartilhada
TCI (SILVA; PEDUZZI; SANGALETI, 2016)	Visão (participação de equipe)
PINCON-Q (ØDEGÅRD; STRYPE, 2009)	Comunicação interna; coordenação/liderança da equipe
RIPLS (PEDUZZI; NORMAN, 2012)	Protagonismo das profissões na equipe/identidade profissional
GRPQ (MACKAY, 2004)	Protagonismo das profissões na equipe/identidade profissional
ATHCT (HEINEMANN; SCHMITT; FARREL 1999)	Protagonismo das profissões na equipe/identidade profissional; qualidade do cuidado prestado

Fonte: elaborado pela autora a partir das fontes indicadas no próprio quadro (2020).

O Quadro 2 mostra aspectos analisados no tocante ao conhecimento e utilização da EIP como estratégia de educação permanente de profissionais de nível superior.

Quadro 2. Escalas analisadas na dimensão “Conhecimento e utilização da EIP como estratégia de educação permanente dos profissionais de nível superior”.

Escala	Dimensões
ISVS (King; Shaw; Orchard, 2010)	Habilidades para trabalhar com o outro; valor no trabalho com o outro; conforto com o trabalho com o outro
IEPS (Luecht; Madsen; Taugher, 1990)	Valor no trabalho com o outro; necessidade percebida de cooperação; percepção da cooperação
TCI (SILVA; PEDUZZI; SANGALETI, 2016)	Prontidão para inovação
QFI-22 (FICAPAL-CUSÍ, BOADA-GRAU; TORRENT-SELLENS, 2014)	Prontidão para inovação
RIPLS (PEDUZZI; NORMAN, 2012)	Prontidão para aprendizagem interprofissional
PINCON-Q (ØDEGÅRD; STRYPE, 2009)	Comunicação interna; coordenação/liderança da equipe

Fonte: elaborado pela autora a partir das fontes indicadas no próprio quadro (2020).

Existe o reconhecimento da importância e dos esforços de avaliação dos resultados das iniciativas da EIP em diferentes contextos. Entretanto, apesar da existência de uma variedade de instrumentos, observa-se que poucos foram utilizados em mais de uma ocasião e especificamente na saúde mental. Como dito anteriormente, até novembro de 2014 a literatura especializada apontava a ausência de instrumentos para avaliar a qualidade do trabalho de equipe interprofissional na atenção à saúde mental (Gillan et al., 2011; Tomizawa et al., 2014).

Construindo uma escala nacional

Para avaliar as concepções de trabalho de equipe, integralidade no cuidado e prática interprofissional colaborativa nos centros de atenção psicossocial,

construímos e validamos uma escala atitudinal tipo Likert, como etapa de uma pesquisa de tese de doutorado defendida e aprovada no Programa Interdisciplinar em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo (Silva, 2017).

A escala foi construída a partir de duas dimensões: 1ª – Concepções de trabalho de equipe, integralidade no cuidado e prática colaborativa dos profissionais de nível superior dos CAPS; 2ª – Conhecimento e utilização da EIP como estratégia de educação permanente dos profissionais de nível superior dos Caps.

Para a construção e a escolha das assertivas que compõem cada uma das dimensões partiu-se de uma revisão da literatura nacional e internacional e analisaram-se os diferentes instrumentos descritos anteriormente. Elaboramos inicialmente quinze itens para a primeira dimensão e onze para a segunda.

No formato final da versão preliminar do instrumento os itens foram randomizados. A escala preliminar, contando com 26 assertivas contemplando ambas as dimensões, foi submetida à validação de conteúdo feita a partir de duas análises: análise dos juízes ou comitê de especialistas e análise semântica.

O foco da análise dos juízes foi avaliar o instrumento em sua totalidade, determinando sua abrangência, ou seja, se todas as dimensões da pesquisa foram contempladas nas assertivas propostas, e sua clareza, ou seja, se foram redigidos de forma compreensível e expressando-se adequadamente, a fim de avaliar sem gerar duplo entendimento (Rubio et al., 2003; Grant & Davis, 1997).

A literatura especializada apresenta controvérsia sobre o número ideal de juízes para participar desse comitê: alguns autores defendem mínimo de cinco e máximo de dez pessoas, outros sugerem entre seis e vinte e ainda há outros que colocam como ideal entre três e cinco (Lynn, 1986; Hernandez-Nieto, 2002).

Além do aspecto quantitativo, Alexandre e Coluci (2011, p. 3064) recomendam: “deve-se levar em consideração a experiência e a qualificação dos membros desse comitê”. Nesse sentido, Grant e Davis (1997) e Davis (1992) destacam como aspectos relevantes pesquisa e publicação sobre o tema, e profundo conhecimento da estrutura conceitual envolvida e dos aportes metodológicos sobre a construção de questionários e escalas. Rubio, Berg-Weger e Tebb (2003) e Tilden, Nelson e May (1990) sugerem também a inclusão de pessoas com características da população de estudo, que podem contribuir para a correção de frases e termos que não estão muito claros.

Ancorados nesses referenciais, convidamos cinco especialistas para essa etapa da validação da escala: duas professoras/pesquisadoras de uma universidade pública federal e duas professoras/pesquisadoras de uma universidade pública estadual, todas elas com vasta experiência, conhecimento e publicações na estrutura conceitual deste estudo, além de uma profissional que atua em um Caps de município não participante do estudo e com experiência prévia em EIP.

A escala preliminar com as 26 assertivas, após submissão à apreciação dos juízes, passou por adequações na redação final e redução de um item, já que apresentava similaridade de duas assertivas com o mesmo objetivo.

Posteriormente, a escala composta por 25 assertivas foi submetida à análise semântica com uma população meta constituída por quatro profissionais: dois médicos, uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga que trabalham na área da saúde mental em equipamentos e municípios não contemplados neste estudo. Pasquali (2009, p. 181) recomenda que essa população seja constituída por uma amostra variada, para garantir a chamada “validade aparente” do teste. As sugestões de aperfeiçoamento das assertivas após a análise foram acatadas na elaboração final da escala.

Para a análise da validade das assertivas e da confiabilidade da escala, o instrumento com 25 assertivas foi aplicado, presencialmente, a 152 profissionais de nível superior (de um total de aproximadamente 211) de 24 Caps, em sete (dos nove) municípios da Região Metropolitana da Baixada Santista (RMBS), das equipes de atenção à saúde mental das seguintes profissões: psicólogo (32%), assistente social (19%), enfermeiro (17%), médico (11%), terapeuta ocupacional (10%), farmacêutico (6%), fonoaudiólogo (3%), educador físico (1%) e psicopedagogo (1%).

Finalizada a aplicação da escala, os dados foram submetidos à análise estatística quanto à validade de cada assertiva e à confiabilidade do instrumento. Essa análise permitiu assegurar mínima dispersão de respostas entre os respondentes em relação à escala atitudinal proposta, mostrando que existia consistência entre a baixa pontuação na assertiva e a baixa pontuação total no instrumento e vice-versa. Essa análise foi realizada empregando os recursos estatísticos do cálculo do coeficiente de correlação linear (r) a partir

da fórmula a seguir, em que (x) refere-se à resposta do respondente na assertiva em análise, (y) refere-se à pontuação total do respondente no instrumento e (N) ao número total de respondentes.

Figura 1. Fórmula de cálculo do coeficiente de correlação linear.

$$r = \frac{\sum xy - \frac{(\sum x)(\sum y)}{N}}{\sqrt{\left[\sum x^2 - \frac{(\sum x)^2}{N}\right] \left[\sum y^2 - \frac{(\sum y)^2}{N}\right]}}$$

Fonte: Richardson (1999).

O valor de (r) foi calculado para todas as assertivas na simulação da primeira administração, visando à sua depuração com a eliminação das assertivas com correlação linear inferior a 0,30. Na sequência, o valor de (r) foi calculado novamente, no que se denomina segunda administração, levando em consideração apenas as assertivas validadas na primeira administração, envolvendo todos os instrumentos respondidos. Caso alguma assertiva ainda apresentasse correlação linear inferior a 0,20, deveria ser eliminada do cômputo final de pontos por respondente. Associou-se à escala atitudinal de concordância total, concordância, discordância e discordância total uma escala numérica de intervalo constante que, no caso, foi de 4, 3, 2, 1 ou 1, 2, 3, 4, dependendo do fato de a assertiva ser favorável ou desfavorável, visando possibilitar a aplicação de estatística paramétrica, cálculo das médias e coeficientes de correlação linear (r).

Uma vez eliminadas as assertivas não validadas, foi realizada uma nova administração com as demais assertivas e suas médias foram recalculadas. Essa metodologia prevê como aceitável para critério de validação uma perda (não validação) de 30% a 40% das assertivas. Nesta pesquisa a perda foi de cinco assertivas, o que configura um percentual de 20%.

Para a análise de confiabilidade considerou-se que a forma mais direta seria aplicá-lo a um grupo de pessoas, esperar um período de tempo e então

reaplicá-lo ao mesmo grupo. O coeficiente de correlação envolvendo o total de pontos por respondente entre a primeira e a segunda aplicação é conhecido como coeficiente de confiabilidade e o procedimento utilizado foi o método do teste-reteste (Schmidt, 1975).

Neste estudo foi utilizado o método de *split-half* (divisão ao meio), conforme descrito por Stevenson (1986) e Ritz (2000), que consiste em aplicar o instrumento ao grupo uma só vez e computar, para cada respondente, a soma dos pontos das assertivas ímpares e, separadamente, a soma dos pontos das assertivas pares, simulando, portanto, duas aplicações do instrumento. Procedeu-se, a seguir, ao cálculo do coeficiente de correlação linear entre os valores mencionados, envolvendo todas as pessoas do grupo pesquisado. Na sequência, calculou-se o coeficiente de confiabilidade do instrumento por meio da fórmula de Spearman-Brown (Schmidt, 1975), objetivando conhecer a porcentagem do tempo em que o mesmo grupo responderia da mesma forma ao instrumento, sendo o critério de aceitação um mínimo de 80%, equivalendo a R igual ou maior do que 0,80.

O coeficiente de confiabilidade final (R) foi calculado pela fórmula de Spearman-Brown, como segue:

Figura 2. Fórmula de Spearman-Brown.

$$R = \frac{2r_{XY}}{1 + r_{XY}}$$

Fonte: Lord, Novick & Birnbaum (1968); Woodbury (1963).

O teste de confiabilidade foi de 0,84, mostrando que o instrumento foi bem concebido e com densidade estatística.

A escala final

Segue a escala final, randomizada, validada e testada quanto à sua confiabilidade.

ASSERTIVAS	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
1 - Tenho conhecimento do conceito da educação interprofissional para o preparo para o trabalho em equipe.				
2 - Na equipe em que atuo, o papel da liderança é claro e bem definido.				
3 - A equipe em que atuo se reúne para construir o projeto terapêutico singular de cada novo usuário.				
4 - Na equipe em que atuo existe a troca de informações e conhecimentos entre os membros.				
5 - O trabalho em equipe na assistência à saúde mental propicia um cuidado mais integral ao usuário do serviço.				
6 - Habilidades de comunicação têm sido aprendidas junto com outros profissionais da área da saúde numa perspectiva de equipe.				
7 - O trabalho que desenvolvemos neste Caps possibilita a integração entre as diferentes profissões que compõem a equipe de saúde mental.				
8 - No cotidiano do nosso trabalho em equipe neste Caps, confiamos uns nos outros.				
9 - Neste Caps, cada profissional da equipe ensina os demais colegas, assim como aprende com eles.				
10 - Na nossa equipe, a liderança é exercida de forma compartilhada.				
11 - Sinto-me inibido para expor as minhas ideias na equipe em que atuo.				
12 - A educação interprofissional possibilita o desenvolvimento de uma série de competências comuns que podem ser praticadas por qualquer um dos profissionais que compõem a equipe.				
13 - Realizamos periodicamente avaliações coletivas de nosso trabalho como equipe de atenção à saúde mental dos usuários que nos procuram.				
14 - Ações de cuidado e de atenção psicossocial realizadas pela equipe contribuem para o melhor desempenho dos usuários nas atividades cotidianas.				
15 - Neste Caps, a educação permanente dos profissionais ocorre por meio da atualização direcionada a cada uma das áreas profissionais que compõem a equipe.				
16 - Nesta equipe, discutimos abertamente as diferenças de pontos de vista dos profissionais que a compõem.				

ASSERTIVAS	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente
17 - O trabalho que realizo nesta equipe é respeitado pelos colegas das outras profissões.				
18 - Quando existem conflitos (entre profissionais ou em relação a procedimentos a serem realizados), estes são gerenciados pelos integrantes da equipe.				
19 - Profissionais que trabalham em equipe têm uma visão mais abrangente no cuidado ao usuário.				
20 - As estratégias de educação permanente implementadas nesta equipe de saúde mental contribuíram para o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe.				
21 - Na minha equipe, os profissionais trabalham auxiliando os médicos.				
22 - Como membros de uma equipe, estamos abertos a críticas e sugestões a respeito de nossa atuação.				
23 - Eu me sinto confortável em dar continuidade ao atendimento ao usuário que outro profissional da equipe começou.				
24 - Competências para resolução de problemas relativos ao usuário devem ser aprendidas e compartilhadas com colegas da minha especialidade profissional.				
25 - Nas equipes deste Caps, o médico assume a centralidade da liderança no cuidado ao usuário.				

Fonte: Silva (2017).

Essa escala foi construída privilegiando a articulação com dimensões que a literatura já reconhece como importantes para avaliar a interprofissionalidade e a prática colaborativa de uma equipe. Estamos cientes de que esse instrumento avalia um determinado construto, especificamente a saúde mental nos centros de atenção psicossocial da Região Metropolitana da Baixada Santista. Esperamos, no entanto, que essa escala possa ser utilizada em outros cenários de atenção à saúde mental ou modificada para outras equipes de saúde.

Referências

- Alexandre, N. M., & Coluci, M. Z. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), pp. 3061-3068.
- Ayres, J. R. (2009). Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde & Sociedade*, 18(2), pp. 11-23.
- Bandeira, M., & Soares, N. L. (1996). Desinstitucionalização: estão os profissionais de saúde mental bem informados? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(3), pp. 159-65
- Barr, H., Koppel, I. & Reeves S., Hammick, M., Freeth, D. (2005). *Effective interprofessional education: argument, assumption and evidence*. Oxford: Blackwell Publishing/Caipe.
- Brasil. (2010). *Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011). *Portaria GM/MS nº 3088*, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Biblioteca Virtual em Saúde. Recuperado em 25 de julho, 2020, http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2000). *Research methods in education*. London: Routledge Falmer.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: getting the most from a panel of experts. *Appl Nurs Res.*, 5(4), p. 194-197.
- D'amour, D., & Oandasan, I. F. (2005). Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *Journal of Interprofessional Care*, London, 19(supl.1), pp. 8-20.
- Ficapal-Cusí, P., Boada-Grau, J., & Torrent-Sellens, J. (2014). Spanish adaptation of the internal functioning of the Work Teams Scale (QFI-22). *Psicothema*, 26(2), pp. 273-278. Recuperado em dezembro, 2015, <http://www.psicothema.com/pdf/4189.pdf>.
- Gil, A. C. (2014). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Gillan, C., Lovrics, E., & Halpern, E. et al., (2011). The evaluation of learner outcomes in interprofessional continuing education: a literature review and an analysis of survey instruments. *Medical Teacher*, 33(9), pp. 461-470.
- Grant, J. S., Davis, L. L. (1997). Selection and use content experts for instrument development. *Res Nurs Health.*, 20(3), pp. 269-274.
- Heinemann, G. D., Schmitt, M. H., & Farrel, M. P. et al. (1999). Development of an attitude towards health care team scale. *Eval Health Prof*, v.22, n.1, pp.123-142. Recuperado em jan, 2016, <https://nexusipe.org/informing/resource-center/athct-attitudes-toward-health-care-teams-scale>.
- Hernandez-Nieto, R. A. (2002). *Contributions to statistical analysis: The coefficients of proportional variance, content validity and Kappa*. Mérida: BookSurge.
- King, G., Shaw L., & Orchard, C.A. et al. (2010). The interprofessional socialization and valuing scale: a tool for evaluating the shift toward collaborative care approaches in health care settings. *Work*, 35(1), pp. 77-85.
- Kinnair, D., Anderson, E., & Van Diepen, H. et al. (2014). Interprofessional education in mental health services: learning together for better team working. *Advances in psychiatric treatment*, 20(1), pp. 61-68.
- Lord, F.M., Novick, M.R., & Birnbaum, A. (1968). *Statistical theories of mental test scores*. Addison-Wesley.
- Luecht, R., Madsen, M., & Taugher, M. et al. (1990). Assessing professional perceptions: design and validation of an Interdisciplinary Education Perception Scale. *Journal of Allied Health*, 19(2), pp. 181-191.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nurs Res.*, 35(6), pp. 382-385.
- Mackay, S. (2004). The role perception questionnaire (RPQ): A tool for assessing undergraduate student's perceptions of the role of other professions. *Journal of Interprofessional Care*, 18(3), pp. 289-302.
- Malhotra, N. K. (2006). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. Porto Alegre: Artmed.
- Ødegård, A. (2006). Exploring perceptions of interprofessional collaboration in child mental health care. *Int J Integr Care*, 6(25).

- Ødegård, A., & Strype, J. (2009). Perceptions of interprofessional collaboration within child mental health care in Norway. *Journal of Interprofessional Care*, 23(3), pp. 286-296.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS. Recuperado em 10 de junho, 2021, https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3019:marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa&Itemid=844
- Orchard, C. A., King, G. A., & Khalili, H. et al. (2012). Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): development and testing of the instrument. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(1), pp.58-67. Recuperado em 10 de dezembro, 2021, <https://nexusipe.org/informing/resource-center/assessment-interprofessional-team-collaboration-scale>.
- Pasquali, L. (2009). Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In L. Pasquali. *Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas*. Porto Alegre: Artmed, pp. 165-198.
- Peduzzi, M., & Norman, I. J. (2012). *Validação da versão adaptada do questionário de medida da disponibilidade para aprendizagem interprofissional e identidade profissional de estudantes da saúde*. Recuperado em dezembro, 2021 <http://www.bv.fapesp.br/pt/auxilios/45894/validacao-da-versao-adaptado-do-questionario-de-medida-da-disponibilidade-para-aprendizagem-interpro/>.
- Peduzzi, M., Agreli, H. L. F., Silva, J. A., Souza, M. & Souza, H. S. (2020). Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(supl.1). e00024678.
- Priest, H. M., Roberts, P., & Dent, H. et al. (2008). Interprofessional education and working in mental health: in search of the evidence base. *J Nurs Manag.*, 16(4), pp. 474-85.
- Reeves, S., Simon, L., & Espin, S. et al. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Chichester: Blackwell-Wiley.
- Richardson, R.J. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, pp.265-274
- Ritz, M. C. (2000). *Qualidade de vida no trabalho: construindo, medindo e validando uma pesquisa*. Instituto de Matemática, Estatística e Computação Científica (IMECC), Unicamp, Campinas.
- Rubio, D. M., Berg-Weger, M., & Tebb, S. S. et al. (2003). Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res.*, 27(2), pp. 94-104.
- Schmidt, M. J. (1975). *Understanding and using statistics basic concepts*. Massachusetts: D.C. Heath.
- Silva, I. P. (2017). *A educação interprofissional na formação e aprimoramento das equipes dos Caps*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de São Paulo, *campus Baixada Santista*. Santos.
- Silva, M. C., Peduzzi, M., Sangaleti, C. T., Silva, D., Agreli, H. F., West, M. A., & Anderson, N. R. (2016). Adaptação transcultural e validação da Escala de Clima do Trabalho em Equipe. *Revista de Saúde Pública*, 50(52), pp. 1-10.
- Stevenson, W. J. (1986). *Estatística aplicada à administração*. São Paulo: Harbra.
- Tilden, V. P., Nelson, C. A., & May, B. A. (1990). Use of qualitative methods to enhance content validity. *Nurs Res.*, 39(3), pp. 172-175.
- Tomizawa, R., Yamano, M., & Osako, M. et al. (2014). The development and validation of an interprofessional scale to assess teamwork in mental health setting. *Journal of Interprofessional Care*, 28(5), pp. 485-486.
- Way, D., Jones, D., & Busing, N. (2000). *Implementation strategies: Collaboration in Primary Care – Family Doctors & Nurse Practitioners Delivering Shared Care*. Toronto: The Ontario College of Family Physicians (CA), Recuperado em fevereiro, 2020 <http://ocfp.on.ca/docs/public-policy-documents/implementation-strategies-collaboration-in-primary-care---family-doctors-nurse-practitioners-delivering-shared-care.pdf?sfvrsn=3>.
- Woodbury, M. (1963). *The stochastic model of mental testing theory and an application*. *Psychometrika*, 28, pp.391-394

19 AVALIAÇÃO DE UM CURRÍCULO INTEGRADO, INTERDISCIPLINAR E INTERPROFISSIONAL: percepção de egressos

Roniele Rodrigues de Souza¹
Rosana Ap. Salvador Rossit²

Apresentação

O presente capítulo é parte da dissertação intitulada *Educação interprofissional e a formação em saúde: análise da percepção de egressos da Universidade Federal de São Paulo – Baixada Santista (Unifesp-BS) no período de 2009 a 2015* (Souza, 2018) e apresenta os dados do núcleo direcionador “Avaliação da formação recebida na perspectiva da educação interprofissional”, que contou com a participação de 381 profissionais graduados na Unifesp-BS provenientes dos cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

Introdução

Historicamente, um movimento impactante na formação em saúde se deu com a promulgação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos da saúde que definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação dos profissionais de saúde para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação das instituições de ensino superior no Brasil.

As DCNs para os cursos da saúde dispõem de aspectos fundamentais que orientam a busca por novos caminhos e referenciais de formação profissional, com o

¹ Centro de Atenção Psicossocial - Associação Saúde da Família (ASF), São Paulo – SP- Brasil, e-mail: ronnyballet@hotmail.com

² Universidade Federal de São Paulo-Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CE-DESS), São Paulo – SP-Brasil, e-mail: rosana.rossit@unifesp.br

intuito de construir propostas curriculares que possam articular o compromisso do processo formativo com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com as necessidades de saúde da população na perspectiva da integralidade do cuidado (Batista et al., 2018).

O SUS, considerado marco histórico para o Brasil, concebido pela Lei Orgânica 8.080/90, indica mudança considerável no modo de conceber e produzir saúde e sua institucionalização aponta transformações na forma de atuar no campo da saúde (Moreira & Dias, 2015).

No âmbito das políticas educacionais, a formação em saúde é considerada uma das questões centrais relativas à transformação das práticas profissionais, por potencializar uma orientação integrada entre ensino-serviço de cunho teórico-conceitual e metodológico, a fim de favorecer intervenções capazes de desenvolver condições para o trabalho em conjunto dos profissionais, valorizando a diversidade de profissões para a composição de uma atenção que se desloque do eixo recortado, reduzido e corporativo-centrado para o eixo plural, complexo e usuário-centrado (Biscarde et al., 2014).

No contexto da formação, torna-se desafiador e necessário fomentar um ensino ancorado nos pressupostos da educação interprofissional (EIP) que possibilite espaços de aprendizado compartilhado, de forma integrada entre estudantes ou profissionais de diferentes áreas, e desenvolvimento de competências essenciais para o efetivo trabalho em equipe e práticas colaborativas (Peduzzi et al., 2013). Projetos pedagógicos ancorados na perspectiva de uma proposta de EIP têm a característica de proporcionar a reflexão da lógica tradicional em que cada prática profissional é pensada e discutida entre os profissionais de uma mesma categoria, possibilitando a abertura de caminhos para o pensar coletivo e interprofissional (Rossit et al., 2013; Barr, 1998).

A EIP é considerada uma estratégia educacional que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos de modo interativo para melhorar a colaboração e a qualidade da atenção à saúde (Reeves, 2016). Ela tem sido destacada como temática emergente no contexto atual no campo da saúde por apontar componentes para o trabalho em equipe e práticas colaborativas, além da possibilidade de reconhecimento de múltiplos cenários de aprendizagem, compreendidos nos campos da observação, ação, troca, simulação e prática em contextos reais (Rossit et al., 2013; Peduzzi et al., 2013).

No cenário brasileiro houve um avanço das experiências que fomentam o trabalho em equipe e da prática interprofissional na organização dos serviços e no cotidiano de trabalho dos profissionais, apontando acúmulo histórico significativo que constrói um contexto potente para ampliação e fortalecimento da concepção da EIP, alinhada com os princípios do SUS (Câmara et al., 2016; Peduzzi, 2016).

Para Costa (2016), esse tipo de proposta reflete em possibilidades para que as instituições interessadas na efetivação de um novo desenho curricular oportunizem aos futuros profissionais novas formas de pensar e uma nova dinâmica de produção dos serviços de saúde pautados na integralidade do cuidado.

Reeves (2016) enfatiza a necessidade de os sistemas de educação e saúde trabalharem em conjunto para coordenar as estratégias para a força de trabalho e a prestação de serviços de saúde, frente a problemas cada vez mais complexos.

A graduação em saúde, assim como em outras áreas do conhecimento, enfrenta desafios no contexto atual e futuro por evidenciar questões que envolvem a fragmentação do ensino, a dicotomia do projeto pedagógico, o biologicismo e o hospitalocentrismo com a necessidade da ressignificação dos processos ensino-aprendizagem, no sentido de romper com o modelo tradicional e aproximar as práticas formativas no contexto da comunidade (Batista, 2012).

A introdução da EIP no preparo de estudantes da saúde tem sido apontada como proposta inovadora de formação profissional no contexto brasileiro, consistindo numa oportunidade de treinamentos conjuntos para o desenvolvimento de “aprendizagens compartilhadas, ocasião nas quais duas ou mais profissões aprendem juntas com e sobre as outras” (Batista, 2012, p. 26).

Recentemente, foram publicadas as novas DCNs para o curso de graduação em medicina (Brasil, 2014) com perspectiva de fomentar conhecimentos, habilidades específicas e atitudes na formação em saúde, de modo que a formação do profissional deverá basear-se no sistema de saúde vigente no país, por meio de uma integração entre ensino-serviço-comunidade com base na atenção integral e na perspectiva do trabalho em equipe.

As DCNs de 2014 apontam o desafio de uma formação mais qualificada, voltada para a prática, a fim de abordar as pessoas sob cuidado, a família e a comunidade dentro de seu contexto socioeconômico e cultural, respeitando os

valores, hábitos e costumes, o que exige mudança na formação e, conseqüentemente, no exercício da docência (Miguel et al., 2018).

No âmbito da graduação, tem-se desenvolvido experiências de implantação de desenhos e componentes curriculares interprofissionais que têm contribuído para a reflexão e a ação crítica dos sistemas educacionais e da saúde, nos quais o “trabalho de grupos colaborativos possa conduzir à produção de conhecimentos individuais e coletivos direcionados à introdução de mudanças concretas nos espaços de trabalho institucionais”, percepção também descrita por Reeves *et al.* (2016) ao abordar o impacto sobre as atitudes, conhecimentos e habilidades mediante a EIP (Batista et al., 2018; Miguel et al., 2018, p.1772).

Uma experiência robusta tem sido executada, desde 2006, na Universidade Federal de São Paulo *campus* Baixada Santista (Unifesp-BS), que introduziu uma proposta pedagógica inovadora para os parâmetros brasileiros, ancorada no referencial teórico-conceitual e metodológico da EIP na formação em saúde e desenvolvida a partir das políticas indutoras da saúde e da educação no Brasil (Batista et al., 2018).

A proposta curricular dos cursos da saúde da Unifesp-BS assume a EIP como direcionador do projeto pedagógico institucional comprometido com o desenvolvimento de “uma proposta formativa interdisciplinar e interprofissional, rompendo com a estrutura tradicional centrada nas disciplinas e na formação específica de determinado perfil profissional” (Unifesp, 2016, p.52).

A interdisciplinaridade é vista como a “necessidade de integrar, articular, trabalhar em conjunto, sendo necessária a sua aplicação nos campos de atuação, seja durante a formação acadêmica, seja durante as ações e protagonismos da prática” (Oliveira et al., 2011).

Os cursos de saúde da Unifesp-BS têm um desenho curricular direcionado por quatro eixos de formação e módulos que integram áreas temáticas que perpassam os anos da graduação, orientando a formação de profissionais da saúde comprometidos com atuações consistentes, críticas e potencialmente transformadoras da realidade social – ênfase na EIP, interdisciplinaridade, enfoque problematizador e produção do conhecimento (Batista et al., 2018; Unifesp, 2016).

Reeves (2016) reafirma que investir no processo formativo vislumbrando a potência da EIP e a combinação de atividades de aprendizado, planejadas

para promover o desenvolvimento de competências colaborativas, pode afetar positivamente a atenção ao paciente e os resultados das práticas de saúde.

O objetivo deste estudo foi analisar a percepção dos egressos dos cursos de saúde da Unifesp – Baixada Santista no período de 2009 a 2015, em relação à formação profissional na perspectiva da educação interprofissional. Para efeito deste capítulo serão apresentados os resultados provenientes do núcleo direcionador “Avaliação da formação recebida na perspectiva da educação interprofissional”, que contou com a participação de 381 profissionais graduados na Unifesp-BS provenientes dos cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

Percurso metodológico

Realizou-se um estudo analítico-descritivo e longitudinal. Foram convidados a participar da pesquisa os 1005 egressos que atendiam aos critérios de ter concluído a graduação no período de 2009 a 2015, ter no mínimo dois anos de intervalo entre o término da graduação e a coleta de dados e apresentar experiência prática profissional na área. Desse universo de 1005 egressos, 381 (37,9%) egressos dos cursos de educação física, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional aceitaram o convite de participação e concordaram com os termos da pesquisa, que foi aprovada com o Parecer nº 1.388.191 de 13 de janeiro 2016 do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de São Paulo.

Inicialmente se utilizou o instrumento *Readiness Interprofessional Learning Scale* (RIPLS) para coleta de dados em relação à disponibilidade para o trabalho em equipe e a prática colaborativa. A versão brasileira adaptada por Peduzzi et al. (2015) é constituída por 29 assertivas e analisa três fatores: trabalho em equipe e colaboração; identidade profissional; atenção à saúde centrada no paciente. O instrumento foi hospedado em plataforma eletrônica e organizado em escala Likert de cinco pontos: concordo totalmente; concordo; nem concordo, nem discordo; discordo; discordo totalmente. Ao instrumento foi acrescido um espaço aberto para comentários adicionais e a avaliação da formação recebida na Unifesp. A ferramenta Google Forms foi utilizada para hospedar o instrumento de coleta de dados e armazenar o banco de dados.

O banco de dados bruto contendo nome, endereço pessoal, endereço eletrônico, curso e ano de conclusão de todos os egressos de 2009 a 2015 foi autorizado e liberado pela Pró-Reitoria de Graduação da Unifesp. Após a organização do banco de dados, os egressos receberam, por endereço eletrônico, a carta convite com informações e objetivos da pesquisa, contendo o *link* de acesso ao termo de consentimento livre e esclarecido. Mediante a manifestação de concordância em participar, era disponibilizado automaticamente o *link* de acesso ao instrumento RIPLS (Peduzzi et al., 2015) a ser respondido e enviado eletronicamente.

Ao responder o instrumento, além dos dados de caracterização da amostra, os participantes tinham a opção de manifestar interesse caso desejassem participar, também, da etapa de entrevista. Um banco de dados foi organizado para os egressos que concordaram em participar dessa etapa seguinte, o qual foi utilizado para o contato direto com a finalidade de agendamento dos encontros. A amostra das entrevistas foi composta progressivamente por um egresso sorteado de cada curso/ano até que se obteve o critério de saturação.

A amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual de inequívoca aplicabilidade prática, podendo, a partir de sucessivas análises paralelas à coleta de dados, nortear sua finalização. O ponto de saturação da amostra depende, indiretamente, do referencial teórico usado pelo pesquisador e do recorte do objeto e, diretamente, dos objetivos definidos para a pesquisa, do nível de profundidade a ser explorado e da homogeneidade da população estudada (Turato, 2005).

De acordo com Minayo, Deslandes e Gomes (2010), a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações, uma vez que é possível, por meio da fala, ter acesso aos dados da realidade de caráter subjetivo como ideias, crenças ou maneira de atuar.

Um roteiro semiestruturado de entrevista foi utilizado para aprofundamento dos dados obtidos com a escala RIPLS. As entrevistas foram realizadas com a utilização de um celular (Samsung) com gravador de voz, por meios presenciais ou virtuais (Skype ou WhatsApp vídeo). Após cada entrevista realizada, as falas foram transcritas na íntegra para posterior análise.

Os dados coletados na etapa de entrevista de aprofundamento foram tratados por meio da técnica de análise de conteúdo que permite descobrir o que está por trás dos conteúdos manifestos, extrapolando as aparências do que está sendo comunicado.

A análise de conteúdo agrega um conjunto de técnicas e também as separa segundo as características dos conteúdos, como a análise de avaliação ou análise representacional, a análise de expressão, a análise de enunciação e a análise temática (Minayo et al., 2010). A análise temática foi utilizada neste estudo e, como o próprio nome indica, o tema é o juízo central, que pode ser representado por uma palavra, uma frase ou um resumo.

Os passos estabelecidos para a análise temática consistiram na identificação das unidades de contexto com suas respectivas unidades de registro. Segundo Franco (2012), a unidade de contexto (UC) é a parte mais ampla do conteúdo, ou seja, o contexto do qual faz parte a mensagem que será analisada. A unidade de registro (UR) é a menor parte do conteúdo e pode incluir a palavra, o tema, o personagem e/ou o item.

Os documentos resultantes da transcrição de cada uma das 22 entrevistas foram lidos e relidos objetivando a identificação de UC que passaram a compor um único documento.

Com base nas leituras e releituras das UC foram identificadas as respectivas UR para cada núcleo direcionador. Quatro núcleos direcionadores nortearam a análise dos dados qualitativos: EIP e o desenvolvimento de competências para o trabalho em equipe e a prática colaborativa; EIP e construção da identidade profissional; EIP e o preparo para atenção à saúde centrada no paciente; Avaliação da formação, baseada na EIP, recebida na Unifesp.

Para efeito deste capítulo será apresentada uma síntese das análises da escala RIPLS seguida dos resultados provenientes do último núcleo temático: Avaliação da formação, baseada na EIP, recebida na Unifesp.

Com a finalidade de preservar o anonimato, os conteúdos com as falas dos egressos foram identificados pela letra “E” seguida do número sequencial (E1, E2, E3... E22).

Resultados e discussão

As respostas obtidas com a aplicação da RIPLS mostraram que a maioria dos egressos revela uma compreensão positiva em relação à disponibilidade para o trabalho em equipe e a prática colaborativa, considerando a experiência formativa da Unifesp-BS ancorada nos pressupostos da EIP.

Em relação ao fator “Trabalho em equipe e colaboração”, os resultados apontam uma percepção positiva dos participantes no que concerne a uma formação profissional diferenciada, com a vivência de inúmeras oportunidades de compreender as especificidades de cada uma das seis diferentes profissões e de aprender com estudantes das outras áreas, criando um espaço de convivência capaz de intencionalmente fornecer subsídios para o desenvolvimento de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) para uma atuação interprofissional alinhada às reais demandas da população e que estejam inseridas nos territórios e nos serviços vinculados ao sistema de saúde vigente no país, o SUS.

Costa (2016, p. 197) reconhece a EIP como uma estratégia capaz de melhorar a qualidade da atenção à saúde “a partir do efetivo trabalho em equipe, na perspectiva da prática colaborativa, assegurando maior segurança ao paciente, redução de erros dos profissionais de saúde e de custos do sistema de saúde”. Aguiar-da-Silva, Scapin e Batista (2011) entendem que a atuação em equipe é um aspecto positivo que possibilita a colaboração de várias especialidades com conhecimentos e qualificações distintas.

O fator “identidade profissional” indica a necessidade de um olhar atento dos gestores educacionais, e de possíveis ajustes nos currículos e nos processos formativos, direcionado para uma melhor compreensão dos papéis e responsabilidades profissionais.

A compreensão e a definição clara dos papéis profissionais associados a determinada tarefa são indispensáveis nas instituições de saúde, porém, a competência de cada profissional, isoladamente, não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde (Aguilar-Da-Silva et al., 2011).

Batista (2012) considera que a discussão dos papéis profissionais, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisões são vistas como características marcantes no processo de formação para o interprofissionalismo.

Em relação ao fator “atenção à saúde centrada no paciente” foi possível identificar uma percepção positiva na construção do cuidado em saúde, que perpassa o desafio de considerar o processo saúde-doença-cuidado numa perspectiva reducionista, de um olhar verticalizado, criando espaço para a construção de um olhar ampliado, uma visão holística do cuidado com a intencionalidade de planejar ambientes de aprendizagem mais interativos e

colaborativos para o estabelecimento do diálogo e da resolução coletiva de problemas, com vistas à integralidade do cuidado.

Para possibilitar uma compreensão ampliada da atenção à saúde centrada na pessoa sob cuidado é necessário que a percepção esteja vinculada a três aspectos: perspectiva ampliada do adoecimento, participação dos pacientes no cuidado e relação profissional-paciente (Agreli et al., 2016).

Como elemento adicional da RIPLS, os participantes manifestaram sua percepção em relação à avaliação da formação baseada em um currículo inovador, interdisciplinar e interprofissional. A experiência formativa foi avaliada a partir do grau de satisfação manifestado, numa escala de um a cinco, pelos 381 egressos provenientes dos seis cursos de graduação na saúde. A maioria dos respondentes atribuiu nota 4 (63,5% - “satisfeito”) e nota 5 (26,8% - “totalmente satisfeito”), totalizando 90,3% de egressos satisfeitos com a formação recebida na Unifesp-BS.

A partir das 22 entrevistas de aprofundamento transcritas e analisadas com o referencial da análise de conteúdo na modalidade temática, identificaram-se 166 UC e 166 UR com suas respectivas categorias e subcategorias para o núcleo direcionador “Avaliação da formação recebida na perspectiva da educação interprofissional”. O Quadro 1 apresenta as categorias e subcategorias emergentes desse núcleo direcionador.

Quadro 1. Categorias e subcategorias emergentes do núcleo direcionador “Avaliação da formação recebida na perspectiva educação interprofissional”, Unifesp, 2018 (N=22).

Avaliação da formação recebida na perspectiva educação interprofissional -166 (UR)
Categoria - Reconhecimento da contribuição da graduação como base para a atuação interprofissional (97 UR)
Subcategorias - Preparo para trabalhar em equipe interprofissional (convivência; liderança; tolerância; respeito; comunicação, diálogo; delimitação das fronteiras profissionais; aprender a se virar sozinho, tomada de decisões; ser mais proativo) - Possibilidades de crescimento pessoal e profissional - Oportunidade de aprendizagens para além do currículo formal (pesquisa, extensão, carreira acadêmica; entender e enfrentar dificuldades) - Reconhecimento de terceiros (outros profissionais, pacientes) quanto à qualidade da atuação profissional - Disponibilidade de diferentes cenários de aprendizagem significativa (comunidade; estágios; educação permanente) - Diferencial na formação: preparo para atenção integral ao paciente e interdisciplinaridade - Incentivo para a busca ativa de novos conhecimentos - Oportunidade de troca de experiências e aprendizagens compartilhadas - Potencial da formação para a inserção no mundo de trabalho

Categoria - Carência de infraestrutura necessária para a graduação (16 UR)
Subcategorias - Deficiência na infraestrutura para educação física - Deficiência na infraestrutura para a atuação docente - Qualidade da formação supera as dificuldades enfrentadas (infraestrutura, conteúdos, práticas, apoio institucional)
Categoria - Lacunas na implementação do projeto pedagógico (40 UR)
Subcategorias - Reconhece a necessidade de mais prática clínica - Dificuldade inicial na implementação da proposta pedagógica - Necessidade de maior esclarecimento do estudante sobre a proposta pedagógica - Percepção da delimitação “exagerada” das fronteiras profissionais - Avaliação com critérios melhor definidos da implantação do Projeto Pedagógico, ancorado na EIP

Fonte: Souza, (2018).

A seguir serão apresentados alguns trechos das entrevistas das categorias e subcategorias que emergiram da percepção dos respondentes em relação à “Avaliação da formação recebida na perspectiva Educação Interprofissional”.

Dos conteúdos expressos na categoria “Reconhecimento da contribuição da graduação como base para a atuação profissional”, emergiu a subcategoria *Preparo para trabalhar em equipe interprofissional (convivência; liderança; tolerância; respeito; comunicação, diálogo; delimitação das fronteiras profissionais; aprender a se virar sozinho, tomada de decisões; ser mais proativo)*, na qual os egressos fazem os seguintes apontamentos:

[...] Às vezes, o que eu estou sentindo, o outro está sentindo também... e está sentindo de um outro jeito... e acho que a gente vai ressignificando nessa partilha que vai acontecendo nas disciplinas, nas matérias, nos módulos ao longo do trabalho em saúde e até mesmo nos outros. Eu acho que a gente passa pela TS (eixo Trabalho em Saúde) e a gente sai afetado para outras matérias também. (E11)

[...] Eu senti que durante a minha formação, o fato de ter estudado com pessoas de outros cursos me ajudou bastante a compreender melhor, inclusive a psicologia! E a psicologia no trato com outras profissões... Ajudou no relacionamento profissional com outras profissões. (E12)

Reeves (2016) reitera a possibilidade de que a experiência em trabalho interprofissional produz entendimento profundo de métodos interativos de aprendizado. Conhecimento de dinâmicas de grupo, confiança em trabalhar com grupos interprofissionais e flexibilidade para criativamente utilizar as diferenças profissionais nos grupos são construções importantes na aquisição de proposições que dialoguem com a premissa da EIP.

Aguilar-da-Silva, Scapin e Batista (2011) reforçam que o aprendizado de habilidades e atitudes deve ser desenvolvido em conjunto com estudantes de outros cursos, com o desenvolvimento da confiança e do respeito mútuo, com vista a perceber que essa aprendizagem compartilhada os ajudará a pensar positivamente sobre os outros profissionais.

Na subcategoria *Reconhecimento de terceiros (outros profissionais, pacientes) quanto à qualidade da atuação profissional*, os egressos revelam que:

[...] Depois da formação da Unifesp-BS é impossível dizer e não abrir os olhos para isso. A gente vê o quanto a educação física é importante na área da saúde, o quanto ela é importante na área de prevenção – e muitas vezes até na área de tratamento não farmacológico. (E2)

[...] Durante as ações e os planejamentos em equipe, eu consigo perceber que essa formação contribuiu pra que eu alcançasse um planejamento para o trabalho coletivo, coisa que talvez os outros profissionais de educação física com que eu tenho contato ou profissionais de outras áreas da equipe em que eu atuo, nas equipes que a gente dialoga, não têm essa facilidade... então as trocas são importantes. (E4)

O cenário de aprendizagem oferece aos estudantes uma visão holística no ambiente clínico, com desenvolvimento e atividades interativas colaborativas de aprendizado, como resolução de problemas em equipe e atividades específicas da profissão (Reeves, 2016).

Na subcategoria *Disponibilidade de diferentes cenários de aprendizagem significativa (comunidade; estágios; educação permanente)*, os egressos relatam:

[...] Acho que a situação que vai influenciar principalmente essa percepção dentro da minha formação e das disciplinas/módulos que

eu tive. Foi a questão do trabalho em saúde quando nós vamos a lócus realizar as visitas nos morros, palafitas... (E2)

[...] O cuidado que a Unifesp-BS tem com o estágio... porém, eu acho que se fazer mais presente nos campos de estágio, nos espaços sócio-ocupacionais, o supervisor acadêmico deveria ser mais presente. Isso traria uma relação muito boa com os profissionais que são supervisores de campo e com os próprios espaços que estão fragilizados e necessitando de mais apoio até para se fortalecer, para lutar, para conhecer os órgãos de luta mesmo. (E16)

A vivência em ambientes constituídos intencionalmente na perspectiva interprofissional estimula reconhecer que a articulação no cuidado possibilita que um profissional conheça a ação do outro e agregue novos saberes à sua prática, com a integralidade desse cuidado por objetivo (Silva et al., 2015).

Batista (2012) afirma que momentos compartilhados criam uma disponibilidade para conviver com o outro, conhecendo-o melhor, respeitando-o em suas singularidades e buscando construir relações interpessoais mais inclusivas.

Na subcategoria *Diferencial na formação: preparo para atenção integral ao paciente e interdisciplinaridade*, os egressos revelam o seguinte posicionamento:

[...] Eu acho que muita coisa vem da lembrança, e muita coisa vem conversando com algumas coisas que eu tive lá na graduação – principalmente com relação ao módulo Trabalho em Saúde, que foi uma disciplina que eu acho fantástica, que é o maior diferencial da Unifesp-BS. (E21)

[...] Eu acho que a formação é sim vitoriosa na sua proposta. Ela tem uma proposta política pedagógica muito bem estruturada – trabalhar em grupos... e o fortalecimento do trabalho em saúde. (E19)

Conforme apontado por Agreli, Peduzzi e Silva (2016, p.908), a proposta de formação nos moldes interprofissional e interdisciplinar visando à integralidade é positiva, “alarga-se para a perspectiva ampliada do cuidado à saúde; o compartilhamento de poder e responsabilidade entre

profissionais e pacientes, que remete à participação dos usuários na tomada de decisão sobre seus cuidados”.

Madruga *et al.* (2015) relatam que a abordagem biopsicossocial é imprescindível para atender às demandas de saúde dos indivíduos e para que se efetive a interação entre diferentes núcleos profissionais, e que para isso se faz necessário o trabalho interprofissional, não bastando que os profissionais diversos estejam juntos, mas é preciso que tenham disponibilidade para interagir e participar de encontros para planejar suas ações e refletir sobre suas práticas.

Na subcategoria *Potencial da formação para a inserção no mundo de trabalho*, os egressos contribuem com as seguintes reflexões:

[...] Acredito que a questão do multi ou interprofissional... isso prepara muito para após a faculdade. A questão do trabalho em grupo, da percepção de outros profissionais... principalmente quando a gente trabalha com outros indivíduos. Então, desde as disciplinas/módulos do eixo bio (biológico) até os módulos específicos do curso e a inserção social e o trabalho em saúde, enfim, em todos os eixos. (E8)

[...] Eu acho que a vivência na Universidade, a vivência no curso, a nossa colocação profissional depois de ter passado pelo currículo da Unifesp-BS faz toda a diferença! ...A gente é preparada de forma diferente para o mercado e para a academia. (E13)

Um profissional de saúde colaborativo preparado para a prática é aquele que aprendeu como trabalhar em uma equipe interprofissional e têm competência para esse fim (OMS, 2010). Silva *et al.* (2015, p. 20) reforçam que “o aumento da complexidade das necessidades de saúde requer profissionais preparados para trabalhar colaborativamente em equipes comprometidas com o cuidado à saúde”.

Entre os conteúdos expressos na categoria “Carência de infraestrutura necessária para a graduação” destaca-se a subcategoria *Qualidade da formação supera as dificuldades (infraestrutura, conteúdos, práticas, apoio institucional) enfrentadas*, com os seguintes relatos:

[...] Acredito que tenham sido conhecimentos técnicos... práticos... infra-estrutura... o modelo de formação muito interdisciplinar... qualidade de aulas e dos docentes. (E5)

[...] Eu acho que exatamente essa questão da estrutura e da prática pelo menos na área específica de fisioterapia que faltou muito... a gente ter um hospital universitário ou um lugar próprio da Unifesp-BS para estar recebendo os pacientes... para poder estar atendendo. (E6)

Dos conteúdos expressos na categoria “Lacunas na implementação do projeto pedagógico” emergiu a subcategoria *Dificuldade inicial na implementação da proposta pedagógica*, na qual os egressos revelam o seguinte:

[...] Essa questão da prática novamente... Eu sei que é complicado dizer isso porque tem muito conteúdo teórico para passar nos primeiros anos, mas a prática específica da profissão também ficou faltando... do mesmo jeito que eles fizeram passar muito conteúdo teórico, a prática também fez falta... talvez seja uma forma de conciliar, teoria com a prática desde início. (E6)

[...] A gente não precisa estar até o final da graduação para poder ter pistas de como suprir essas lacunas que aparecem a respeito da formação interdisciplinar... da atuação multiprofissional...temos que buscar conhecimentos... (E4)

Para atender à necessidade de introdução de uma proposta educacional se mostra necessária uma reorganização na perspectiva de construir e reconstruir os processos de trabalho e competências profissionais, integrando a formação à realidade dos serviços na comunidade, com a presença de todos os profissionais necessários na equipe (Aguilar-Da-Silva *et al.*, 2011).

A formação na perspectiva interprofissional se fortalece ao construir programas educacionais e currículos que incluam a EIP e a adoção de métodos de ensino inovadores, que estimulem o que constitui característica da EIP – o aprendizado compartilhado de forma interativa (Peduzzi, 2016).

Na subcategoria *Necessidade de maior esclarecimento do estudante sobre a proposta pedagógica*, os egressos revelam a seguinte percepção:

[...] Eu acho que a gente consegue perceber que algumas lacunas a gente já teve desde o começo ... que não conseguiu suprir... ainda que as disciplinas fossem dadas juntas e que se aprofundaram... então... fica mais nítido quando você especifica... quando você vai para especificidade... elas conseguem ser retomadas em alguns momentos e a gente consegue perceber a importância de fazer as coisas de modo integrado. (E4)

[...] Talvez essa proposta inicial lá no começo da graduação... de formação junto... de fazer algumas disciplinas juntos com outros profissionais ou futuros profissionais... no caso... não conseguisse amarrar bem a formação... então... quando você pergunta sobre a formação compartilhada ... o trabalho compartilhado... a gente tem um estímulo no início... mas talvez só se amarre e você só perceba o diferencial, ... no final da graduação. (E4)

Chiesa et al. (2007, p. 237) afirmam que os currículos orientados para o desenvolvimento das competências requeridas para o trabalho em saúde no SUS devem “prever oportunidades pedagógicas que assegurem aos estudantes aplicar os conhecimentos teóricos e desenvolver habilidades não apenas técnicas, mas também políticas e relacionais”.

O processo educacional que visa à formação desses profissionais de saúde deve ter em vista tanto o desenvolvimento de competências gerais (identificadas com a grande área da saúde), quanto àquelas que constituem as especificidades de cada profissão (Ceccim, 2004).

Na identificação da subcategoria *Avaliação com critérios melhor definidos para a implantação do projeto pedagógico ancorado na EIP*, os egressos revelam:

[...] Talvez essa seria minha maior preocupação... a respeito de mais critérios... eu quando digo... são critérios mais rigorosos... um pouco mais de sensibilidade pra poder fazer a discussão que se faz a respeito da formação na Unifesp-BS. (E4)

[...] Temos um eixo que se chama trabalho em saúde na nossa formação e a gente... às vezes... identifica lacunas nesse eixo e não necessariamente consegue suprir as nossas dúvidas. (E4)

Batista (2012, p. 25) indica a necessidade de

ampliar o ensino universitário para além da profissionalização específica, a assunção da problematização na proposta de ensino, com consequentes mudanças de atitude de professores e estudantes e a integração e interdisciplinaridade como direcionadoras da proposta de formação.

Uma proposta pedagógica nos moldes da EIP se mostra potente por possibilitar reflexões e reconhecer a necessidade de mudanças nos níveis educacionais, profissionais e organizacionais, resultando na incorporação das práticas colaborativas em programas de educação, saúde, campo social, organismos reguladores e políticas organizacionais (Reeves, 2016).

Considerações finais

A partir do desenvolvimento desta pesquisa foi possível criar oportunidade de os egressos refletirem sobre o itinerário percorrido diante de um currículo inovador, integrado, interdisciplinar e interprofissional. Foram apontados os desafios na introdução da proposta curricular na interface com os cenários de prática, que envolveram a parceria com instituições filantrópicas, hospitalares e secretarias municipais de saúde, educação e assistência social, com a intencionalidade de garantir espaços formativos para além dos muros da universidade, implementando a lógica da inversão da trajetória formativa aproximando-se dos cenários de atuação prática e atribuindo significado à teorização.

Essa trajetória formativa proporcionou o desenvolvimento de competências individuais e coletivas para a aprendizagem compartilhada entre diferentes profissões, o trabalho em equipe e a prática colaborativa.

Uma formação profissional diferenciada, humanizada e interprofissional, com a oferta de subsídios capazes de instrumentalizar o desenvolvimento de competências para uma atuação profissional que esteja em consonância com as reais demandas da população e que tenha como premissa os princípios do sistema de saúde vigente no nosso país, foi avaliada positivamente pela maioria dos egressos participantes da pesquisa.

A formação oferecida na Unifesp-BS potencializou as práticas interprofissionais, o fazer profissional de modo integrado, fomentou a problematização acerca da melhoria da qualidade da formação em saúde, a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, e permitiu ainda construir diversas formas de constituir relações de cuidado.

As entrevistas mostraram as potencialidades e o reconhecimento da importância da formação na perspectiva da EIP, com o desenvolvimento de inúmeras competências que permitiram suscitar nos estudantes a construção crítica e reflexiva de suas práticas; preparar profissionais com olhar ampliando de suas práticas em relação ao cuidado em saúde; oportunizar o conhecer o outro, melhorar os relacionamentos, o diálogo e a negociação no trabalho em equipe e na tomada de decisões coletivas, com o intuito de estar apto para atender às demandas de saúde da população a partir de um trabalho colaborativo e interprofissional.

Considera-se que o estudo apresentado disponibiliza de informações relevantes que permitem identificar inúmeras potencialidades na formação em saúde, no âmbito da graduação, como uma proposta de formação inovadora para os parâmetros nacionais, na formação de egressos com perfil profissional diferenciado e reconhecido pelo modo de ver, ouvir e agir junto com os colegas de trabalho, usuários, familiares e comunidade.

Assim, a formação oferecida pela Unifesp-BS apresenta-se como estratégia promissora na formação profissional, considerada uma experiência exitosa, no cenário nacional e internacional, de realização da EIP durante todo o percurso formativo da graduação na área da saúde.

Referências

- Agreli, H. F., Peduzzi, M., & Silva, M. C. (2016). Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 59(20), pp. 905-916.
- Aguilar-Da-Silva, R. H., Scapin, L. T. & Batista, N. A. (2011) Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*, 16(1), pp. 165-182.
- Barr, H. (1998). Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education, *Journal of Interprofessional Care*, 12(2), pp. 181-188.

- Batista, N. A. (2012). Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, 2, pp. 25-28, Recuperado em 22 de setembro, 2021 http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf.
- Batista, N. A., Rossit, R. A. S., Batista, S. H. S. S., Silva, C. C. B., Uchôa-Figueiredo, L. R., & Poletto, P. R. (2018). Educação interprofissional na formação em saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, *campus Baixada Santista*, Santos, Brasil. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl.2), pp. 1705-1715.
- Biscarde, D. G. S., Santos, M. P., & Silva, L. B. (2014). Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 18(48), pp. 177-186.
- Brasil. (2014). *Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Recuperado em 16 de maio, 2021, <http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf>.
- Câmara, A. M. C. S., Cyrino, A. P., Cyrino, E. G., Azevedo, G. D., Costa, M. V., Bellini, M. I. B., Peduzzi, M., Batista, N. A., & Reeves, S. (2016). Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 9-12.
- Ceccim, R. B. (2004). Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: R. Pinheiro, R. A. Mattos (org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, pp. 259-278.
- Chiesa, A. M., Nascimento, D. D. G., Braccialli, L. A. D., Oliveira, M. A. C., & Ciampone, M. H. T. (2007). A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cogitare Enferm.*, 12(2), pp. 236-240.
- Costa, M. V. (2016). A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 197-198.
- Franco, M.L.P.B. (2012). *Análise de conteúdo*. Brasília: Liber Livro.
- Madruga, L. M. S. et al. (2015). O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 19(1), pp. 805-816.
- Miguel, E. A., Albiero, A. L. M., Alves, R. N., & Bicudo, A. M. (2018). Trajetória e

- implementação de disciplina interprofissional para cursos da área de saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(supl. 2), pp. 1763-1776.
- Minayo, M. C. S., Deslandes, R., & Gomes, S. F. (org.). (2010). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Moreira, C. O. F., & Dias, M. S. A. (2015). Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. *ABCS Health Sciences*, 40(3), pp. 300-305.
- Oliveira, E. R. A. et al. (2011). Interdisciplinaridade, trabalho em equipe e multiprofissionalismo: concepções dos acadêmicos de enfermagem. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*, 13(4), pp. 28-34.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS. Recuperado em 10 de junho, 2021, https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3019:marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa&Itemid=844
- Peduzzi, M. (2016). O SUS é interprofissional. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 199-201.
- Peduzzi, M., Norman, I. J., Germani, A. C. Cg., Silva, J. A. M., & Souza, G. C. (2013). Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(4), pp. 977-983.
- Peduzzi, M., Norman, I., Coster, S., & Meireles, E. (2015). Adaptação transcultural e validação da *Readiness for Interprofessional Learning Scale* no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(n.esp.2), pp. 7-15.
- Reeves, S. (2016). Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 185-196.
- Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., & Davies, N., et al., (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide no.39, *Medical Teacher*, 38(7), pp. 656-668. Recuperado em 7 de abril, 2020, <http://doi:10.3109/0142159X.2016.1173663>.
- Rossit, R. A. S., Batista, S. H., & Batista, N. A. (2013). Formação interprofissional em saúde: percepção de egressos de cursos de graduação da Unifesp – Baixada Santista. In *Anais do Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências*, 9(10). Águas de Lindóia: Associação Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências.
- Silva, J. A. M., Peduzzi, M., Orchard, C. & Leonello, V. M. (2015). Educação interprofissional e prática colaborativa na atenção primária à saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(n.spe.2), pp. 16-24.
- Souza, R. R. (2018). *Educação interprofissional e a formação em saúde: análise da percepção de egressos da Unifesp – Baixada Santista no período de 2009 a 2015*. Dissertação de Mestrado, Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, SP, Brasil.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), pp. 507-514.
- Universidade Federal de São Paulo. (2006). *Projeto Político Pedagógico: A educação interprofissional na formação em saúde: a competência para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado*. Santos: Unifesp, campus Baixada Santista. Recuperado em 25 fev. 2016, <http://www.unifesp.br/campus/san7/todas-noticias/415-projeto-politico-pedagogico-do-campus-baixada-santista-e-citado-no-relatorio-final-da-global-ipe>.

20 INTERDISCIPLINARY EDUCATION PERCEPTION SCALE (IEPS)

Escala de Percepção de Educação Interdisciplinar

Marcello de Oliveira Quaresma Cardoso¹
 André Kenzo Saito¹
 Maria Stella Peccin¹

Introdução

O ser humano é complexo, englobando, simultaneamente, os aspectos biológico, psíquico, racional e social. Culturalmente convive com regras, crenças, valores em uma sociedade e enfrenta problemas de saúde que podem ser complexos, multifatoriais, necessitando diversos tratamentos com diferentes habilidades de conhecimento (Baggio et al., 2008; Lumague et al., 2006; Reeves, 2016).

A eficiência do trabalho individual e solitário foi objeto de estudo de Luecht *et al.* (1990), no qual afirmavam que esse método era insuficiente para atender às necessidades da época. Burcher (2016) corrobora isso ao afirmar que um profissional isolado pouco pode oferecer e fazer; portanto, o paciente, para ser reabilitado de forma completa e verdadeira, necessita do trabalho de equipe interprofissional (Baggio et al., 2008; Lumague et al., 2006; Reeves, 2016).

O trabalho interprofissional é processo dinâmico que envolve dois ou mais profissionais da saúde trabalhando juntos, compartilhando objetivos comuns, explorando suas habilidades e conhecimentos, buscando melhor e maior colaboração, visando ao planejamento do melhor tratamento possível para o paciente (Couto et al., 2014; Gaya, 2006; Lehrer et al., 2015; Nancarrow et al., 2013; Jimenez et al., 2018; Mayo & Wooley, 2016).

Há consenso na literatura que para o melhor trabalho da equipe são necessários diálogo e comunicação adequada para integração e interação entre os profissionais,

¹ Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Instituto Saúde e Sociedade, Santos – SP, Brasil, e-mails: moqcardoso@gmail.com, saito.andrekenzo@gmail.com, stella.peccin@unifesp.br

eliminando o isolamento entre profissões e desenvolvendo relação de confiança (Bruhn, 2000; Gaya, 2006; Lehrer et al., 2015; Raynaut, 2011; Burcher, 2016).

O trabalho em equipe requer a participação de todos os membros compartilhando conhecimentos, informações de pacientes, expondo opiniões, questionando, discutindo, desenvolvendo pensamento crítico, possibilitando o acúmulo de novas informações para elaborar a melhor conduta terapêutica possível, prestando total assistência às necessidades dos pacientes (Dow et al., 2017; Mayo & Woolley, 2016; Tamayo et al., 2017).

Se houver falha na comunicação, como, por exemplo, se não houver compartilhamento de informações por o profissional querer “proteger seu território”, por considerar sua profissão superior às demais, ou sentir-se ameaçado ou inferior às demais profissões, se não acreditar que precisem trabalhar todos juntos –, isso comprometerá o número de informações coletadas, dificultando a elaboração do plano de tratamento e, conseqüentemente, aumentará o risco de erro, diminuindo a eficácia do tratamento (Barr, 2012; Mayo & Woolley, 2016; Rajiah et al., 2016; Zaudke et al., 2016).

Prática colaborativa interprofissional

É consenso na literatura que a prática colaborativa interprofissional acontece quando cada membro aplica e compartilha suas habilidades e conhecimentos, melhorando a qualidade nos cuidados ao paciente (Jimenez et al., 2018; Navickis & Mathieson, 2016; Rajiah et al., 2016; Thannhauser et al., 2010).

Podemos comparar a equipe interprofissional à equipe de esporte coletivo (como basquete, futebol ou vôlei), em que os integrantes são os jogadores: todos precisam ser efetivos pois têm suas responsabilidades e precisam saber interagir com os outros jogadores, saber lidar com imprevistos, estar entrosados e com boa comunicação para alcançar os melhores resultados (Reeves et al., 2010).

A prática colaborativa interprofissional é efetiva por diversos motivos: 1) economia de custos de tratamentos, 2) reduz tempo de internação, 3) minimiza risco de erros, 4) reduz taxa de mortalidade, 5) otimiza tempo de recolhimento de informações, 6) gera melhora nos resultados de pacientes com doenças crônicas, 7) gera melhora do estado geral da saúde, 8) gera melhora na qualidade de atendimento, aumento da confiança dos profissionais em seus atendimentos e

pacientes mais seguros (Dallaghan et al., 2016; Lehrer et al., 2015; Kovalskiy et al., 2017; Maharajan et al., 2017; Navickis & Mathieson, 2016; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2010; Simko et al., 2017).

Essa prática é fundamental para a formação e fortalecimento dos sistemas de saúde (genericamente), para a expansão da saúde de forma universal, para a superação de crises na saúde, contribuindo para solucionar desafios urgentes da área, prevenindo e gerenciando condições crônicas, além de reforçar habilidades dos profissionais envolvidos (Ganotice & Chan, 2018; Herath et al., 2017).

A ciência, a saúde, os profissionais envolvidos são os principais beneficiados com a prática interprofissional (Bruhn, 2000), principalmente os profissionais que se formam com isolamento educativo (educação “uniprofissional”) e desenvolvem a visão de que profissionais de outras áreas da saúde são estranhos, irrelevantes, não desenvolvendo respeito algum por eles (Williams & Webb, 2013).

Educação interprofissional

O Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa afirma que para os profissionais realmente colaborarem e melhorarem os resultados da saúde é necessário que tenham oportunidades de aprender sobre os outros, com os outros e entre si, ou seja, ter uma educação interprofissional (OMS, 2010). Ela é uma experiência enriquecedora, pois permite interação e troca entre os profissionais de diversas áreas.

A educação interprofissional (EIP) proporciona oportunidades aos estudantes de diversas áreas da saúde de compreender as outras profissões e desenvolver seus papéis profissionais e suas habilidades no trabalho em equipe, otimizando os serviços de saúde (Ganotice & Chan, 2018; Rajiah et al., 2016; OMS, 2010; William et al., 2017).

Segundo o Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (Caipe), a EIP ocorre quando duas ou mais profissões aprendem com, de e sobre cada um para melhorar a colaboração e a qualidade no atendimento, tornando-a mais eficaz e obtendo melhores resultados na saúde (Sciascia et al., 2021). Para estimular a promoção e desenvolvimento da EIP, o Caipe incentiva pesquisas, intercâmbios e trocas de informações por meio de conferências por todo o mundo.

A EIP desenvolve competências comuns, específicas e colaborativas, que permitem o planejamento participativo, o exercício de tolerância e a negociação (Batista, 2012), por meio de práticas (observação, simulação e ação) que facilitam e preparam para o trabalho em equipe (Barr, 2012; Batista, 2012; Reeves, 2016; Rossit et al., 2013). Gooding et al. (2016) afirmam que existem quatro competências para desenvolver a EIP: respeito mútuo, compartilhamento de informações, compreensão dos papéis e responsabilidades de cada um e boa comunicação.

As atividades práticas e os treinamentos (ambiente clínico simulado ou ambiente virtual) aumentam o empenho do estudante, permitem maior interação e desenvolvimento interprofissional, respeito pelos outros profissionais, compreensão dos mecanismos da comunicação, identificação de obstáculos a superar e contato com os pacientes, ou seja, o estudante aplica no ambiente de atendimento o conteúdo estudado em sala de aula (Barr et al., 2014; Gooding et al., 2016; Herath et al., 2017; Lairamore et al., 2017; Maharajan et al., 2017; Reeves et al., 2010; Simko et al., 2017; Zanotti et al., 2015).

A EIP implantada desde o primeiro ano do curso da graduação, de forma integral e com métodos estimulantes, potencializa o aprendizado e forma profissionais com mentalidade interprofissional (Buring et al., 2009; Herath et al., 2017; Reeves, 2016). A exposição precoce oferece ao estudante oportunidades para colaborar e conectar com estudantes de outras áreas, demonstra a importância da prática colaborativa e a facilita, e fortalece sua identidade profissional (Lairamore et al., 2017; Rajiah et al., 2016).

O sucesso da EIP requer corpo docente treinado, preparado e seguro, sabendo ensinar e avaliar comportamentos, atitudes e percepções dos estudantes. Ao final da EIP espera-se que o aluno esteja apto a apreciar as habilidades e conhecimento de cada um do grupo, sabendo seu próprio papel e o de cada um da equipe; respeitar e valorizar a contribuição dos outros no processo de tomada de decisão da equipe; ter habilidades interpessoais necessárias para a prática em equipe interprofissional na saúde, sabendo se comunicar e interagir, trabalhando em equipe com o foco no paciente (Arakawa, 2017; Barr & Low, 2016; Buring et al., 2009; Cusack & O'donoghue, 2012; Jimenez et al., 2018; Lairamore et al., 2017; Lohenry et al., 2016; Luecht et al., 1990; OMS, 2010; Rajiah et al., 2016).

A EIP aceita, colocada e implantada desenvolve a habilidade de comunicação, aumenta a capacidade de análise crítica, valoriza os desafios e o

trabalho em equipe, promove o respeito entre os profissionais (identificar e compreender a diferença e a importância de cada profissão), elimina estereótipos prejudiciais e evoca a prática da ética focada no paciente (Coster et al., 2008; Maharajan et al., 2017; OMS, 2010).

Instrumentos de avaliação

A percepção de que há carência de uma cooperação interprofissional e de que precisamos melhorar os resultados dos pacientes em menor tempo fez com que houvesse crescimento dos programas de EIP e, conseqüentemente, surgiu a necessidade de uma ferramenta que avaliasse sua eficiência, mas de forma diferente de notas (como em uma prova comum), as quais não são suficientes para um domínio multidisciplinar como a EIP (Luecht et al., 1990).

Esse sistema precisa avaliar atitudes importantes como (Leitch, 2014; Luecht et al., 1990) as seguintes:

- abertura e receptividade para ideias dos outros, se há flexibilidade;
- respeito em relação a outras disciplinas e valorização delas, confiança nos outros;
- interdependência e aceitação de um objetivo comum, o compromisso com atendimento abrangente ao paciente;
- vontade de compartilhar e assumir responsabilidades.

O desenvolvimento de um instrumento de pesquisa psicometricamente aceitável pode exigir anos de trabalho porque é necessário pesquisar e avaliar diversos aspectos de validade e confiabilidade (McFadyen et al., 2007).

Para rastrear e estar a par dos objetivos planejados, do comportamento e da percepção da experiência interprofissional entre alunos, foram criados mais de 20 questionários que avaliam a eficiência da EIP, e a maioria foi utilizada uma vez. Desses, dois se destacam, pois são mais acessíveis e validados, além de ser os mais utilizados: 1) *Interdisciplinary Education Perception Scale* (IEPS) e 2) *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS) (Lie et al., 2013; Ehlers et al., 2017; Lairamore et al., 2017; Loheny et al., 2016; Rajiah et al., 2016; Sciascia et al., 2019; Thannhauser et al., 2010; Vaughan et al., 2014; Zwarenstein et al., 2009).

Interdisciplinary Education Perception Scale

Elaborado por Richard Luecht et al. (1990), a IEPS é um instrumento de autorrelato do profissional da saúde que mensura atitudes e percepções da experiência interprofissional.

A IEPS é formada por 18 itens afirmativos mensurados pela escala Likert de seis pontos: 1 (discordo totalmente), 2 (discordo moderadamente / tendo a concordar), 3 (discordo parcialmente), 4 (concordo parcialmente), 5 (concordo moderadamente / tendo a concordar) e 6 (concordo totalmente) quanto à percepção da afirmação. Nesse questionário, quanto maior o índice, mais positiva a atitude em relação à EIP (Luecht et al., 1990; Vaughan et al., 2014; Zanotti et al., 2015).

Luecht e colaboradores (1990) aplicaram a IEPS, em seu primeiro estudo, a um grupo de 143 estudantes (graduandos, pós-graduandos e profissionais da saúde). Foi realizada a análise psicométrica em que os itens foram agrupados e analisados de forma independente. De acordo com as dimensões que cada item carregava mais fortemente, a escala foi dividida em quatro fatores/subescalas, que são as atitudes mais importantes para a interdisciplinaridade (Luecht et al., 1990; Vaughan et al., 2014; Zanotti et al., 2015):

- Percepção da competência profissional e autonomia, se há respeito pela profissão, se há a sensação de estar preparado e o quanto pode contribuir no trabalho em equipe. Tem oito afirmativas (itens 1, 3, 4, 5, 7, 9, 10 e 13).
- Percepção da necessidade de cooperação, se consegue perceber a necessidade do trabalho em equipe. Tem duas afirmativas (itens 6 e 8).
- Percepção se realmente há cooperação no ambiente em que trabalha e se trabalha bem com os outros. Tem cinco afirmativas (itens 2, 14, 15, 16 e 17).
- Percepção da compreensão do valor dos outros profissionais, se respeita os demais profissionais e suas contribuições. Tem três afirmativas (itens 11, 12 e 18).

A versão *original* em inglês do IEPS (McFadyen et al., 2007) é apresentada no Quadro 1, a seguir, e mais adiante será apresentada a versão traduzida e adaptada de Cardoso (2018).

Quadro 1. Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS) (versão original).

1. Individuals in my profession are well-trained	6	5	4	3	2	1
2. Individuals in my profession are able to work closely with individuals in other professions	6	5	4	3	2	1
3. Individuals in my profession demonstrate a great deal of autonomy	6	5	4	3	2	1
4. Individuals in other professions respect the work done by my profession	6	5	4	3	2	1
5. Individuals in my profession are very positive about their goals and objectives	6	5	4	3	2	1
6. Individuals in my profession need to cooperate with other professions	6	5	4	3	2	1
7. Individuals in my profession are very positive about their contributions and accomplishments	6	5	4	3	2	1
8. Individuals in my profession must depend upon the work of people in other professions	6	5	4	3	2	1
9. Individuals in other professions think highly of my profession	6	5	4	3	2	1
10. Individuals in my profession trust each other's professional judgment	6	5	4	3	2	1
11. Individuals in my profession have a higher status than individuals in other professions	6	5	4	3	2	1
12. Individuals in my profession make every effort to understand the capabilities and contributions of other professions	6	5	4	3	2	1
13. Individuals in my profession are extremely competent	6	5	4	3	2	1
14. Individuals in my profession are willing to share information and resources with other professionals	6	5	4	3	2	1
15. Individuals in my profession have good relations with people in other professions	6	5	4	3	2	1
16. Individuals in my profession think highly of other related professions	6	5	4	3	2	1
17. Individuals in my profession work well with each other	6	5	4	3	2	1
18. Individuals in other professions often seek the advice of people in my profession	6	5	4	3	2	1

Fonte: McFadyen et al. (2007).

Reprodutibilidade da escala

A análise de reprodutibilidade do IEPS apresentou o Coeficiente de Correlação Intraclasse (CCI) de 0,99 (percepção da competência profissional e autonomia), 0,98 (percepção da necessidade de cooperação), 0,99 (percepção de se realmente há cooperação no ambiente que trabalha) e 0,97 (percepção da compreensão do valor dos outros profissionais). Considerando os critérios estabelecidos por Weir (2005), consideram-se excelentes valores do CCI entre 1,00 e 0,81, ou seja, houve grande concordância entre as duas avaliações.

Tabela 1. Interpretação dos valores do CCI de acordo com os critérios estabelecidos por Weir (2005).

CCI	Confiabilidade
1,00 – 0,81	Excelente
0,80 – 0,61	Muito boa
0,60 – 0,41	Boa
0,40 – 0,21	Razoável
0,20 – 0,00	Pobre

Fonte: Weir (2005).

Segundo Ciconelli et al. (1999) todo instrumento de avaliação deve ser reprodutível através do tempo. Portanto, deve reproduzir resultados semelhantes para o mesmo paciente desde que seu estado clínico geral não tenha sido alterado, seja por intervenção clínica, seja por treinamento.

No estudo de Luecht, et al. (1990) não houve intervenção, mas, por ser questionário de autorrelato, a percepção e as atitudes podiam mudar com o tempo diante do contexto em que o aluno (profissional da saúde) estivesse inserido ou por novas experiências (Keshtkaran et al., 2014). Diversos motivos podem levar a nova interpretação da percepção, mas o treinamento baseado no programa da EIP facilita o aumento da percepção interprofissional e aumenta a pontuação no IEPS (Maharajan et al., 2017). Dessa forma espera-se que maior exposição à EIP dentro de um ambiente clínico aumente a percepção sobre a importância do interprofissionalismo (Hawk et al., 2002; Maharajan et al., 2017).

Os estudos realizados por Jimenez, Thwaites e Lewis (2018), Simko, et al. (2017) e Zanotti, Sartor e Canova (2015) demonstram a consistente reprodutibilidade da IEPS e seus efeitos positivos ao registrarem aumentos significativos do escore médio. Gooding, et al. (2016) aplicaram o IEPS em três momentos (antes, durante e ao final da exposição à EIP) e registraram maiores escores no último momento da aplicação, o que foi reforçado, posteriormente, por Jimenez, Thwaites e Lewis (2018) ao afirmarem que a maior pontuação no IEPS está condicionada à maior exposição à EIP.

Consistência interna

A consistência interna, ou seja, a correlação entre os itens do mesmo fator (da mesma subescala) foi medida pelo valor alfa de Cronbach e obteve os seguintes valores:

- Percepção da competência profissional e autonomia com o valor de 0,85;
- percepção da necessidade de cooperação com o valor de 0,56;
- percepção de se realmente há cooperação no ambiente que trabalha com o valor de 0,54;
- percepção da compreensão do valor dos outros profissionais com o valor de 0,51.

Seguindo a classificação proposta por Freitas e Rodrigues (2005), Luecht et al. (1990) obtiveram alta consistência interna na subescala (percepção da competência profissional e autonomia).

Tabela 2. Classificação da consistência interna a partir do valor do alfa de Cronbach.

Confiabilidade	Muito baixa	Baixa	Moderada	Alta	Muito alta
Valor de alfa	$\alpha \leq 0,30$	$0,30 < \alpha \leq 0,60$	$0,60 < \alpha \leq 0,75$	$0,75 < \alpha \leq 0,90$	$\alpha > 0,90$

Fonte: Freitas e Rodrigues (2005).

Leitch (2014) utiliza como referência o estudo de Lee J. Cronbach (1951) para afirmar que a consistência interna é minimamente aceitável quando o valor é superior a 0,60, portanto, quanto maior o valor do alfa de Cronbach, maior a correlação entre os itens de cada fator e maior homogeneidade na subescala (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Valores de alfa de Cronbach inferiores a 0,30 sugerem que os itens não estão distribuídos corretamente ou que não estão avaliando o fator proposto (Ciconelli et al., 1999; Maroco & Garcia-Marques, 2006).

O fato de três subescalas (percepção da necessidade de cooperação; percepção de se realmente há cooperação no ambiente que trabalha; percepção da compreensão do valor dos outros profissionais) apresentarem valores de alfa de Cronbach inferior a 0,60 estimulou pesquisas em relação ao IEPS (McFadyen et al., 2007). Para melhorar a consistência interna alguns autores criaram novos modelos a partir da versão original de Luecht et al. (1990).

McFadyen et al. (2007) realizaram uma análise do IEPS e sugeriram um modelo com doze itens distribuídos em três fatores (subescalas):

- competência e autonomia, com cinco itens (1, 5, 7, 10 e 13);
- percepção da necessidade de cooperação, com dois itens (6 e 8);
- percepção da cooperação atual, com cinco itens (2, 14, 15, 16 e 17).

A versão de McFadyen et al. (2007) apresentou os seguintes valores alfa de Cronbach:

- competência e autonomia: 0,79;

- percepção da necessidade de cooperação: 0,40;
- percepção da cooperação atual: 0,83.

Os itens 11, 12 e 18 foram excluídos porque podem não ser apropriados para graduandos pelo fato de serem itens que podem exigir experiência no ambiente de trabalho. Um ponto a destacar é que o teste de McFadyen et al. (2007) foi realizado com amostra pequena e de apenas um grupo (graduandos de terapia ocupacional).

Leitch (2013) explorou as propriedades psicométricas do IEPS em nova população considerando os dois modelos desenvolvidos, por Luecht et al. (1990) e McFadyen et al. (2007), propondo novo modelo.

Modelo de Leitch (2013) com três fatores (subescalas), mas com dezesseis itens:

- competência e autonomia (1, 3, 5, 7, 10 e 13);
- cooperação (2, 6, 14, 15 e 16);
- prestígio (4, 9, 11 e 18).

Este novo modelo proposto por Leitch (2013) com todas as subescalas apresenta valores de alfa de Cronbach superiores a 0,60:

- competência e autonomia com valor alfa de 0,79;
- cooperação com valor alfa de 0,68;
- prestígio com valor alfa de 0,78.

Vaughan, et al. (2015) analisaram os quatro modelos existente do IEPS (Luecht, et al., 1990; McFadyen, et al., 2007; Williams, et al., 2017 e Leitch, 2013) e afirmaram que todos eles têm pontos fortes e fracos, reforçando a necessidade de pesquisas adicionais com os novos modelos para testar sua validade de construção.

Tradução e validação para outras línguas

A crescente discussão sobre a importância da EIP torna necessário termos instrumentos, ferramentas confiáveis que monitorem a efetividade dos novos currículos, registrando mudança no comportamento, habilidades e atitudes, avaliando se os profissionais estão trabalhando juntos, aplicando com sabedoria princípios de carinho, ética, respeito e boa comunicação entre os integrantes da equipe para alcançar saúde e bem-estar para os pacientes.

A IEPS é considerada o instrumento com maior capacidade para discriminar atitudes dos estudantes e profissionais da saúde quando comparada à RIPLS (Raijah et al., 2016), sendo traduzida e adaptada culturalmente e validada para outros países (que não tem como língua oficial o inglês). Ela possui validade e confiabilidade estabelecidas e tem a capacidade de registrar mudanças de atitudes e percepção dos alunos expostos à EIP (Gooding et al., 2016; Hawk et al., 2002; Leitch, 2013; Simko et al., 2017; Vaughan et al., 2014).

A versão do IEPS traduzida e adaptada culturalmente e validada para a língua portuguesa do Brasil (a partir do instrumento original) foi realizada por Cardoso em sua dissertação de mestrado (2018), realizada com 220 residentes da área da saúde (distribuídos em treze profissões, espalhados por doze estados, além do Distrito Federal) superando o número mínimo (cem indivíduos) recomendado pela lista de verificação do *Consensus-based Standards for the Selection of Health Measurement Instruments* (Cosmin) que serve para assegurar a estabilidade da matriz da concordância para verificação da validade e consistência interna (Mokkink et al., 2010).

A Tabela 3 apresenta os Coeficientes de Correlação Intraclasse (CCI) do estudo de Cardoso (2018). Podem ser considerados bons resultados, correspondendo aos trabalhos de Lie et al. (2013) e de McFadyen et al. (2007), que apresentaram boa confiabilidade.

Tabela 3. Percepção e Coeficientes de Correlação Intraclasse (CCI).

Percepção	Coefficiente de Correlação Intraclasse (CCI)
Da competência profissional e autonomia	0,42 (boa confiabilidade)
Da necessidade de cooperação	0,22 (razoável confiabilidade)
Se realmente há cooperação no ambiente que trabalha	0,73 (muito boa confiabilidade)
Da compreensão do valor dos outros profissionais	0,64 (muito boa confiabilidade)

Fonte: Cardoso (2018).

O trabalho de Cardoso (2018) apresentou boa consistência interna nos fatores “percepção da competência profissional e autonomia” e “percepção de se realmente há cooperação no ambiente que trabalha” e é semelhante ao estudo de Zanetti et al. (2015) e Keshtkaran et al. (2014) (Tabela 4).

Tabela 4. Consistência interna entre percepção da competência profissional e autonomia e cooperação no ambiente de trabalho.

Percepção	Alfa de Cronbach		
	Cardoso et al. (2018)	Zanetti et al. (2015)	Keshtkaran et al. (2014)
Da competência profissional e autonomia	0,80	0,74	0,40
Da necessidade de cooperação	0,22	0,55	0,60
Se realmente há cooperação no ambiente que trabalha	0,75	0,84	0,61
Da compreensão do valor dos outros profissionais	0,07	0,26	0,33

Fonte: autores (2020).

A seguir na tabela 5 apresentamos a versão traduzida para a língua portuguesa do Brasil da Escala de Percepção de Educação Interdisciplinar (Cardoso, 2018). A escala é formada por 18 itens afirmativos mensurados pela escala Likert de seis pontos: 1 (discordo fortemente), 2 (discordo moderadamente), 3 (discordo parcialmente), 4 (concordo parcialmente), 5 (concordo moderadamente) e 6 (concordo fortemente) que apresenta a percepção de sua profissão e de outras disciplinas.

Tabela 5. Escala de Percepção de Educação Interprofissional - Pré/Pós.

	DESCRITOR	Discordo Fortemente	Discordo Moderadamente	Discordo Parcialmente	Concordo Parcialmente	Concordo Moderadamente	Concordo Fortemente
1	Indivíduos na minha profissão são bem treinados	1	2	3	4	5	6
2	Indivíduos na minha profissão são capazes de trabalhar conjuntamente com indivíduos de outras profissões.	1	2	3	4	5	6

3	Indivíduos na minha profissão demonstram uma grande autonomia.	1	2	3	4	5	6
4	Indivíduos de outras profissões respeitam o trabalho feito pela minha profissão.	1	2	3	4	5	6
5	Indivíduos na minha profissão são otimistas (seguros) quanto a suas metas e objetivos.	1	2	3	4	5	6
6	Indivíduos na minha profissão precisam cooperar com outras profissões.	1	2	3	4	5	6
7	Indivíduos na minha profissão são otimistas (seguros) quanto a suas realizações e contribuições.	1	2	3	4	5	6
8	Indivíduos na minha profissão devem depender do trabalho de pessoas de outras profissões.	1	2	3	4	5	6
9	Indivíduos de outras profissões consideram muito importante a minha profissão	1	2	3	4	5	6
10	Indivíduos na minha profissão confiam no julgamento profissional uns dos outros	1	2	3	4	5	6
11	Indivíduos na minha profissão tem um "status" maior do que indivíduos de outras profissões.	1	2	3	4	5	6
12	Indivíduos na minha profissão se esforçam para compreender as competências e contribuições de outras profissões.	1	2	3	4	5	6

13	Indivíduos na minha profissão são extremamente competentes.	1	2	3	4	5	6
14	Indivíduos na minha profissão estão dispostos à compartilhar informações e recursos com outros profissionais.	1	2	3	4	5	6
15	Indivíduos na minha profissão mantêm boa relação com pessoas de outras profissões.	1	2	3	4	5	6
16	Indivíduos na minha profissão consideram as outras profissões importantes.	1	2	3	4	5	6
17	Indivíduos na minha profissão trabalham bem uns com os outros.	1	2	3	4	5	6
18	Indivíduos de outras profissões buscam frequentemente o conselho das pessoas da minha profissão.	1	2	3	4	5	6

Fonte: Cardoso (2018).

Tanto a versão para o italiano quanto à para o português (do Brasil) apresentaram boa consistência interna nos fatores percepção da competência profissional e autonomia e percepção de se realmente há cooperação no ambiente que trabalha, sendo interessante ferramenta de trabalho para melhor estruturar a equipe e o ambiente de trabalho, visando à melhor qualidade do serviço.

Considerações finais

O crescimento da discussão sobre a importância da educação e a prática interprofissional faz com que seja necessário ter instrumentos confiáveis que consigam avaliar e monitorar a eficiência dos currículos, registrando mudanças nos comportamentos e atitudes dos profissionais envolvidos. Assim, é importante e faz-se necessário ter mais um instrumento traduzido e adaptado culturalmente

e validado para língua portuguesa do Brasil, como o IEPS, que tem validade e confiabilidade estabelecidas na literatura internacional e consegue registrar mudanças de atitudes e percepção dos alunos expostos à educação interprofissional.

Referências

- Arakawa, N. (2017). Global practices of interprofessional education (IPE) and relevant international activities. *The Pharmaceutical Society of Japan*, 137(7).
- Baggio, M. A., Callegaro, G. D., & Erdmann, A. L. (2008). Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(5), pp. 552-557.
- Barr, H. (2012). Integrated and interprofessional care. *International Journal of Integrated Care*, 2(30).
- Barr, H., & Low, H. (2011). Principles of Interprofessional Education. *Published by Centre for the Advancement of Interprofessional Education - CAIPE*.
- Barr, H., Helme, M., & D'avray, L. (2014). *Review of Interprofessional Education in the United Kingdom 1997-2013*. Londres: Centre for the Advancement of Interprofessional Education - CAIPE.
- Batista, N. A. (2012). Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, 2, pp. 25-28, Recuperado em 22 de setembro, 2021 http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf.
- Burcher, P. (2016). Interprofessional Training: not Optional in Good Medical Education. *AMA Journal of Ethics*, 18(9), pp. 898-902.
- Buring, S. M., Bhushan, A., Brazeau, G., Conway, S., Hansen, L., & Westberg, S. (2009). Keys to successful implementation of interprofessional education: learning location, faculty development, and curricular themes. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 73(4), article 60.
- Bruhn, J. G. (2000). Interdisciplinary research: a philosophy, art form, artifact or antidote? *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 35(1).
- Cardoso M. (2018). *Tradução transcultural e adaptação do Interdisciplinary Education Perception Scale: um questionário para medir atitude e percepção interdisciplinar*. Projeto de dissertação apresentado à Universidade Federal de São Paulo, Santos, SP, Brasil.
- Ciconelli, R. M., Ferraz, M. B., Santos, W., Meinão, I., & Quaresma, M. R. (1999). Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol*, 39(3).
- Coster, S., Norman, I., Murrells, I., Kitchen, S., Meerabeau, E., Sooboodoo, E., & D'avray, L. (2008). Interprofessional attitudes amongst undergraduate students in the professions: a longitudinal questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45, pp. 1667-1681.
- Couto, A. C. P., Aleixo, I. M. S., Couto, M., & De Freitas, H. R. (2014). Esporte e interdisciplinaridade: proposta de ação desenvolvida no Projeto Guanabara. *Anais do Congresso Brasileiro de Extensão Universitária*, 2, Belo Horizonte (MG).
- Cusack, T., & O'donoghue, G. (2012). The introduction of an interprofessional education module: students' perceptions. *Quality in Primary Care*, 20, pp. 231-238.
- Dallaghan, G. L. B., Hoffman, E., Lyden, E., & Bevil, C. (2016). Faculty Attitudes About interprofessional education. *Med Educ Online*, 21, Recuperado em 18 de abril, 2021, <https://doi:10.3402/meo.v21.32065>.
- Dow, A. W., Zhu, X., Sewell, D., Banas, C. A., Mishra, V., & Tu, S. P. (2017). Teamwork on the rocks: rethinking interprofessional practice as networking. *Journal of Interprofessional Care*, 31(6), pp. 677-678.
- Ehlers, J. P., Kaap-Fröhlich, S., Mahler, C., Scherer, T., & Huber, M. (2017). Analysis of Six reviews on the quality of instruments for the evaluation of interprofessional education in german-speaking countries. *GMS Journal for Medical Education*, 34(3).
- Freitas, A. L. P., & Rodrigues, S. G. (2005). A avaliação da confiabilidade de questionários: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. *Anais XII Simpep*, Bauru (SP): Simpep.
- Ganotice, F. A., & Chan, L. K. (2018). Which of the four models? Examining the measurement properties of the Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS) in healthcare and socialcare prelicensure curriculum in Hong Kong. *Journal of Interprofessional Care*, 33(26), pp. 1-7.
- Gaya, A. (2006). Corpos esportivos: o esporte como campo de investigação científica. In G. Tani, J. O. Bento, R. D. S. Petersen. *Pedagogia do desporto*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Gooding, H. C., Ziniel, S., Touloumtzis, C., Pitts, S., Goncalves, A., Emans, J., & Burke, P.

- (2016). Case-based teaching for interprofessional postgraduate trainees in adolescent health. *Journal of Adolescent Health*, 58, pp. 567-572.
- Jimenez, Y. A., Thwaites, D. I., & Lewis, S. J. (2018). Interprofessional education: evaluation of a radiation therapy and medical physics student simulation workshop. *Journal of Medical Radiation Sciences*, 65, pp. 106-113.
- Hawk, C., Buckwalter, K., Byrd, L., Cigelman, S., Dorfman, L., & Ferguson, K. (2002). Health professions students' perceptions of interprofessional relationships. *Academic Medicine*, 77(4).
- Herath, C., Zhou, Y., Gan, Y., Nakandawire, N., Gong, Y., & Lu, Z. (2017). A comparative study of interprofessional education in global health care. *Medicine*, 96(38), e73362017.
- Keshtkaran, Z., Sharif, F., & Rambod, M. (2014). Students' readiness for and perception of inter-professional learning: a cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 34, pp. 991-998.
- Kovalskiy, A., Ismail, R., Tran, K., Desai, A., Imran, A., & Hernandez, C. (2017). Evaluating student attitudes: perceptions of interprofessional experiences following participation in a student-run free clinic. *Cureus*, 9(2), e1053. Recuperado em 02 de agosto, 2019, <https://doi:10.7759/cureus.1053>.
- Lairamore, C., Morris, D., Schichtl, R., George-Paschal, L., Martens, H., Maragakis, A., et al. (2017). Impact of team composition on student perceptions of interprofessional teamwork: a 6-year cohort study. *Journal of Interprofessional Care*, 32(2), pp.143-150.
- Lehrer, M. D., Murray, S., Benzar, R., Stormont, R., Lightfoot, M., & Hafertepe, M., et al. (2015). Peer-led problem-based learning in interprofessional education of health professions students. *Med Educ Online*, 4(20) Recuperado em 02 de agosto, 2019, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26344391/>.
- Leitch, J. (2014). Exploring psychometric properties of the Interdisciplinary Education Perception Scale in health graduate students. *Journal of Interprofessional Care*, 28(1), pp. 52-7.
- Lie, D. A., Fung, C. C., Trial, J., & Lohenry, K. (2013). A comparison of two scales for assessing health professional students' attitude toward interprofessional learning. *Med Educ Online*, 18, 21885. Recuperado em 24 de setembro, 2020, <http://dx.doi.org/10.3402/meo.v18i0.21885>.
- Lohenry, K., Lie, D., Fung, C-C., Crandall, S., Reamer, L., Bushardt, R. L. (2016). Interprofessional education: what measurable learning outcomes are realistic for the physician assistant profession? *J Physician Assist Educ*, 27(2), pp. 63-67.
- Luecht, R., Madsen, M., & Taugher, M. et al. (1990). Assessing professional perceptions: design and validation of an Interdisciplinary Education Perception Scale. *Journal of Allied Health*, 19(2), pp. 181-191.
- Lumague, M., Morgan, A., Mark, D., Hanna, M., Kwong J., Cameron, C., Zener, D., & Sinclair, L. (2006). Interprofessional education: the student perspective. *Journal of Interprofessional Care*, 20(3), pp. 246-253.
- Maharajan, M. K., Rajiah, K., Khoo, S. P., Chellappan, D. K., De Alwis, R., Chui, H. C., et al. (2017). Attitudes and readiness of students of healthcare professions towards interprofessional learning. *Plos One*. 12(1): e0168863. Recuperado em 17 de novembro, 2020, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0168863>
- Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2006). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, 4(1), pp. 65-90.
- Mayo, A. T., & Woolley, A. W. (2016). Teamwork in health care: maximizing collective intelligence via inclusive collaboration and open communication. *AMA Journal of Ethics*, 18(9), pp. 933-940.
- McFadyen, A. K., Maclaren, W. M., & Webster, V. S. (2007). The Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS): an alternative remodelled sub-scale structure and its reliability. *Journal of Interprofessional Care*, 21(4), pp. 433-443.
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Knol, D., Stratford, P. W., Alonso, J., Patrick, D. L., Bouter, L. M., & De Vet, H. C. W. (2010). The Cosmin checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: a clarification of its content. *BMC Medical Research Methodology*, 10(22).
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary teamwork. *Human resources for Health*, 11(19), p. 19. Recuperado em 17 de novembro, 2020, <https://doi:10.1186/1478-4491-11-19>
- Navickis, M. A., & Mathieson, K. U. S. (2016). Dental hygiene students' perceptions of interprofessional collaboration. *Journal of Dental Education*, 80(9). pp. 1041-1048.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS. Recuperado em 10 de junho, 2021, https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3019:marco-para-

- acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa&Itemid=844
- Rajiah, K., Maharajan, M. K., Khoo, S. P., Chellappan, D. K., De Alwis, R., & Chui, H. C., et al. (2016). Suitability of the RIPLS and IEPS for discriminating attitude differences towards interprofessional education among students of healthcare profession. *Education Research International*. Recuperado em 17 de novembro, 2020, <http://dx.doi.org/10.1155/2016/5946154>.
- Raynaut, C. (2011). Interdisciplinaridade: mundo contemporâneo, complexidade e desafios à produção e à aplicação de conhecimento. In A. Philippi Jr., & A. J. S. Neto. *Interdisciplinaridade em ciência, tecnologia e inovação*. Barueri (SP): Manole.
- Reeves, S. (2016). Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 20(56), pp. 185-196.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. & Zwarenstein, M. (2010). Interprofessional teamwork: key concepts and issues. In S. Reeves. *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford: Wiley-Blackwell, pp. 39-56.
- Rossit, R., Batista, S. H., & Batista, N. A. (2013). Formação para a integralidade no cuidado: potencialidades de um projeto interprofissional. *Revista Internacional de Humanidades Médicas*, 3(1), Recuperado em 15 de maio, 2017, <http://tecnociencia-sociedad.com/revistas/>
- Sciascia, A., Christopher, K., Humphrey, C., Simpkins, L., Page, C. G., & Jones, L. G. (2021). Test/Re-Test reliability of the readiness for interprofessional education learning scale and interdisciplinary education perception scale in health science students. *Journal of Interprofessional Care*, 35(1), pp. 114-123.
- Simko, L. C., Rhodes, D. C., Mcginnis, K. A., & Fiedor, J. (2017). Students' perspectives on interprofessional teamwork before and after an interprofessional pain education course. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 81(6), article 104.
- Tamayo, M., Besoain-Saldaña, M., & Leiva, J. (2017). Teamwork: relevance and interdependence of interprofessional education. *Revista de Saúde Pública*, 51, p. 39,
- Thannhauser J., Russell-Mayhew, S., & Scott, C. (2010). Measures of interprofessional education and collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 24(4), pp. 336-349.
- Vaughan, B., Macfarlane, C., Dentry, T., & Mendoza, G. (2014). The Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS): which factor structure? *Education in Medicine Journal*, 6(3), pp. 67-71.
- Weir, J. P. (2005). Quantifying test-retest reliability using the intraclass correlation coefficient and the Sem. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 19(1), pp. 231-240.
- Williams, B., Lynch, M., Olaussen, A., Lachmann, H., Kalén, S., & Ponzer, S. (2017). Translation and psychometric evaluation of the Swedish version of the Interdisciplinary Education Perception Scale. *Journal of Interprofessional Care*, 32(1), pp. 63-68.
- Williams, B., & Webb, V. (2013). Examining the measurement properties of the Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS) in paramedic education. *Nurse Education Today*, 33, pp. 981-985.
- Zanotti, R., Sartor, G., & Canova, C. (2015). Effectiveness of interprofessional education by on-field training for medical students, with a pre-post design. *BMC Medical Education*, 15(121). Recuperado em 17 de novembro, 2020, <http://doi:10.1186/s12909-015-0409-z>.
- Zaudke, J. K., Paolo, A., Kleoppel, J., Phillips, C., & Shrader, S. (2016). The Impact of an Interprofessional Practice Experience on Readiness for Interprofessional Learning. *Family Medicine*, 48(5).
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). *Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes*. Hoboken, New Jersey: The Cochrane Collaboration, John Wiley & Sons. Recuperado em 17 de novembro, 2020, <http://doi:10.1002/14651858.CD000072.pub2>.

21 INTERPROFISSIONALIDADE NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E A FORMAÇÃO PARA O TRABALHO EM EQUIPE

Marcos Calvo¹
Nildo Alves Batista²

Introdução

A residência multiprofissional em saúde (RMS) é uma importante iniciativa para a formação de profissionais voltados para o Sistema Único de Saúde (SUS), respeitando as necessidades de saúde locais, assim como os princípios da integralidade do cuidado e do trabalho em equipe (Brasil, 2006).

Algumas experiências com o formato de residência multiprofissional em saúde ocorreram entre a década de 1970 e a de 1990, vinculadas ao movimento da medicina comunitária,³ mas não se tornaram um modelo de formação abrangente.

No fim da década de 1990, a proposta da RMS ressurgiu vinculada à compreensão da importância de estruturar o SUS com base na atenção básica (AB) e ao início da expansão do Programa Saúde da Família (PSF) criado em 1994. A partir do então Departamento de Atenção Básica (DAB), toma corpo a articulação para “criar, reavivar e reinventar residências em Saúde da Família” (Brasil, 2006, p. 6).

A proposta [...] era criar um modelo de Residência Multiprofissional, onde, embora fossem preservadas as especialidades de cada profissão envolvida, seria criada uma área comum, [...] acrescida de valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento (Brasil, 2006, p. 6)

¹ Universidade São Judas Tadeu, Secretaria Municipal de Saúde de Santos - Santos - SP-Brasil, e-mail: marcoscalvo@uol.com.br

² Universidade Federal de São Paulo, CEDESS - campus São Paulo - SP, Instituto Saúde e Sociedade - campus Baixada Santista, Santos - SP- Brasil, e-mail: nbatista@unifesp.br

³ A primeira residência multiprofissional é originária do Programa de Residência em Medicina Comunitária da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul na Unidade Sanitária denominada São José do Murialdo, e são citadas RMS criadas nesse período na Paraíba, Bahia e Juiz de Fora (Brasil, 2006).

Esse movimento resulta, em 2002, na criação de dezenove residências multiprofissionais em Saúde da Família com o apoio do Ministério da Saúde e, apesar de terem formatos diversificados, havia claramente uma intenção de que pudessem “trabalhar integradamente *todas* as profissões da área da Saúde” (Brasil, 2006, p. 6, grifo nosso).

Após esse período, a discussão sobre a RMS deixa de ser relacionada exclusivamente à Estratégia Saúde da Família (ESF) e culmina, em 2005, com a criação e início da regulamentação das residências em saúde.

Em junho de 2005, a Lei n.11.129 instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde e estabeleceu a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, vinculada ao Ministério da Educação (Brasil, 2005).

Após esse ato, a Portaria Interministerial n.1.077, de 13 de novembro de 2009,⁴ instituiu a Comissão Nacional de RMS e estabeleceu que os programas de residência deveriam ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais e, ainda, estabeleceu seus eixos norteadores (Brasil, 2009).

Esses eixos, associados à proposta de treinamento conjunto com mais de três profissões e aprendizagens compartilhadas entre diferentes profissões da saúde com vistas ao preparo para o trabalho em equipe, imprimem à RMS um formato de educação interprofissional (EIP).

Apesar da RMS ser uma modalidade relativamente recente (16 anos da criação por lei), a quantidade de programas implantados em instituições de ensino superior e serviços de saúde foi significativa em virtude do apoio e incentivo dos ministérios da Saúde e Educação.

Este capítulo, originalmente parte de uma dissertação de mestrado apresentada e aprovada no Programa de Pós-Graduação de Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo, problematiza a interprofissionalidade na residência multiprofissional em saúde, entendendo-a necessária em virtude da grande expansão do número de programas e da importância dessa modalidade de formação profissional. Parece-nos importante avaliar se os programas de RMS (PRMS) estão atingindo a finalidade de formar

⁴ A Portaria Interministerial MEC/MS n.1.077, de 12 de novembro de 2009, revogou a Portaria Interministerial MEC/MS n.45, de 12 de janeiro de 2007 e foi posteriormente alterada pela Portaria Interministerial MEC/MS n.1.224, de 3 de outubro de 2012.

profissionais aptos para o trabalho em equipe (TE) e a prática colaborativa (PIC) com vistas à sua atuação no SUS.

A residência multiprofissional em saúde no Brasil

A RMS se destina aos profissionais da saúde egressos de quinze categorias⁵ de áreas de formação na graduação, sendo necessárias pelo menos três profissões das relacionadas para que seja de fato um programa de residência multiprofissional (Brasil, 2012b). Entre essas quinze profissões, existem várias que não são exclusivas da saúde. Dessa forma, o que caracteriza a residência não é a graduação em saúde, mas ocorrer em serviço, instituição ou sistema de saúde.

Para Ceccim (2020, p. 44), é uma “modalidade de formação em serviço, inserida no serviço, vinculada às necessidades do serviço e deve ser centrada em atender às necessidades do usuário”.

A RMS, como uma modalidade de ensino que ocorre na pós-graduação, em serviço, tem mais de 80% de carga horária em atividades práticas ou teórico-práticas, e de longa duração. Os programas de residência têm pelo menos dois anos de duração com carga horária total de 5.760 horas.

O arcabouço regulatório das residências em saúde se desenvolve após 2005 com a lei n.11.129 e as normas que a regulamentaram, entre as quais destacamos a Portaria Interministerial n.1.077 e as resoluções da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS), n.2, n.5 e n.7.

A Portaria n.1.077 criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, definiu suas competências e composição e estabeleceu que os programas de residência devem ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais. Estabeleceu ainda, em seu artigo 2º, doze eixos norteadores que devem fundamentar a elaboração dos projetos pedagógicos dos PRMS (Brasil, 2009).

A resolução CNRMS n.2, de 13 de abril de 2012, dispõe sobre as diretrizes gerais para os programas de residência multiprofissional e em área profissional de saúde; a resolução n.5, de 7 de novembro de 2014, disciplina as atividades

⁵ A resolução CNRMS n.2, de 13 de abril de 2012, define que a RMS é destinada a egressos dos cursos de graduação de biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social, terapia ocupacional, saúde coletiva e física médica.

teóricas, teórico-práticas e práticas e a avaliação do residente; a Resolução n.7, de 13 de novembro de 2014, regulamenta a avaliação, supervisão e regulação dos programas de residência (Brasil, 2012b, 2014a, 2014b).

A CNRMS se organiza nas seguintes câmaras temáticas (CT): CT 1 - Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Especialidades Clínicas e Cirúrgicas, CT 2 - Intensivismo, Urgência e Emergência, CT 3 - Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva, CT 4 - Saúde Mental, CT 5 - Saúde Funcional, e CT 6 - Saúde Animal e Ambiental (Brasil, 2012a).

Os PRMS devem ser organizados considerando essas áreas temáticas. Observa-se que a concepção das residências em saúde tem como fundamento o trabalho envolvendo as diferentes profissões de saúde e é configurada como uma única comissão nacional, sem divisões por profissão, mas sim por área de atuação (Ceccim, 2020, p. 49).

Também cabe destacar a forte orientação de seus formuladores de aproximar a RMS dos princípios e diretrizes do SUS, da realidade e das necessidades de saúde das localidades onde esses programas estão estabelecidos. Isso fica evidente nos artigos e *caput* da portaria e da resolução n.2 citadas e nos incisos do artigo 2º que estabelece os eixos que devem nortear a elaboração dos projetos pedagógicos dos PRMS:

- cenários de educação em serviço representativos da realidade socioepidemiológica do País (Inciso I);
- concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural (inciso II);
- integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários (Inciso VI);
- descentralização e regionalização, contemplando as necessidades locais, regionais e nacionais de saúde (Inciso X);
- integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema (Inciso XI) (Brasil, 2009, p. 1-2).

Um aspecto que se destaca nos eixos norteadores estabelecidos pela Portaria n.1.077 é a diretriz para a utilização de abordagens pedagógicas que remetem às metodologias ativas de ensino-aprendizagem, ficando evidente que se

deseja uma postura ativa dos envolvidos no processo educativo, contemplando o momento da avaliação:

- abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais (inciso IV);
- estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS (inciso XI)
- estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar (inciso V) (Brasil, 2009, p. 1-2).

A interprofissionalidade na RMS

Conforme apontado, a RMS possui a exigência de ter pelo menos três profissões no programa, privilegiando treinamentos conjuntos e aprendizagens compartilhadas entre profissionais, o que pode caracterizá-la como um processo de educação interprofissional em saúde (EIP). Muitos outros aspectos aproximam a RMS da EIP, como uma estratégia de preparo para uma prática colaborativa (PIC) e de trabalho em equipe (TE).

Características da aprendizagem na RMS são abordados no *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa* que afirma que ela é mais efetiva quando

- são empregados os princípios de aprendizado para adultos (exemplo: aprendizado baseado em problemas e protocolos de aprendizado por ação);
- os métodos de aprendizado refletem experiências da prática da vida real vivenciadas pelos alunos;
- ocorre interação entre os alunos. (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2010, p. 24).

Para Barr *et al.* (2000), a EIP é valorizada quando são utilizados métodos que permitem a integração entre os participantes, citando *action-based learning*, *problem-based learning*, *simulation-based learning* e *practice-based learning*, entre outros.

Outro aspecto que remete à EIP nos eixos da RMS é sua integração com outros momentos formativos e com a residência médica, presente nos seguintes incisos:

- integração dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a educação profissional, a graduação e a pós-graduação na área da saúde (inciso VIII);
- articulação da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde com a Residência Médica (inciso IX) (Brasil, 2009, p. 2).

Por fim, dentre os eixos estabelecidos se encontra a relação da RMS com as políticas de educação permanente e a política nacional de educação na saúde nos incisos III e VII, deixando claro que a residência faz parte da estratégia de qualificação profissional escolhida pelos formuladores dessas políticas do período:

- política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS (inciso III);
- integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde (inciso VII) (Brasil, 2009, p. 1).

Nesta inter-relação entre RMS e EIP, é importante enfatizar que ambas têm como objetivos preparar profissionais mais aptos ao efetivo trabalho em equipe (TE), tendo como horizonte a concretização de práticas colaborativas no trabalho em saúde (Barr, 2015; Costa *et al.*, 2018) e fornecer aos usuários do sistema os melhores resultados na saúde (Canadian Interprofessional Health Collaborative [CIHC], 2010).

Para Reeves, Xyrichis and Zwarenstein (2018), o TE é o nível mais profundo do trabalho interprofissional. Ele ocorre quando diferentes profissionais trabalham de forma integrada, com intensa interdependência de suas ações, compartilhando uma identidade de equipe (Costa *et al.*, 2018). Os autores afirmam que a colaboração é afetada por seis elementos – “identidade de equipe compartilhada, papéis/objetivos claros, interdependência, integração, responsabilidade compartilhada e tarefas de equipe” – e apresenta diferentes tipos de trabalho interprofissional: trabalho em equipe, colaboração, coordenação e trabalho em rede.

Segundo Peduzzi et al. (2008, p. 419), a origem do TE está relacionado a três vertentes: “a noção de integração [...]; as mudanças na abordagem saúde-doença [...] e as alterações nos processos de trabalho”.

A autora conceitua TE

como uma modalidade de trabalho coletivo que é construído por meio de relações recíprocas, de dupla mão, entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos profissionais de diferentes áreas, configurando, através da comunicação, a articulação das ações e a cooperação (Peduzzi, 2001, p. 423).

Na definição adotada pela OMS (2010, p. 13),

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

Para a OMS (2010, p. 7), a prática colaborativa “permite que os profissionais de saúde integrem qualquer indivíduo cujas habilidades possam auxiliar na conquista dos objetivos de saúde locais”. Nesse sentido, a “prática inclui o trabalho clínico e não clínico relacionado à saúde, como diagnóstico, tratamento, vigilância, comunicação em saúde, administração e engenharia sanitária” (OMS, 2010, p. 13).

Podemos perceber assim que a EIP busca a PIC como forma de concretizar a qualidade na atenção à saúde e a integralidade, e que o TE é a modalidade mais avançada de trabalho colaborativo em saúde.

Todas esses pressupostos da EIP, PC e TE podem ser aplicados à RMS quando ela surge como proposta para melhorar a qualidade da atenção por meio da qualificação dos profissionais de saúde, na perspectiva de integralidade e concepção ampliada de saúde.

A estratégia para isso parte dos próprios eixos comuns integradores, da proximidade com as necessidades de saúde da população, da integração ensino-

serviço-comunidade e do uso de metodologias pedagógicas que permitam a centralidade nos atores e que desenvolvam a postura crítica e reflexiva.

Como elementos comuns observamos, ainda, a necessidade de duas ou mais profissões no processo de aprendizado com o objetivo de aperfeiçoar a colaboração e, com isso, levar à melhora da qualidade de atenção ou dos cuidados em saúde.

Parte-se do princípio de que não basta estudar juntos, realizar atividades educativas juntos ou trabalhar no mesmo ambiente; tanto a RMS quanto a EIP pressupõem aprender uns com os outros (estudantes ou profissionais) e desenvolver ou melhorar a capacidade de colaboração interprofissional, ainda tendo como finalidade maior a busca pela qualidade na atenção à saúde, a integralidade.

Para Ceccim (2020), as residências em saúde foram criadas referindo-se ao conceito de “área profissional” e não de especialidade, como ocorre com a residência médica. Os PRMS são organizados por “área de intervenção assistencial ou gerencial”: residência multiprofissional em atenção primária à saúde, em rede de atenção psicossocial, em oncologia etc.

Sempre que a condição da residência é em área de intervenção e não em especialidade, supõe-se sua oferta em caráter multiprofissional, de modo que se possa abranger aspectos da intervenção biopsicossocial em saúde e bem-estar, em saúde única ou em integralidade da atenção (Ceccim, 2020, p. 44).

Ainda segundo o autor, a complexidade de situações e de necessidades de saúde presentes na perspectiva das áreas de intervenção dos PRMS torna necessárias, além dos conhecimentos interdisciplinares, “múltiplas competências de intervenção” (Ceccim, 2020, p. 44).

Para o autor, “é preciso pensar em equipe multiprofissional, pois a intervenção nas áreas conta com conhecimentos e práticas provenientes de diferentes profissões” – e complementa: “Não são suficientes saberes interdisciplinares, mas competências interprofissionais ao coletivo de profissões que habitam as cenas do cuidado” (Ceccim, 2020, p. 44).

Pela resolução CNRM n.2, os projetos pedagógicos dos programas de residência devem

“prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde” (Brasil, 2012b, p. 2).

Ainda segundo essa resolução, os PRMS devem ser constituídos por meio de “áreas temáticas” que correspondem a um “núcleo específico de saberes e práticas com afinidade programática”, que devem ser utilizados como estratégia para introdução dos programas, criando a “perspectiva de integração multidisciplinar e interdisciplinar” (Brasil, 2012b, p. 2).

Nesse sentido destacamos o seu artigo 5º, parágrafo 2º: “O PP [Projeto Pedagógico] de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões” (Brasil, 2012b, p. 2).

Para isso, as atividades dos PP devem ser organizadas pelos seguintes eixos:

- a. um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar;
- b. um ou mais eixos integradores para a(s) área(s) de concentração constituinte(s) do Programa;
- c. eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional (Brasil, 2012b, p. 2).

A resolução CNRMS n.5, de 7 de novembro de 2014, estabelece, em seu parágrafo 4º, que as estratégias educacionais desenvolvidas pelos programas de residência devem conter, além dos assuntos específicos das áreas de concentração e profissões, temas comuns a todas as áreas “relacionados à bioética, à ética profissional, à metodologia científica, à epidemiologia, à estatística, à segurança do paciente, às políticas públicas de saúde e ao Sistema Único de Saúde” (Brasil, 2014a, p. 1). Ceccim (2020, p. 48) ressalta esse ponto como mais um momento formativo comum a todas as profissões, demonstrando mais uma “evidência de expectativa de interprofissionalidade”. O autor complementa que “para desenvolver competências interprofissionais são necessárias práticas interprofissionais de provimento das intervenções clínicas” (Ceccim, 2020, p. 47).

Avaliação da interprofissionalidade na residência multiprofissional em saúde

A avaliação na RMS deve considerar a complexidade dos vários aspectos que merecem e devem ser avaliados e a necessidade de recorrer a estratégias e instrumentos que permitam realizá-la na amplitude de seus objetivos, envolvendo os diferentes atores desse rico processo de aprendizagem.

Nos eixos centrais dos programas de residência cita-se que se deve estabelecer “sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos” com a perspectiva de levar a uma “atitude crítica e reflexiva” dos residentes em processo de formação (Brasil, 2009, p. 2).

A Resolução n.7 da CNRMS “regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde” (Brasil, 2014a). Em seu artigo 2º, estabelece os critérios para a avaliação dos programas de residência em saúde, explicitando o caráter estruturante da interprofissionalidade nesse processo no tópico “Valorização do caráter multiprofissional e interdisciplinar do trabalho em saúde”.

Buscando avaliar os PRMS que estão em início de atividades, a CNRMS desenvolveu o *Instrumento de avaliação de situação transitória e autorização/reconhecimento de residências multiprofissionais* (Brasil, 2020). A primeira parte do instrumento busca a comprovação dos requisitos legais estabelecidos pelas normas regulatórias para a realização de um PRMS.

Na segunda parte, o instrumento busca avaliar aspectos da organização e estrutura dos programas, e é organizado em três dimensões. Cada uma delas contém “categorias de análise” com itens e indicadores específicos, com conceito de 1 a 5 (Brasil, 2020).

A dimensão 1 – Organização Didático-Pedagógica – preconiza duas categorias de análise: a) Projeto pedagógico – perfil do egresso e objetivos do programa, b) Projeto pedagógico e funcionamento do programa – relação entre o número de residentes e a formação nos serviços de saúde, integração com os sistemas local e regional de Saúde e o SUS, impacto social e demanda de profissionais da área da saúde; matriz curricular: organização didático-pedagógica, metodologia de ensino, metodologia de avaliação dos discentes e metodologia de autoavaliação do programa (Brasil, 2020).

Na dimensão 2 – Corpo Docente-Assistencial – são sete categorias de análise: a) Gestão acadêmica – existência de Comissão de Residência Multiprofissional (Coremu) e Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE) e a composição, titulação e formação dos componentes; b) Coordenador do programa; c) Preceptores; d) Tutores; e) Docentes – titulação, formação, experiência; f) Pesquisa – comitê de ética; g) Educação permanente para corpo docente-assistencial (Brasil, 2020).

A dimensão 3 – Instalações Físicas – tem três categorias de análise: a) Instalações gerais – instalações para atividades didáticas e acesso à internet para todos os atores; b) Biblioteca – acesso a periódicos e bases de dados; c) Instalações para cenários de práticas (Brasil, 2020).

Observa-se que grande parte dos itens do instrumento se refere aos aspectos de estrutura, perfil dos coordenadores dos programas, perfil do corpo docente assistencial, preceptores e as instalações e condições de funcionamento. Mesmo a parte “didático pedagógica” está direcionada ao PP e sua relação com o funcionamento do programa, não havendo uma avaliação dos resultados propriamente ditos do processo de aprendizado.

Gonçalves et al. (2019) avaliaram o desempenho das residências médica e multiprofissional em saúde da família utilizando indicadores do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), concluindo que prevaleceu uma avaliação positiva do desempenho das equipes e da importância da relação ensino-serviço-comunidade proporcionada pelas residências. Mesmo assim indicaram as limitações presentes no estudo e a necessidade da realização de mais estudos com uso de outros instrumentos de avaliação.

Apesar da observação de resultados positivos na atuação profissional dos residentes, Vasconcelos et al. (2015) identificaram a ausência de modelos de avaliação dos resultados da residência e descreveram a construção e a validação de indicadores de autoavaliação de programas de residência multiprofissional em saúde da família no Ceará, apontando-os como “possíveis caminhos” para essa avaliação, ressaltando a importância de que esta última dialogue permanentemente com as realidades locais onde se desenvolve.

Perego (2015) desenvolveu instrumento de avaliação de atitude visando investigar a percepção dos residentes, preceptores e tutores de uma

residência multiprofissional na Baixada Santista em relação à percepção para o trabalho em equipe.

As assertivas foram elaboradas em uma escala Likert organizada em três dimensões: “Aprendizagem compartilhada na residência multiprofissional”, “Formação para o trabalho em equipe” e “Desenvolvimento de competências para práticas colaborativas I” (Perego, 2015, p. 77).

Nas conclusões é destacada a importância de avaliar a percepção dos atores envolvidos na RMS, considerando a possibilidade de aprimorar essa importante modalidade de formação e ainda a escassez de instrumentos nacionais de avaliação (Perego, 2015).

Casanova, Batista e Moreno (2018) aplicaram o instrumento desenvolvido por Perego como uma das etapas de pesquisa que teve como objetivo analisar aspectos da EIP em PRMS de Instituições de Ensino Superior (IES) do estado de São Paulo.

Nesse trabalho, aplicaram o instrumento de avaliação a 76 residentes, que também responderam a uma questão aberta e analisaram ainda os Projetos Pedagógicos de treze PRMS. As assertivas utilizadas abrangeram os seguintes aspectos: 1) as práticas colaborativas permitem que os residentes compreendam a importância da atuação conjunta; 2) as práticas colaborativas envolvem o compartilhamento das competências dos residentes e potencializam as suas habilidades e os seus pontos fortes, com uma visão ampla da saúde e do bem-estar; 3) a satisfação e a percepção dos residentes de segundo ano. Nas respostas da escala atitudinal tipo Likert, os residentes demonstraram uma avaliação positiva em relação à PIC e à EIP nos PRMS (Casanova et al., 2018).

Souza e Ferreira (2019) realizaram pesquisa com residentes e preceptores no âmbito de um programa de residência multiprofissional em saúde do hospital de ensino da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), com o objetivo de analisar a percepção sobre a atividade de preceptoria. Os dados da pesquisa foram coletados por meio de uma escala atitudinal tipo Likert com 22 assertivas distribuídas em quatro dimensões: “(D1) Preceptoria como fator contributivo para o processo de formação em saúde; (D2) formação do preceptor e as competências para o exercício da preceptoria; (D3) a articulação da teoria/prática na atividade de preceptoria no programa de residência multiprofissional em saúde e (D4) características do preceptor ideal” (Souza & Ferreira, 2019).

Os resultados da pesquisa destacam o importante papel do preceptor no processo formativo dos residentes e indicam a necessidade de um processo de formação de preceptores adequado e de acordo com a realidade do cenário sanitário e com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN).

Apesar do avanço no desenvolvimento de instrumento de avaliação da EIP, a avaliação da RMS como uma experiência genuinamente brasileira, com foco nos aspectos que a remetem à EIP e seus objetivos de preparar profissionais para o TE e a PIC, ainda é um desafio entre nós, constituindo um campo de estudo a ser desbravado, tornando-se relevante o desenvolvimento de pesquisas que busquem parâmetros mais efetivos para essa avaliação.

Referências

- Barr, H. (2015). *Interprofessional education: the genesis of a global movement*. London: Centre for Advancement of Interprofessional Education. Recuperado em 02 de junho, 2020, de <https://www.caipe.org/resources/publications/barr-h-2015-interprofessional-education-genesis-global-movement>.
- Barr, H. et al. (2000). Evaluations of interprofessional education. In *A United Kingdom Review for Health and Social Care: United Kingdom Centre for the Advancement of Interprofessional Education with The British Educational Research Association*.
- Brasil. (2005). *Presidência da República. Lei n.11.129 de 30 de junho de 2005*. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Seção 1, p.1. 1º jul.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009). *Portaria Interministerial n.1.077, de 12 de novembro de 2009*. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 217. Seção 1, p.7.
- Brasil. (2012a). *Resolução CNRMS n.1, de 30 de janeiro de 2012*. Institui as câmaras técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Seção I, pp. 29-30.
- Brasil. (2012b). *Resolução CNRMS n.2 de 13 de abril de 2012*. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Seção I, pp. 24-25.
- Brasil. (2014a). *Resolução CNRMS n.5 de 7 de novembro de 2014*. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Seção I, p. 34.
- Brasil. (2014b). *Resolução CNRMS n.7 de 13 de novembro de 2014*. Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF. Seção I, pp. 12/13.
- Brasil. (2020). *Instrumento de avaliação de situação transitória e autorização/reconhecimento de residências multiprofissionais*. Brasília: Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Recuperado em: 17 de maio, 2021, http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16260-cnrms-instrucaodeavaliacao-final-09-pdf&category_slug=agosto-2014-pdf&Itemid=30192.
- Casanova, I. A., Batista, N. A., & Moreno, L. R. (2018). A educação interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em Saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 22(1), pp. 1325-1337. Recuperado em: 17 de maio, 2021, http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000501325&lng=en.
- Ceccim, R. B. (2020). Residências em saúde na perspectiva da colaboração interprofissional: aspectos teórico-práticos das residências em saúde. In D.F. Gomes, M.S.A. Dias, A.K.S. Gadelha, V.O.M. Cavalcante, A.F. Martins (*Trans*) *Formações das residências multiprofissionais em saúde*. Sobral (CE): Edições UVA, pp. 43-60.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). (2010). *A national interprofessional competency framework*. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC). Recuperado em 2 de abril, 2021, <https://phabc.org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf>.
- Costa, M. V., Peduzzi, M., Freire Filho J. R., & Brandão C. (2018). *Educação Interprofissional em Saúde*. Natal (RN): SEDIS-UFRN.

Gonçalves, D. P., Cardoso, M. C. L. R., Silva, T. L. S., Magalhães, T. A., & De Araújo, A. (2019). Análise do desempenho das residências médicas de medicina de família e comunidade e multiprofissional em saúde da família segundo os indicadores do PMAQ-AB das equipes da atenção primária. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 14(41), p. 1879. Recuperado em 17 de maio, 2021, <https://rbmf.org.br/rbmf/article/view/1879>.

Organização Mundial da Saúde. (2010). *Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa*. Genebra: OMS. Recuperado em 10 de junho, 2021, https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3019:marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa&Itemid=844

Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*, 35(1), pp. 103-109. Recuperado em: 17 de maio, 2021, http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en.

Peduzzi, M. (2008). Trabalho em equipe. In I.B. Pereira, & J.C. Lima (org.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, pp. 418-426.

Perego, M. G. (2015). *Aprendizagens compartilhadas na residência multiprofissional em saúde*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de São Paulo, Santos, SP, Brasil.

Reeves, S., Xyrichis, A., & Zwarenstein, M. (2018). Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 32(1), pp. 1-3. Recuperado em: 17 de maio, 2021, <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13561820.2017.1400150?needAccess=true>.

Souza, S. V., & Ferreira, B. J. Preceptoría: perspectivas e desafios na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sciences*, 44(1), pp. 15-21. 2019. Recuperado em: 30 de abril, 2019, <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/view/1074>.

Vasconcelos, M. I. O., De Souza, F. L., Lira, G. V., Dias, M. A. S., & Da Silva, G. S. N. (2015). Avaliação de programas de residência multiprofissional em saúde da família por indicadores. *Trabalho, Educação e Saúde*, 13(2), pp.53-77. Recuperado em: 17 de maio, 2021, http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000500053&lng=en&nrm=iso.

22 AVALIAÇÃO DA INTERPROFISSIONALIDADE: reflexões e resultados da aplicação da Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR) no nordeste brasileiro

Emanuella Pinheiro de Farias Bispo¹
Rosana Ap. Salvador Rossit²

Introdução

Com a notória escassez de estudos brasileiros na investigação de processos relacionados à avaliação da interprofissionalidade, a tradução, adaptação transcultural e validação estatística do *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II* – AITCS-II (Orchard, 2015) para o contexto brasileiro representa um avanço no sentido de apresentar um instrumento diagnóstico desenvolvido para mensurar a colaboração interprofissional dos membros de uma equipe.

Este capítulo tem como objetivo introduzir os referenciais teóricos conceituais e metodológicos da avaliação, da educação interprofissional (EIP) e da prática colaborativa, e apresentar a Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe – AITCS II-BR, versão traduzida, adaptada e validada para o contexto brasileiro (Bispo, 2019) e publicada por Bispo e Rossit (2020).

A educação e a prática interprofissional estão relacionadas diretamente com o propósito de colaboração. A colaboração interprofissional é essencial para a qualidade e a eficiência de um atendimento e seus resultados de saúde, na medida em que melhora a interação interprofissional por meio da aplicação de ferramentas que compreendem a identidade compartilhada, objetivos em comum, interdependência, integração, responsabilidade compartilhada e tarefas em equipe.

¹ Universidade Estadual de Alagoas - Centro Universitário (Cesmac), Alagoas – AL – Brasil, e-mail: emanuella.bispo@uncisal.edu.br

² Universidade Federal de São Paulo, Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (Cedess) - São Paulo – SP – Brasil, e-mail: rosana.rossit@unifesp.br

Para Orchard et al. (2018) os atributos críticos de colaboração incluem coordenação, cooperação e parceria. Avaliar essas dimensões passa a ser essencial no processo de mensurar a colaboração interprofissional.

Desse modo, o AITCS II-BR apresenta-se como um instrumento capaz de avaliar as dimensões da colaboração (coordenação, cooperação e parceria) e proporcionar uma reflexão das práticas interprofissionais. Assim, compreende-se a importância da utilização de um instrumento validado para compreender e instrumentalizar a interprofissionalidade. E partir deste ponto, pode-se repensar e aprimorar as práticas colaborativas em equipes interprofissionais e a formação em saúde.

O AITCS II-BR mostra-se um instrumento com enorme potencial de aplicação no Brasil em diferentes cenários, o que permitirá avaliar a prática colaborativa em equipes interprofissionais e, conseqüentemente, subsidiar planejamentos para a formação profissional.

Avaliação da interprofissionalidade: concepções e possibilidades

A educação interprofissional (EIP) é definida como uma prática em conjunto para o aprimoramento de uma aprendizagem compartilhada entre duas ou mais profissões que aprendem juntas, mutuamente. A EIP tem sido uma ferramenta importante para o desenvolvimento de competências na formação dos estudantes, colaborando com a melhoria da integralidade do cuidado. Para isso, além das competências específicas de cada profissão e as comuns a todas as profissões de uma área, a EIP possibilita o desenvolvimento de competências colaborativas, que envolvem o respeito às outras profissões, o planejamento coletivo, e o exercício do diálogo e da tolerância em um ambiente favorável (Aguilar et al., 2011; Batista, 2012).

Percebe-se assim, que a avaliação da EIP requer a utilização de instrumentos consistentes com essa proposta, que permitam colher informações e forneçam elementos para o planejamento, implementação, acompanhamento e disseminação dos resultados obtidos em projetos e programas interprofissionais.

Considera-se que um processo robusto de avaliação em EIP deve envolver múltiplas estratégias, o que poderá gerar evidências de alta qualidade, as quais

podem melhorar o desenvolvimento e a oferta futura de novas ações de EIP (Reeves & Barr, 2016).

Diante da relevância da temática da avaliação, considera-se pertinente apresentar algumas reflexões sobre essa conceituação.

De acordo com Dias Sobrinho (2003), a avaliação se apresenta de forma distinta, segundo concepção, funções, finalidades, valores, procedimentos, critérios e interesses de quem a utiliza. Isso pode interferir nas decisões e até mesmo provocar mudanças e transformações em determinados contextos. A avaliação reflete a concepção de mundo, de indivíduo e de sociedade, não sendo portanto uma ação neutra, condicionando a tomada de decisões no plano das políticas educacionais, norteando e orientando as práticas pedagógicas nos ambientes educativos.

Entende-se que o conceito de avaliação varia de acordo com o ponto de vista de cada autor. Dessa forma, Tyler (1974, p. 99) relata que

[...] o processo de avaliação consiste essencialmente em determinar em que medida os objetos educacionais estão sendo alcançados pelo programa do currículo e do ensino [...] a avaliação é o processo mediante o qual se determina o grau em que as mudanças de comportamento estão realmente ocorrendo.

Bloom, Hastings e Madau (1983) apresentam aspectos conceituais em que a avaliação é entendida como um método de coleta e processamento de dados necessário nos processos de ensino e aprendizagem e deve incluir uma grande variedade de dados e de instrumentos. Para os autores, ela auxilia no esclarecimento das metas, dos objetivos educacionais e do desenvolvimento do estudante ao longo do período de acompanhamento.

Entende-se, portanto, que a avaliação deve ser um processo contínuo de coleta de dados e fornecimento de informações sobre o desenvolvimento de um projeto, planejamento ou plano de intervenção visando à melhoria da qualidade dele.

Segundo a concepção de Sant'Anna (1995, p. 31), “avaliação é um processo pelo qual se procura identificar, aferir, investigar e analisar as modificações de comportamento e rendimento do aluno, do educador, do sistema, confirmando se a construção do conhecimento se processou, seja ele teórico (mental) ou prático”.

Para Rossit e Storani (2010), a avaliação é um processo que se desenvolve concomitantemente com o processo de ensino-aprendizagem visando detectar até que ponto as competências e os objetivos educacionais estão sendo alcançados a partir das ações implementadas. Assim, a avaliação fornece informações importantes para o aperfeiçoamento da qualidade do processo formativo e do redirecionamento ou redimensionamento das ações perante os resultados obtidos e a tomada de decisões.

Desde a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos de graduação da saúde (Brasil, 2001), a formação deve ser orientada por competências, o que desencadeou um movimento nacional de criação de novos currículos e/ou adequação dos currículos já existentes. Esta mudança de perspectiva requer implementação de unidades curriculares que estimulem o desenvolvimento de capacidades, atributos ou competências nas dimensões cognitivas (saber), habilidades psicomotoras (fazer) e atitudinais (ser e conviver) para o desempenho efetivo das ações e características de uma determinada prática profissional. Requer, também, que o progresso do estudante esteja alicerçado em uma estrutura que permita o desenvolvimento crescente de autonomia e domínio em relação às áreas de competência (específicas, comuns e colaborativas), assim como a inserção dos estudantes em cenários da prática profissional desde o início dos cursos, o que pressupõe a integração ensino-serviço-comunidade.

De acordo com Ramos (2018), a avaliação por competência está relacionada à melhoria do desempenho nos níveis individual, coletivo e organizacional. É um processo pelo qual se compilam evidências de desempenho e conhecimentos de um indivíduo em relação às competências planejadas e desenvolvidas.

A avaliação por competências define-se como um processo com grandes passos: definição de objetivos, levantamento de evidências, comparação das evidências com os objetivos, julgamento (competente ou não competente). Esse tipo de avaliação centra-se nos resultados do desempenho, realizando-se num tempo não previamente determinado.

Neste ponto, considera-se pertinente apresentar algumas definições de competência que possam sustentar teórica e conceitualmente a compreensão do processo de desenvolvimento e avaliação orientados por competência.

Norman (1985) afirma que a competência é um termo frequentemente usado para descrever o conhecimento necessário para ser capaz de executar

uma tarefa específica. Uma competência é mais que conhecimentos; ela inclui a compreensão do conhecimento, habilidades técnicas e de comunicação e a capacidade de resolver problemas por meio do julgamento clínico.

Deluiz (2001) define como a capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidades em uma situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural.

Zarifian (2010) define a competência como a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, guiadas por uma inteligência prática do que está ocorrendo, coordenar-se com outros atores para mobilizar e colocar em ação suas potencialidades. Discute que na compreensão de competência voltadas ao trabalho, além do desenvolvimento dos conhecimentos, habilidades e atitudes, é preciso expandir e avançar para uma lógica que desencadeie a articulação e mobilização dos saberes. Para o autor, o modelo da competência é dinâmico e tenta estabelecer uma relação entre a definição das competências-chave e as escolhas, o desenvolvimento e a mobilização das competências a partir dessas escolhas, e o efeito dessa mobilização nos contextos de trabalho.

Perrenoud (2000) define a competência como a mobilização e a articulação de múltiplos recursos: saberes, habilidades, atitudes, valores, esquemas de percepção, de avaliação e de raciocínio, para agir de modo eficaz em uma determinada situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles.

Essa compreensão da definição de Perrenoud (2000) envolve quatro aspectos: a) as competências não são por elas mesmas saberes ou atitudes, mas mobilizam, integram e orquestram tais recursos; b) essa mobilização só é pertinente em situação, sendo cada situação singular, mesmo que se possa tratá-la em analogia com outras já encontradas; c) o exercício da competência passa por operações mentais complexas, subentendidas por esquemas de pensamento, que permitem determinar e realizar uma ação relativamente adaptada à situação; d) as competências profissionais constroem-se nos processos de formação, sendo mediadas pela atuação de docentes e de situações diversas no trabalho.

De acordo com Barr et al. (2005), a EIP qualificada e baseada em evidências pode intensificar o entendimento mútuo entre as profissões e fortalecer as práticas

colaborativas. Quando a EIP é planejada e realizada de forma eficaz, aumenta a compreensão entre as profissões, o que melhora a prática colaborativa, a prestação dos serviços e os resultados com o paciente.

Peduzzi et al. (2015) sugerem que para a construção desse ambiente favorável para o aprendizado interprofissional no Brasil, é necessário desenvolver estudos que permitam conhecer qual tipo de educação funciona melhor, em que circunstâncias e como ela pode impactar nos resultados da atenção à saúde de usuários e população, trabalhadores e organizações.

Orchard, King e Khalili (2012) afirmam que são necessários instrumentos que permitam avaliar as relações colaborativas em/nas equipes.

Em uma síntese de revisões sistemáticas, Reeves et al. (2010) apontam pontos positivos em relação aos estudos de avaliação para a melhoria das pesquisas, como utilização de mais de uma forma de coleta de dados, geralmente unindo instrumentos quantitativos e qualitativos; uso de métodos de pesquisa semiexperimentais, proporcionando a identificação de mudanças relacionadas à EIP, pois esse tipo de pesquisa produz dados antes, durante e depois de experiências formativas; pesquisas longitudinais.

Dessa forma, a avaliação deve acontecer durante todo o processo de educação e formação na perspectiva da interprofissionalidade. Essa avaliação deve contar com a participação de professores, da universidade, de prestadores de serviço e estudantes na avaliação de suas próprias experiências interprofissionais. A EIP deve contar, também, com a avaliação de pesquisadores para contribuir com evidências científicas em relação à eficiência dessa estratégia (Barr & Low, 2013).

A avaliação da EIP pode ter diversos motivos para ocorrer. A avaliação pode ter ênfase processual e/ou ser focada em resultados. O processo pode ser avaliado qualitativamente a partir de documentos, observações, grupos focais, questionários e entrevistas abertas. Já os resultados podem ser quantificados usando instrumentos validados, sendo estes últimos os mais recomendados (Barr & Low, 2013).

A partir desse apontamento de Barr e Low (2013), destaca-se que dependendo do objeto de investigação, o avaliador (docente, profissional do serviço, pesquisador, estudante) deverá selecionar o instrumento que melhor se adequa aos objetivos propostos. Nesse sentido, apresentam-se a seguir alguns instrumentos validados para mensurar constructos da interprofissionalidade.

Alguns instrumentos de avaliação da educação interprofissional

O número de estudos e de instrumentos para avaliar a prática colaborativa e a EIP tem aumentado nos últimos anos (Abed, 2015): conforme descrito por Abed (2015), a Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) realizou em estudo de revisão e construiu um inventário de instrumentos quantitativos de medição de EIP e prática colaborativa. Essa pesquisa partiu de uma amostra com 2.162 resumos e identificou 128 ferramentas quantitativas relevantes para a EIP ou a prática colaborativa. As ferramentas foram separadas por nível: 64 instrumentos relacionados à atitude, vinte de conhecimentos e habilidades, 34 para comportamento, seis relacionados ao nível organizacional, oito à satisfação do paciente e os catorze restantes para satisfação do gestor.

Segundo Freeth, et al. (2005) e Carpenter e Dickinson (2008) é indicado utilizar instrumentos validados, em vez de o pesquisador elaborar seus próprios instrumentos. Barr e Low (2013) referem que por um lado, quando um mesmo instrumento é administrado em estágios intermediários, o impacto da aprendizagem pode ser medido no decorrer do percurso; por outro lado, quando as avaliações são aplicadas antes e depois da mudança, mas negam observações durante o processo de intervenção, elas podem deixar grandes lacunas.

A seguir apresentam-se alguns instrumentos que podem ser utilizados para a avaliação da interprofissionalidade:

Hojat e Herman (1985) desenvolveram uma escala para medir atitudes em relação médico-enfermeiro, avaliando diferentes aspectos das relações de colaboração entre esses dois profissionais. Uma versão de escala de atitudes válida para todos os profissionais de saúde, com vinte itens em escala Likert, foi elaborada e denominada *Jefferson Scale of Attitudes toward Interprofessional Collaboration* – JeffSATIC (Hojat & Herman, 1985). Em 2014, essa escala foi adaptada transculturalmente e validada no Brasil (Abed, 2015).

Interdisciplinary Education Perception Scale (IEPS): ferramenta de pré-teste e pós-teste que mede as mudanças atitudinais dos alunos resultantes de um curso de EPI (Leucht, et al., 1990).

Interprofessional Attitudes Scale (IPAS): instrumento desenvolvido para capturar atitudes e crenças autorreferidas por estudantes de saúde sobre educação interprofissional e prática colaborativa (Norris et al., 2015).

Interprofessional Collaboration Scale (ICS): instrumento desenvolvido para coletar percepções sobre a colaboração interprofissional ligada à comunicação, fatores de isolamento e acomodação (Kenaszchuk et al., 2010).

Team Climate Inventory (TCI): quatro escalas separadas, porém inter-relacionadas, projetadas para medir diferentes aspectos dos processos colaborativos de uma equipe (Anderson & West, 1994, 1998). A Escala de Clima na Equipe foi adaptada e validada para a língua portuguesa falada no Brasil por Silva e Peduzzi (Silva, 2014).

Interaction Process Analysis (IPA): instrumento que categoriza a natureza socioemocional e está direcionado à interação dentro de grupos ou equipes (Bales, 1976).

Interprofessional Education Collaborative (IPEC): ferramenta que avalia resultados relacionados à prática colaborativa no programa de graduação em saúde por meio da autoavaliação individual do aluno (Dow et al., 2014).

Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): um instrumento diagnóstico canadense, projetado para medir a colaboração interprofissional entre os membros da equipe. O AITCS I (Orchard et al., 2012) apresentou 37 assertivas organizadas em quatro dimensões (cooperação, coordenação, tomada de decisão compartilhada e parceria). A versão atualizada do AITCS II (Orchard, 2015; Orchard et al., 2018) apresenta 23 assertivas distribuídas em três dimensões (parceria, cooperação e coordenação).

Conhecendo um pouco mais sobre a AITCS II e sua versão brasileira, AITCS II-BR

Desde a sua origem, a AITCS II (Orchard, 2015) apresentou-se com 23 assertivas e três dimensões, o que proporcionou mais agilidade nas respostas pelos participantes (média de 15 minutos para responder) e continua proporcionando um apoio no desenvolvimento de educação entre equipes e respostas eficazes em saúde.

A AITCS II (Orchard, 2015) é um instrumento diagnóstico desenvolvido para medir a colaboração interprofissional entre os membros de uma equipe.

Consiste de uma seção inicial com orientações gerais e dados de caracterização da amostra e uma segunda seção com as 23 assertivas com itens sobre a colaboração interprofissional. De acordo com Orchard et al. (2018), a AITCS-II produz resultados altamente confiáveis para medir colaboração em equipes práticas.

A *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale* (AITCS) foi desenvolvida na tentativa de atender à necessidade de medir a colaboração interprofissional. Desde a publicação das propriedades psicométricas da AITCS, esse instrumento tem sido amplamente utilizado para avaliar a colaboração em equipe em diferentes configurações e países. A AITCS foi traduzido para alemão, espanhol, português, francês, ruandês e está atualmente sendo traduzido para o japonês (Orchard et al., 2018).

Segundo Orchard, King e Khalili (2012), os atributos críticos de colaboração prática incluem coordenação (a capacidade de trabalhar em conjunto para alcançar objetivos mútuos), cooperação (a capacidade de ouvir e valorizar os pontos de vista de todos os membros da equipe e contribuir com suas próprias opiniões), tomada de decisão compartilhada (um processo no qual as partes envolvidas trabalham juntas na exploração de opções e no planejamento dos cuidados aos pacientes e familiares) e parcerias (criação de relações abertas e respeitadas em que todos os membros trabalham equitativamente em conjunto para alcançar resultados compartilhados).

Coordenação é um processo que resulta no uso eficiente de tempo, esforço e recursos, padronização de procedimentos (levando a resultados de qualidade), tempos de resposta rápida e uma boa reputação. A coordenação envolve uma série de interligações de atividades de planejamento de cuidado criadas com e para a equipe. A coordenação eficaz é essencial para a colaboração e depende de relações de trabalho eficazes entre serviços e sistemas interorganizacionais que fornecem tempo e recursos necessários envolvendo pacientes e suas famílias.

Cooperação “ocorre quando membros da equipe que demonstram forte cooperação desenvolvem novas atitudes e compreendem os limites entre as práticas de cada um e como sua experiência conjunta pode melhorar o trabalho coletivo”. Quando o conhecimento é limitado e existe competitividade entre os membros da equipe, a comunicação é distorcida e os conflitos de papéis podem impedir a cooperação (Orchard et al., 2012, p. 60).

Tomada de decisão compartilhada “é um processo no qual o paciente e seus familiares participam ativamente do processo do cuidado em saúde, como também das decisões a serem tomadas, considerando um acordo mútuo”. A tomada de decisão compartilhada inclui dois ou mais participantes envolvidos, todas as partes trabalham em conjunto para chegar a um acordo sobre o tratamento disponível, a informação é compartilhada entre todos os indivíduos envolvidos, e um acordo de colaboração é alcançado para o tratamento a implementar (Orchard et al., 2012, p. 60).

Parcerias, dentro da prática colaborativa, “reconhecem e respeitam o papel e as contribuições dos pacientes e suas famílias, como parceiros em seus cuidados”. Relacionamentos de trabalho em parceria e colaboração exigem confiança por parte das equipes. A confiança parece estar correlacionada com experiência e competência. Parcerias envolvem “compartilhar responsabilidades entre as partes, tomada de decisão compartilhada e planejamento compartilhado para intervenções” (Orchard et al., 2012, p. 61).

Para Orchard et al. (2012) esses elementos da colaboração são apoiados por três facilitadores (esclarecimento de papéis, partilha e valorização) que estabelecem as bases para que os membros da equipe possam cooperar uns com os outros em uma coordenação, levando ao desenvolvimento da confiança.

A *Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe – AITCS II-BR* (Bispo & Rossit, 2018) é um instrumento diagnóstico adaptado para o português brasileiro e validado da *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II – AITCS II* (Orchard, 2015), desenvolvida para medir a colaboração interprofissional entre os membros de uma equipe. Ela tem 23 assertivas consideradas características da colaboração interprofissional, entendida a partir da percepção de como uma equipe trabalha e atua.

O instrumento diagnóstico AITCS II-BR (Bispo & Rossit, 2018) manteve a estrutura original do AITCS II (Orchard, 2015; Orchard et al., 2018), com uma seção inicial contendo orientações gerais de preenchimento e itens de caracterização da amostra, e uma segunda seção, com as 23 assertivas. Os itens da escala estão organizados em três dimensões, consideradas fundamentais para o trabalho colaborativo: 1) parceria com oito itens; 2) cooperação com oito itens; 3) coordenação com sete itens em escala Likert de cinco pontos – (1) nunca;

(2) raramente; (3) às vezes; (4) frequentemente; (5) sempre –, assim como a apresentação das assertivas em escala Likert de cinco pontos.

Nesse contexto, é importante refletir sobre o instrumento de avaliação em itens que apresentem várias categorias de resposta, como por exemplo, as escalas em Likert. Instrumentos com essa estrutura servem para duas funções: enfatizar aspectos relevantes das variáveis em questão ou, em alguns casos, optar por uma categoria intermediária de opção das respostas (Bartholomeu et al., 2013).

Dentre as várias escalas existentes para medir atitudes, uma das mais utilizadas em pesquisas é a escala Likert, criada pelo educador e psicólogo Rensis Likert em 1932. Likert, em sua tese, realizou um levantamento usando uma escala de um a cinco pontos, o que resultou num modelo de escala (escalas de Likert) como meio de medir atitudes e demonstrou que podia captar mais informações do que usando os métodos concorrentes (Bermudes et al., 2016).

Para Fabrigar e Wegener (2010), a escala no formato Likert permite avaliar um conjunto de dimensões de atitudes. A atitude tem sido alvo de pesquisas que visam investigar como os seus componentes influenciam na mudança de comportamento e percepções. O conceito de “atitude” tem sido reestruturado ao longo dos anos, mas ainda não possui uma definição única.

Albarracín et al. (2011) indicam que a atitude está relacionada ao que se pensa, se sente e a como se deseja realizar o comportamento associado a um determinado objeto de atitude. Esses componentes são influenciados pelos comportamentos prévios, pelos hábitos e pela avaliação das consequências resultantes de uma determinada ação. Assim, cada componente apresenta uma relação mútua, formando um todo unificado.

Na construção de uma escala atitudinal estão envolvidos vários conhecimentos que se entrecruzam, como por exemplo, a psicologia, que define os construtos e analisa a relação entre os processos mentais e as amostras comportamentais que são susceptíveis de medição; a teoria da medição, que fundamenta a escala analisando as relações entre os processos mentais, de forma a corroborar as correlações com sistemas numéricos; a estatística, que dá embasamento matemático aos instrumentos de medida (Cunha, 2007).

As escalas são utilizadas como ferramenta para mensuração ou medição. Uma escala pode ser definida como um contínuo de valores

ordenados que admita um ponto inicial e um ponto final. Há duas características importantes das escalas: confiabilidade (que se refere à capacidade para diferenciar, de forma constante, entre um valor e outro, o que significa obter os mesmos resultados quando aplicada a uma mesma amostra) e validade (que indica a capacidade da escala para medir as qualidades a que se propõe) (Silva & Silva, 2010).

Para Bermudes et al. (2016), a escala de Likert pode ser conceituada como um tipo de escala de atitude na qual o indivíduo respondente indica seu grau de concordância ou discordância em relação a determinado objeto. Essa escala apresenta o grau de intensidade das respostas, fornecendo direções sobre a posição do respondente em relação a cada afirmação.

A seguir apresenta-se o instrumento AITCS II – BR (Bispo & Rossit, 2018) composto por uma breve introdução seguida dos dados de caracterização dos respondentes. Antecedem a escala propriamente dita algumas instruções para o preenchimento e as três seções (parceria, cooperação e coordenação).

Para evitar uma tendência de resposta com direcionalidade para um único tema referente a cada seção, recomenda-se que os itens das três seções sejam mesclados, numa quase randomização. Esse procedimento tende a evitar que o respondente fique sob o controle exclusivo de uma categoria específica (parceria, cooperação, coordenação) para manifestar a sua opinião.

A Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional na Equipe II – AITCS II-BR: as pesquisas em andamento

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que a educação interprofissional (EIP) é uma estratégia inovadora que proporciona a prática colaborativa. Ela ocorre quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si. A colaboração compreende o compartilhamento, parceria, interdependência e poder, e envolve a reflexão e ação mútua em busca de respostas às necessidades de saúde dos usuários.

Como mencionado, o trabalho de Bispo (2019) teve por objetivo realizar a tradução, adaptação transcultural e validação da *Assessment of Interprofessional*

Team Collaboration Scale (AITCS II) (Orchard, 2015) para o contexto brasileiro. A coleta de dados foi realizada em dois estudos. O estudo 1 implementou o percurso metodológico para a tradução, adaptação transcultural e validação estatística da AITCS II-BR. A validação seguiu quatro fases: avaliação de equivalências conceitual e de itens, avaliação da equivalência semântica, equivalência operacional e equivalência de mensuração. A equivalência de mensuração foi obtida com a participação de quinze profissionais de diferentes profissões em duas aplicações com intervalo de quinze dias.

O estudo 2 se propôs a validar a escala AITCS II-BR a partir da análise da percepção dos profissionais de saúde do Nordeste do Brasil em relação ao nível de colaboração interprofissional. Participaram dessa etapa 245 profissionais de diferentes formações em saúde do Nordeste brasileiro. Um espaço aberto foi adicionado ao instrumento para registro das potencialidades, fragilidades e sugestões. Os contatos dos profissionais foram obtidos com as secretarias de saúde e universidades da referida região geográfica. A escala foi hospedada em plataforma *on-line* e enviada por *e-mail* aos profissionais.

Para as análises do estudo 1, um banco de dados foi preparado e recebeu tratamento estatístico com cálculo do coeficiente de correlação linear (r) e da confiabilidade do instrumento. Os resultados do estudo 1 mostraram que a AITCS II-BR tem validade de conteúdo e de aparência para avaliar a atuação e a colaboração interprofissional, tendo alcançado coeficientes superiores a 0,8 nos índices de consistência e concordância nas três dimensões, confirmando a equivalência conceitual, equivalência de itens e semântica, equivalência operacional e de mensuração. Para o estudo 2 foram consideradas as médias dos itens da escala atitudinal; diante de cada assertiva, os respondentes escolheram entre cinco opções: nunca = 1; raramente = 2; às vezes = 3; frequentemente = 4; sempre = 5. A concordância plena foi pontuada em cinco pontos e a discordância plena em um ponto, refletindo a percepção e compreensão diante dos itens propostos (Ferreira, 2004).

As médias das respostas aos itens foram desmembradas e classificadas da seguinte forma: zona de perigo com médias entre 1,00 e 2,33 pontos, apontando para uma percepção negativa, indicando a necessidade de mudanças urgentes; zona de alerta com médias entre 2,34 e 3,67 pontos, indicando dificuldades que

demandavam mudanças sem o caráter de urgência; por último, zona de conforto com médias entre 3,68 e 5,00 pontos, indicando uma percepção positiva, denotando êxito naquilo que estava sendo pesquisado (Ferreira, 2004; Ferreira et al., 2013; Perego & Batista, 2016). O Quadro 1 apresenta esta classificação por cores.

Quadro 1. Níveis de classificação dos itens a partir do cálculo das médias.

Intervalo das médias	Classificação	Providências
1,00 – 2,33	Perigo	Mudanças imediatas percepção negativa, indicando a necessidade de mudanças urgentes
2,34 – 3,67	Alerta	Aprimoramento dificuldades que demandam mudanças sem o caráter de urgência
3,68 – 5,00	Conforto	Manutenção percepção positiva, denotando êxito naquilo que estava sendo pesquisado

Fonte: Perego e Batista (2016).

Os resultados da aplicação da escala mostraram itens com médias em zonas de conforto e alerta.

Na dimensão *parceria*, os itens A3, A4, A6 e A8 apresentaram-se em zona de alerta. Esses itens em zona de alerta versaram sobre os seguintes aspectos da colaboração Interprofissional: a regularidade dos encontros entre os profissionais para discutir o cuidado ao paciente (A3); a coordenação dos serviços de saúde e sociais, incluindo neste último questões relacionadas a finanças, trabalho, moradia e relações com a comunidade, tendo por base as necessidades de cuidado (A4); a definição de metas para cada um dos pacientes (A6); a participação do paciente e da família junto com a equipe para realizar ajustes no plano de cuidado (A8).

Esses aspectos da parceria ainda são considerados fragilidades nos serviços de saúde e requerem maior atenção por parte de profissionais e pesquisadores. Envolver pacientes e familiares nos planos de cuidado é um dos princípios fundamentais da colaboração interprofissional.

Na dimensão *cooperação*, os itens em zona de alerta foram A9 e A13. Esses itens abordam as questões de compartilhamento de poder (A9) e um movimento

de busca de soluções satisfatórias diante de diferentes opiniões dentro da equipe (A13). Entende-se que as relações de poder e a verticalização das relações em muitos serviços de saúde ainda são considerados grandes desafios para a implementação da prática interprofissional colaborativa.

Na dimensão *coordenação*, seis (A17 e A19 a A23) dos sete itens classificaram-se em zona de alerta. Dentre eles, instiga-se a reflexão sobre uma única definição de trabalho colaborativo nos cenários de prática (A17); a comunicação aberta, incluindo pacientes e familiares nas reuniões de equipe (A19); a utilização de processos de resolução de problemas para resolver conflito (A20); a percepção sobre a liderança da equipe que deve variar dependendo das necessidades dos pacientes (A21); a escolha da liderança dos serviços (A22); apoiar abertamente a inclusão do paciente nas reuniões da equipe (A23). Todos esses itens versam sobre aspectos que, rotineiramente, na percepção dos profissionais do nordeste brasileiro, não fazem parte das orientações adotadas na maioria dos serviços de saúde da atenção primária.

A análise qualitativa do espaço aberto foi organizada, descrita e interpretada por meio de categorias temáticas que emergiram das respostas do espaço aberto inserido no instrumento AITCS II-BR (Bispo & Rossit, 2018). Os relatos espontâneos inseridos nesse espaço foram tratados com a análise de conteúdo na modalidade temática, a partir de dois eixos temáticos: “Importância, desafios e possibilidades da educação e trabalho interprofissional” e “Formação em saúde para a prática interprofissional”.

Para a organização e análise dos conteúdos expressos no espaço aberto adotou-se a metodologia de Minayo (2011) e Franco (2005). A análise qualitativa permite a compreensão de valores culturais e representações de determinado grupo acerca de um tema específico, sob diferentes perspectivas, abordando as relações entre atores sociais e ações implementadas (Minayo, 2011).

Os dados qualitativos foram inseridos em quadros sinópticos e organizados em categorias temáticas adotando os seguintes passos: a) leituras das respostas, com o intuito de compreender e apreender o sentido das informações; b) condensação das informações; c) identificação em cada item dos pontos comuns e agrupamento das similaridades, permitindo a construção de categorias temáticas de análise; d) análise reflexiva das respostas significativas para o estudo, com o intuito de aprofundamento do objeto (Minayo, 2011).

O detalhamento desses passos seguiu a seguinte estruturação: para organizá-los, os dados qualitativos foram compilados em um único documento, transcrevendo as contribuições dos participantes. Inicialmente, foi realizada uma pré-análise por meio de leituras repetitivas, em que se fez um contato exaustivo com o material coletado. Essas leituras exaustivas foram importantes para compreender as particularidades das respostas dos participantes, como também um sentido mais geral, como um todo. Após esse primeiro contato com as respostas e refletindo sobre os conteúdos expressos, emergiram as unidades de contexto (UC).

Conforme descrito por Minayo (2011), as UC representam a parte mais importante e significativa do relato do participante. De cada UC pode emergir uma ou mais unidades de registro (UR). A partir dos respectivos significados, as UR foram organizadas e agrupadas em categorias temáticas e subcategorias. Os dados foram organizados em um quadro com as UC, UR, categorias e subcategorias. Por fim, os dados foram interpretados e discutidos à luz do referencial teórico.

Os seguintes passos foram adotados no processo de análise dos dados qualitativos:

1. Leitura das respostas, com o intuito de compreender o sentido das informações.
2. Condensação das informações e organização das unidades de contexto (UC).
3. Identificação dos itens em comum e agrupamento das similaridades, permitindo a construção das unidades de registro (UR).
4. Criação das categorias temáticas (CT).
5. Análise reflexiva das respostas, com o intuito de aprofundamento do objeto.

Nos relatos do espaço aberto foram identificadas 189 UC, 211 UR e categorias emergentes que apontaram dificuldades em relação ao diálogo e à confiança mútua para a colaboração interprofissional.

A seguir apresentam-se alguns trechos dos relatos livres a partir de algumas categorias.

-Reconhecimento da importância da interprofissionalidade

Os diferentes contextos de produção dos serviços de saúde do SUS são cenários potentes para desenvolver competências colaborativas no intuito de oferecer serviços de saúde mais integrais e resolutos. (P31)

Como potencialidades vejo a importância do diálogo e discussão dos processos de trabalho na elaboração de estratégias para enfrentar as dificuldades e desafios dos territórios. (P120)

Fazemos o possível para que tenhamos uma equipe coesa e com compartilhamento de experiências profissionais. (P190)

-Desafios do preparo profissional para a prática interprofissional

É importante clarificar alguns conceitos, tais como educação interprofissional, educação multiprofissional, educação interdisciplinar, trabalho interprofissional, prática colaborativa, trabalho em equipe [...] fazer essa distinção é importante para assegurar práticas mais coerentes com as necessidades de saúde das pessoas. (P31)

Eu acredito que o primeiro passo para que uma prática interprofissional possa ocorrer de verdade só vai existir quando os profissionais envolvidos começarem a se preocupar mais com o material humano do que com seus próprios egos. (P40)

Percebo certa fragilidade e resistência por parte de alguns profissionais em implementar ao seu cotidiano profissional uma prática colaborativa, visando compartilhar conhecimentos entre a equipe. (P241)

-Limitações para o trabalho em equipe

A fragilidade ainda é o modelo de ensino superior que estimula a formação uniprofissional, sendo uma grande barreira para o desenvolvimento de competências colaborativas. A desigualdade de salários e o privilégio de algumas profissões também

se configura como grande barreira para o fortalecimento dessa abordagem. (P31)

Silos profissionais ainda são muito fortes; atenção ainda muito centrada no profissional e na doença, desde a formação do profissional de saúde e, portanto, refletindo em sua prática futura. (P75)

Falta de incentivo da gestão na promoção da educação permanente, na qualificação dos profissionais, no desenvolvimento de pesquisas e projetos. (P108)

-Possibilidades da formação profissional para a interprofissionalidade

A construção de atividades interprofissionais nos cenários de prática, a partir da definição conjunta das ações entre os cursos de diferentes IES presentes nos serviços e as equipes desses serviços. (P81)

A comunicação deve ser sempre a ferramenta mais utilizada e compartilhada dentro das equipes. (P118)

A integração entre a equipe é uma potencialidade, ainda há necessidade de um maior comprometimento da ESF com o Nasf, sugiro que a gestão trabalhe no sentido de favorecer uma melhor relação entre os profissionais. (P122)

Além da pesquisa desenvolvida por Bispo (2019) envolvendo profissionais das equipes de saúde do Nordeste brasileiro, outros pesquisadores brasileiros estão utilizando a escala AITSCS II-BR (Bispo & Rossit, 2018). Até o presente momento, nove pesquisas estão sendo desenvolvidas concomitantemente em três regiões do território brasileiro (Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste). Essas pesquisas estão sendo conduzidas por docentes juntamente com estudantes de pós-graduação na área da saúde nas seguintes instituições de ensino superior: Universidade Federal do Ceará, Universidade Federal de São Paulo; Universidade de São Paulo; Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Rio de Janeiro).

Esses estudos, investigando a colaboração interprofissional nas equipes, estão sendo desenvolvidos nos cenários de residência multiprofissional em saúde,

Programa PET-Saúde Interprofissionalidade, serviços de urgência e emergência, saúde de idosos, hospital universitário e na análise dos impactos e desafios para o cuidado em tempos de pandemia do Covid-19. Os estudos têm como público-alvo preceptores, profissionais, residentes, estudantes para mapear o nível de colaboração interprofissional, identificar competências a serem desenvolvidas e/ou aprimoradas e para planejar ações formativas, preparando-os para o trabalho colaborativo em saúde.

Considerações finais

Para a educação interprofissional, a prática colaborativa interprofissional e o trabalho em equipe interprofissional necessitam-se de parceria, cooperação e coordenação, enquanto dimensões interdependentes no contexto da interprofissionalidade. Desse modo, o AITCS II-BR apresenta-se como um instrumento diagnóstico importante para mensurar o nível de colaboração interprofissional entre os membros de uma equipe, visto que ele apresenta essas três dimensões em sua proposta diagnóstica.

Entende-se que os princípios da EIP se aplicam tanto para a formação profissional quanto para a educação permanente dos profissionais da saúde. O ambiente de trabalho junto a profissionais de outras áreas configura-se como oportunidade e espaço rico e promissor de possíveis mudanças de percepções, atitudes e modos de trabalho, com disponibilidade para as práticas compartilhadas e abertura para a educação permanente na perspectiva do trabalho em equipe e da colaboração interprofissional.

A aplicação do AITCS II-BR (Bispo & Rossit, 2018) proporciona às equipes interprofissionais a possibilidade de avaliação do seu processo de trabalho em equipe, tornando a educação permanente essencial para o preparo dos profissionais, capazes de desenvolver uma prática interprofissional com vistas à integralidade do cuidado, como também promover a integração ensino, serviços e comunidade, imprescindíveis para a constituição de redes de atenção, redes de saberes e redes de fazeres.

Torna-se necessário continuar o processo de validação com a aplicação de um número maior de profissionais das equipes de saúde. E outro desafio será

realizar estudos longitudinais de melhorias do trabalho em equipe e da colaboração interprofissional, o que poderá fornecer informações importantes sobre o modo como uma equipe trabalha e atua nos contextos de atenção à saúde e subsidiar o desenvolvimento de ações de educação permanente para o fortalecimento da força de trabalho em saúde para maior resolutividade das demandas existentes nas realidades brasileiras.

Conclui-se que o AITCS II-BR possui equivalência conceitual, de itens e semântica, além de equivalência operacional e de mensuração destinada à realidade brasileira. Existem várias aplicações potenciais para a escala em pesquisas, educação permanente, avaliação de desempenho e avaliação do trabalho em equipe.

Referências

- Abed, M. M. (2015). *Adaptação e validação da versão brasileira da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional: um estudo em profissionais da atenção básica*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, GO, Brasil.
- Aguilar, R. H. S., Scapin, L. T., & Batista, N. A. (2011). Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Revista da Avaliação da Educação Superior*, 16(1), pp. 167-184.
- Albarracín, D., Wang, W., Li, H., & Noguchi, K. (2011). *Structure of attitudes: judgments, memory, and implications for change*. In W.D. Crano, & R. Prislin. *Attitudes and attitude change: frontiers of social psychology*. United States of America: Psychology Press, pp. 19-40.
- Anderson, N., & West, M. (1994). *The team climate inventory: manual and users' guide*. Windsor: ASE Press.
- Anderson, N., & West, M. (1998). Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. *J Organ Behav*, 19, pp. 235-258.
- Bales, R. (1976). *Interaction process analysis: a method for the study of small groups*. Chicago: University of Chicago.
- Barr, H., & Low, H. (2013). *Interprofessional learning in pre-registration education courses: a Caipe guide for commissioners and regulators of education*. London: Caipe.
- Barr, H., Koppel, L., Reeves, S., Hammick, M., & Freeth, D. (2005). *Effective interprofessional education: argument, assumption, evidence*. Oxford: Blackwell.
- Bartholomeu, D., Montielb, J. M., & Machado, A. A. (2013). Avaliação da Escala Likert dos Itens do CSAI-2 em Atletas. *Interação Psicol.*, 17(1), pp. 79-89.
- Batista, N. A. (2012). Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno FNEPAS*, 2, pp. 25-28, Recuperado em 22 de setembro, 2021 http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf.
- Bermudes, W. L., Santana, B. T., Braga, J. H. O., & Souza, P. H. (2016). Tipos de escalas utilizadas em pesquisas e suas aplicações. *Scales used in research and applications. Vértices*, Campos dos Goytacazes (RJ), 18(2), pp. 7-20.
- Bispo, E. P. F. (2019). *Tradução, adaptação transcultural e validação do Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II – AITCS II para o contexto brasileiro*. Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, Santos, SP, Brasil.
- Bispo, E. P. F., & Rossit, R. A. S. (2018). Adaptação transcultural e validação estatística do Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II. *Revista Científica Ágape*, 1(1).
- Bispo, E. P. F., & Rossit, R. A. S. *Avaliação da Colaboração Interprofissional: Escala de Avaliação da Colaboração Interprofissional em Equipe (AITCS II-BR)*. Alagoas, São Paulo: Universidade Estadual de Alagoas; Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Universidade Federal de São Paulo, 2020. Recuperado em 05 de agosto, 2021, https://educapes.capes.gov.br/retrieve/196896/Avaliacao_Colaboracao_Interprofissional_2020.pdf.
- Bloom, B., Hastings, T., & Madaus, G. (1983). *Manual de avaliação formativa e somativa do aprendizado escolar*. São Paulo: Pioneira,
- Brasil. *Resolução CNE/CES nº 4, de 7 de novembro de 2001*. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina., 2001. Recuperado em 23 de maio, 2020, <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.
- Carpenter, J., & Dickkinson, H. (2008). *Interprofessional education and training*. Bristol: Policy Press.
- Cunha, L. M. da. (2007). *Modelos Rasch e Escalas de Likert e Thurstone na medição de atitudes*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Deluiz, N. (2001). O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e da

- educação: implicações para o currículo. *Boletim Técnico do Senac*, 27(3), pp. 12-25.
- Dias Sobrinho, J. (2003). Avaliação da educação superior regulação e emancipação. In J. Dias Sobrinho, & D.I. Ristoff (org.). *Avaliação e compromisso público: a educação superior em debate*. Florianópolis: Insular.
- Dow, A. W., Diazgranados, D., Mazmanian, P. E., & Retchin, S. M. (2014). An exploratory study of an assessment tool derived from the competencies of the Interprofessional Education Collaborative. *Journal of Interprofessional Care*, 28(4), pp. 299-304.
- Fabrigar, L. R., & Wegener, D. T. (2010). Attitude structure. In R. F. Baumeister, & E. J. Finkel. *Advanced social psychology: the state of the science*. Oxford: Oxford University Press, pp. 177-203.
- Ferreira, B. J. (2004). *Inovações na formação médica: reflexos na organização do trabalho pedagógico*. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 477 p.
- Ferreira, B. J., Batista, S. H., & Batista, N. A. (2013). O processo de ensino/aprendizagem no mestrado profissional MP-Norte: análise de uma experiência. *Enseñanza de las Ciencias*, v. extra, pp. 1246-1251.
- Franco, M. L. P. B. (2005). *Análise de conteúdo*. Brasília: Liber Livro.
- Freeth, D., Hammick, M., Reeves, S., Koppel, L., & Barr, H. (2005). *Effective interprofessional education: development, delivery and evaluation*. Oxford: Blackwell, Caipse.
- Hojat, M., & Herman, M. W. (1985). Developing and instrument to measure attitudes toward nurses: preliminary psychometric findings. *Psychological Reports*, 56, pp. 571-579.
- Kenaszchuk, C., Reeves, S., Nicholas, D., & Zwarenstein, M. (2010). Validity and reliability of a multiple-group measurement scale for interprofessional collaboration. *BMC Health Services Research*, 10(83).
- Leucht, R., Madson, M., Taugher, M., & Petterson, J. (1990). Assessing perceptions: design and validation of an interdisciplinary education perception scale. *Journal of Allied Health*, 19, pp. 181-191
- Minayo, M. C. S., Deslandes, R., & Gomes, S. F. (org.). (2011). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Norman, G. R. (1985). *Assessing clinical competence*. New York: Springer, pp. 330-341.
- Norris, J., Carpenter, M., Eaton, M., Guo, J., Lassche, M., Pett, M., & Blumenthal, D. (2015). Development and construct validation of the interprofessional attitudes scale. *Academic Medicine*, 90(10), pp. 1394-1400.
- Orchard, C. A. (2015). *Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale II (AITCS-II)*. Revised version. Recuperado em: <https://nexusipe.org/advancing/assessment-evaluation/assessment-interprofessional-team-collaboration-scale-aitcs>. Acesso em: 20 jun. 2019.
- Orchard, C. A., King, G. A., & Khalili, H. (2012). Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): development and testing of the instrument. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(1), pp. 58-67.
- Orchard, C. A. et al. (2018). Assessment of Interprofessional Team Collaboration Scale (AITCS): further testing and instrument revision. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 38(1), pp. 11-18.
- Peduzzi, M., Norman, I., Coster, S., & Meireles, E. (2015). Adaptação transcultural e validação da *Readiness for Interprofessional Learning Scale* no Brasil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(n.esp.2), pp. 7-15.
- Perego, M. G., & Batista, N. A. (2016). Aprendizagens compartilhadas na residência multiprofissional em saúde. *Tempus actas de saúde coletiva*, 10(4), pp. 39-51.
- Perrenoud, P. (2000). Construir competências é virar as costas aos saberes? *Revista Pátio*, Porto Alegre: Artmed, 3(11), pp. 15-19.
- Ramos, M. N. Avaliação por competências. In *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, [s.d.]. Recuperado em 10 de maio, 2020, <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avacom.html>.
- Reeves, S. & Barr, H. (2016). Twelve steps to evaluating interprofessional education. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 11(6), pp. 601-605, Recuperado em 20 de junho, 2021, <https://core.ac.uk/download/pdf/74396494.pdf>.
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). A conceptual framework for interprofessional teamwork. In H. Barr (ed.). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Rossit, R. A. S., & Storani, K. (org.). (2010). *Avaliação nos processos educacionais*. São

Paulo: Editora Unifesp, Unicep.

Sant'Anna, I. M. (1995). *.Por que avaliar? Como avaliar?: critérios e instrumentos*. Petrópolis: Vozes.

Silva, M. C. (2014). *Adaptação transcultural e validação de instrumento de avaliação de trabalho em equipe: Team Climate Inventory no contexto da atenção primária à saúde no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado em 20 de junho, 2019, <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/tde-30102014-165103/>.

Silva, N. L. S. da; Silva, O. H. da. (2010). Escalas de medidas de variáveis para diagnósticos da sustentabilidade de sistema de produção agropecuários. *Scientia Agraria Paranaensis*, 9(2), pp. 71-84.

Tyler, R. W. (1974). *Princípios básicos de currículo e ensino*. Porto Alegre: Globo.

Zarifian, P. (2010). *O modelo de competência: trajetória histórica, desafios atuais e propostas*. São Paulo: Editora Senac São Paulo.

AUTORES

Andrea Ribeiro Costa

Bacharel e licenciada em Enfermagem - Universidade Federal do Pará (UFPA). Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde e Doutorado em Ciências - Universidade Federal de São Paulo. Docente do Instituto de Ciências da Saúde - UFPA e orientadora da Residência Multiprofissional em Saúde do Idoso - HUIBB- UFPA. Integrante do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/7784701471386641>

Orcid iD - <http://orcid.org/0000-0002-8872-9132>

e-mail: andreacosta@ufpa.br

Andrea Alves Soerensen

Enfermeira (Universidade de Guarulhos-UNG). Mestre em Enfermagem Fundamental (EERP-USP). Doutora pelo Programa Interunidades (EERP-USP)

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/2215671453999964>

Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0002-7818-9101>

e-mail: aasoerensen@uol.com.br

André Kenzo Saito

Fisioterapeuta (UNIFESP - Campus Baixada Santista, 2010). Fellowship (University of Pittsburgh, EUA - 2011). Mestre em Ciências da Saúde (UNIFESP - Campus Baixada Santista, 2014).

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/0517773415803195>

Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0002-0330-9009>

e-mail: saito.andrekenzo@gmail.com

Bettina Correa da Silva Vostoupal de Souza

Psicóloga formada pela Universidade Federal de São Paulo. Experiência na área da saúde

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/3419333231038852>

e-mail: bettina@vostoupal.com

Carla Cilene Baptista da Silva

Terapeuta Ocupacional (UFSCar-1992), Mestrado (UFSCar 1996), Doutorado (USP-2003), Pós-Doutorado (Universidade de Aveiro-2016). Docente do curso de Terapia Ocupacional, Campus Baixada Santista/Unifesp. Orientadora nos Programas de Pós-Graduação: Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Ensino em Ciências da Saúde (Mestrado Profissional da UNIFESP. Integrante do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/7118155019861351>

Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-9250-6065>

e-mail: carla.silva@unifesp.br

Cláudia Maria de Oliveira

Bacharelado e licenciatura plena em Letras (USP-2005), Mestra em Ensino em Ciências da Saúde (UNIFESP, 2014). Técnica de Nível Superior em Assuntos Educacionais (UNIFESP-Campus Baixada Santista - Diretoria Acadêmica, 2006).

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/6642124563233926>

Orcid iD - <http://orcid.org/0000-0001-9494-2741>

e-mail: claudia.oliveira@unifesp.br

Cynthia Girundi

Graduada em Terapia Ocupacional (UFMG). Especialista em Docência do Ensino Superior (PUC-RS). Mestre em Ciências da Reabilitação (UFMG), Doutoranda em Ciências da Saúde (UNIFESP-BS). Professora Assistente do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Integrante do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/4508065293666406>

Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0002-6873-2449>

e-mail: cynthiagirundi@gmail.com

Cristiano Gil Regis

Enfermeiro (UFC-2006), mestre em Ensino em Ciências da Saúde (UNIFESP-2012), doutor em Ciências (UNIFESP-2018). Docente do curso de enfermagem da Universidade Federal do Acre (UFAC), Campus Cruzeiro do Sul. Integrante do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/3007783082079822>

Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0002-6024-6032>

e-mail: cristiano.regis@ufac.br

Daniel Marques Santos

Tecnólogo em Radiologia (Universidade Nove de Julho-2006), Mestre em Ensino em Ciências da Saúde (UNIFESP 2014), Especialista em Estatística Aplicada (FMU 2017), Tecnólogo em Radiologia (UNIFESP), Doutorando em Ciências da Saúde (UNIFESP - BS). Integrante do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/5363064909749911>

Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0003-0569-3048>

e-mail: danrad7777@gmail.com

Emanuella Pinheiro de Farias Bispo

Terapeuta Ocupacional (UNCISAL-2007). Mestra em Ensino na Saúde (UFAL-2013). Doutora em Ciências (UNIFESP-2019). Atualmente é professora adjunta do Centro de Ciências Integradoras da UNCISAL. Docente Titular do Curso de Medicina do Centro Universitário - CESMAC. Integrante do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/5684251218644000>

Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0003-0161-0700>

e-mail: emanuella.bispo@uncisal.edu.br

Gabriele Carlomagno Vilanova

Enfermeira (UNIFESP-SP-2007), mestrado em Ciências da Saúde (UNIFESP-BS- 2017). Doutoranda na Florence Nightingale Faculty. Integrante do Grupo

de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).
Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/4694875884578591>
Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0002-6222-8284>
e-mail: gabrielecv@gmail.com

Geovannia Mendonça dos Santos

Psicóloga (UNIFESP, 2012), Mestre (UNIFESP, 2015) e Doutoranda em Ciências da Saúde pela UNIFESP/Campus Baixada Santista. Especialização em Avaliação de Serviços de Saúde, Porto Alegre/UFCSPA-UNA-SUS (2015). Servidora Técnica Administrativa em Educação (Psicóloga) EPM/UNIFESP. Integrante do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).
Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/3247162368902300>
Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0002-3922-6336>
e-mail: gm.santos@unifesp.br

Ivanete Pereira da Silva

Bacharel em Serviço Social (FAPSS, 1991). Mestra em Ensino em Ciências da Saúde (UNIFESP-2007). Doutora em Ciências (UNIFESP-BS-2017). Integrante do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).
Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/4345367844562650>
Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0002-8282-1608>
e-mail: iva9silva@gmail.com

Jhony de Almeida Estevam

Fisioterapeuta (Univ. Mackenzie -SP, 2017). Mestrado (UNIFESP, 2021). Especialista - Modalidade Residência Multiprofissional (Ortopedia e Traumatologia) UNIFESP 2019). Docente do curso de Saúde Pública da Univ. Mackenzie, e fisioterapeuta no Instituto de Medicina Física e Reabilitação - HC FMUSP.
Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/7247309996374071>
Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0001-7552-4333>
e-mail: jhony.almeida@unifesp.br

Lucilene Martorelli Ortiz Petin Medeiros

Psicóloga (UNISANTOS-2002), Mestrado em Ciências da Saúde (UNIFESP-2013). Docente dos cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia e Direito da Universidade Metropolitana de Santos (UNIMES). Psicóloga Clínica. Integrante do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).
Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/5769691473015618>
Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-9261-3733>
e-mail: lu21ortiz@gmail.com

Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Terapeuta Ocupacional (PUCC-1986), Mestrado e Doutorado (USP-2001/2009), pós-doutorado (UNIFESP-2016). Docente do curso de Terapia Ocupacional, orientadora de mestrado e doutorado Unifesp campus Baixada Santista. Coordenadora do Programa de Pós-graduação Ensino em Ciências da Saúde, modalidade profissional. Vice-líder do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).
Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/3179063226554474>
Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0002-5289-3731>
e-mail: uchoa.lucia@unifesp.br

Marcello de Oliveira Quaresma Cardoso

Fisioterapeuta (UNIFESP - Campus Baixada Santista, 2010). Especialização em Fisioterapia Traumato-Ortopédica (Gama Filho, 2012). Mestre em Ciências da Saúde (UNIFESP - Campus Baixada Santista, 2014).
Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/3511459637875765>
Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0003-2454-227X>
e-mail: moqcardoso@gmail.com

Maria José da Silva

Farmacêutica (Unisantos-2004), doutoranda em Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade (USP-2021-atual), Mestre em Ensino em Ciências da Saúde (UNIFESP-2014). Diretora

Técnica do Núcleo de Educação Permanente em Saúde - Departamento Regional de Saúde IV - Baixada Santista.

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/0140102254013502>

Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0003-2990-9392>

e-mail: majosilze@gmail.com

Maria Stella Peccin

Fisioterapeuta (IPA -1990), Mestrado e Doutorado (UNIFESP). Docente, Orientadora de Mestrado e Doutorado e Coordenadora da Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia da UNIFESP. Avaliadora de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde pelo MEC. Membro do Board da BEME e BICC. Integrante do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/0428199048138850>

Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0003-0329-4588>

e-mail: stella.peccin@unifesp.br

Mariana Chaves Aveiro

Fisioterapeuta (UFSCar-2003), Mestre em Fisioterapia (UFSCar-2005), Doutora em Fisioterapia (UFSCar-2010). Docente do Curso de Fisioterapia, Eixo Específico e Eixo Trabalho em Saúde, UNIFESP-campus Baixada Santista. Orientadora na Pós-graduação stricto sensu Interdisciplinar em Ciências da Saúde. Integrante do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/8912160623559438>

Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0003-0444-3178>

e-mail: mariana.aveiro@unifesp.br

Marcos Calvo

Médico (FMP-1986), Residência em Medicina Preventiva e Social (UNESP-Botucatu 1987-89), Secretário de Saúde de Santos (2013-2016), Mestrado Profissional em Ensino em Ciência da Saúde - UNIFESP - Campus Baixada Santista 2021, Coordenador do Curso de Medicina da universidade São

Judas Tadeu - Campus de Cubatão. Integrante do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/6469034433717083>

Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0001-6225-5410>

e-mail: marcoscalvo@uol.com.br

Michelle de Jesus Pantoja Filgueira

Enfermeira, Mestre em Ensino em Ciências da Saúde (CEDESS/UNIFESP), docente curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins (UFT).

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/3354329820755952>

Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0002-5512-9990>

e-mail: michellefilgueira@uft.edu.br

Nadja Shinyashiki Igarashi

Terapeuta Ocupacional pela Universidade de São Paulo (2010). Especialização em Neurologia do Adulto pelo Hospital Israelita Albert Einstein (2012). Especialização em Formação e Cuidado em Rede pela Universidade Federal de São Paulo (2013). Mestre em Ciências da Saúde pelo Hospital Israelita Albert Einstein (2018).

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/8904590223547626>

Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0002-1494-4024?lang=en>

e-mail: na.shinyashiki@gmail.com

Natália Milânio Soares de Faria

Terapeuta ocupacional pela UNIFESP, 2016. Especialização em Terapia Ocupacional e Reabilitação - def. visual pela UNICAMP (2019). Capacitação profissional ABA, pelo Instituto Agir e pensar (2021). Ocupação atual: Coordenadora de Terapia Ocupacional no Centro de Terapias Integradas Próximo Degrau.

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/0482743653075390>

Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0001-7951-9240>

e-mail: faria26@unifesp.br

Nildo Alves Batista

Médico pediatra. Professor Titular da UNIFESP, mestre e doutor (USP) e Livre-Docente (UNIFESP). Fundador CEDESS (1º diretor (1997/2005, 2017/atual). Docente, Orientador de mestrado e doutorado nos Programas de Pós-Graduação: Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Ensino em Ciências da Saúde. Líder do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/9347541615414055>

Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0002-5538-7447>

e-mail: nbatista@unifesp.br

Patrícia Danielle Feitosa Lopes Soares

Enfermeira pela Universidade do Estado do Pará (UEPA); Mestre em Ciências pela Universidade Federal de São Paulo (CEDESS/UNIFESP). Doutoranda no Programa Interdisciplinar em Ciências da Saúde (UNIFESP/CAMPUS BAIXADA SANTISTA). Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará (UFPA). Integrante do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/5865773328805872>

Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0001-8685-7459>

e-mail: patriciadfla.ufpa@gmail.com

Patrícia Rios Poletto

Fisioterapeuta (UEL-1998), Mestre e Doutora em Fisioterapia (UFSCar-2004/2007). Docente UNIFESP/Campus Baixada Santista. Experiência de 14 anos em educação interprofissional na graduação em saúde. Foi Assessora Nacional-PET Saúde/Interprofissional. Orientadora PPG Ensino em Ciências da Saúde. Integrante do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/7170962317109623>

Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0002-2077-0382>

e-mail: patricia.poletto@unifesp.br

Rafaela Barroso de Souza Costa Garbus

Fisioterapeuta (UNIP-2007), Mestre em Fisioterapia (UNICID-2014), Doutora em Fisioterapia (UNICID-2018).

Docente UNIFESP, Campus Baixada Santista (2018-2020), integrante do Programa de Educação pelo Trabalho, PET-Saúde Interprofissionalidade (2019-2020).

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/9429071795318452>

Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0002-9595-0775>

e-mail: rafaelagarbus@gmail.com

Ricardo Giusti

Médico-Ortopedista pelo MEC- SBOT, Especialista em Ensino Superior (PUCRS), Mestre em Ensino em Ciências da Saúde (UNIFESP, 2014). 40 anos como docente na graduação e pós-graduação. Avaliador de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde pelo MEC. Coordenador de Ensino do Programa OrthoEduca. Integrante do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/7926107875266208>

Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0002-1794-6770>

e-mail: dr.ricardogiusti@gmail.com

Roniele Rodrigues de Souza

Graduado em Educação Física Bacharelado pela Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde (UNIFESP/BS). Especialização em caráter de Residência Multiprofissional em Reabilitação de Pessoas com Deficiência Física Incapacitante (FMUSP).

Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/0952769376194495>

Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0003-3176-214X>

e-mail: ronnyballet@hotmail.com

Rosana Aparecida Salvador Rossit

Terapeuta Ocupacional, Mestre e Doutora em Educação Especial (UFSCar), Pós-

Doutora (UFSCar e UNIFESP). Credenciada em Programas de Pós-Graduação (UNIFESP e UFSCar). Professora aposentada UNIFESP. Bolsa Produtividade Pesquisa-CNPQ (2020-2023). Consultora da CAPES-Área Ensino. Consultora do MEC/INEP-graduação. Membro do FAIMER-Brasil/2012. Integrante do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).
Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/3333865775403342>
Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0002-0563-7188>
e-mail: rosana.rossit@unifesp.br

Rosangela Soares Chriguer

Bióloga (USP-1998), Mestre em Fisiologia (USP-2001), Doutora e Pós-doutora em Ciências Médicas (USP-2005/2009). Docente Unifesp. Coordenadora do Projeto PET-Saúde/Interprofissional e Gestão e Assistência (2019-2021/2022-2023) e PET-Saúde/Gestão e Assistência (2022-2023/). Orientadora no PPG Ensino em Ciências da Saúde. Integrante do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).
Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/7277226334658321>
Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0003-1257-5496>
e-mail: chriguer@unifesp.br

Sanay Vitorino de Souza

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM-2002); Mestre e Doutora em Ciências da Saúde (UNIFESP-2016, 2021). Docente no Programa de Pós-Graduação: Mestrado Acadêmico em Enfermagem, Universidade Federal do Pará (UFPA) em associação ampla com a UFAM.
Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/9175102974834356>
Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0001-6655-6720>
e-mail: sanayvitorino@gmail.com

Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Professora, Psicóloga (1986-UFPA), Mestre e Doutora em Psicologia da Educação (1993/1997-PUCSP), Livre Docente Ensino em Ciências da Saúde (2018-Unifesp). Professora Associada IV do Instituto Saúde e

Sociedade, Campus Baixada Santista/Unifesp. Chefe do Departamento Saúde, Educação e Sociedade (DSES). Integrante do Grupo de Pesquisa Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).
Currículo Lattes - <http://lattes.cnpq.br/7402359906381953>
Orcid iD - <https://orcid.org/0000-0002-5161-1886>
e-mail: sylvia.batista@unifesp.br

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-85-54329-94-5

