

LUCIANA GONZALEZ AUAD VISCARDI

**Educação interprofissional:
percepção de professores e estudantes dos cursos de
enfermagem, fisioterapia e medicina**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutora em Ciências

Programa de Ciências Médicas

Área de Concentração: Educação e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Zen Tempiski

São Paulo

2022

LUCIANA GONZALEZ AUAD VISCARDI

**Educação interprofissional:
percepção de professores e estudantes dos cursos de
enfermagem, fisioterapia e medicina**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutora em Ciências

Programa de Ciências Médicas

Área de Concentração: Educação e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Zen Tempski

(Versão corrigida. Resolução CoPGr 6018/11, de 13 de outubro de 2011. A versão original
está disponível na Biblioteca da FMUSP)

São Paulo

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Viscardi, Luciana Gonzalez Auad
Educação interprofissional : percepção de
professores e estudantes dos cursos de enfermagem,
fisioterapia e medicina / Luciana Gonzalez Auad
Viscardi. -- São Paulo, 2022.
Tese (doutorado) -- Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Ciências Médicas. Área de
Concentração: Educação e Saúde.
Orientadora: Patrícia Zen Tempiski.

Descritores: 1.Educação interprofissional
2.Trabalho em equipe 3.Prática colaborativa
4.Formação em medicina 5.Formação em enfermagem
6.Formação em fisioterapia

USP/FM/DBD-021/22

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

DEDICATÓRIA

Dedico essa tese de doutorado em primeiro lugar a meu amor, meu companheiro e meu marido, **Marco Antonio**, que me apoiou durante todo o processo. Que mesmo sobre estresse ou dificuldade, teve paciência. Em cada choro, multiplicou sorrisos.

Não foi fácil chegar até aqui, seu apoio e presença foram essenciais para que eu me tornasse doutora. Jamais saberei como agradecer todo meu amor.

Aos meus filhos, **Heitor e Matteo**, meus amores, que são meus estímulos para ser cada vez melhor e conquistar o que almejo.

Vocês são meu alicerce em todas as fases da minha vida.

“Os grandes feitos são conseguidos não pela força,
mas pela perseverança.”

Samuel Johnson

AGRADECIMENTOS

Desejo exprimir os meus agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, permitiram que esta tese se concretizasse.

A minha orientadora, Profa Dra. Patrícia Tempsky, que durante todo o processo foi muito carinhosa, atenciosa e paciente comigo, me proporcionou um aprendizado além dos conceitos do estudo, um aprendizado para meu crescimento pessoal. Agradeço a ela e ao Prof. Dr. Milton de Arruda Martins, pela oportunidade de ingressar no doutorado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em um grupo de pesquisa tão seletivo e admirável.

A minha ex-diretora, Profa Dra. Karen Abrao, que foi quem me incentivou a iniciar o doutorado e que é um exemplo de mulher e profissional para mim, a qual sou muito grata por tudo que aprendi com ela e por toda a confiança e oportunidade que sempre me deu.

A Universidade Anhembi Morumbi, instituição a qual trabalho à 13 anos e que me proporcionou muito aprendizado e crescimento profissional. E aos coordenadores dos cursos de Medicina e Enfermagem, em especial a Profa Dra. Gisele Mano (*in memoriam*) que foi uma pessoa muito querida e amiga.

Aos meus colegas de trabalho, Adriana Sarmiento, pela amizade demonstrada, pela ajuda preciosa dada ao desenvolvimento do trabalho e com toda sua bondade e carinho me incentivou durante todo esse processo. Espero que nossa amizade dure por muitos anos. A Angelica Castilho, que foi fundamental também nesse percurso, com orientações e incentivos.

Aos meus colegas de pós-graduação, que de forma direta ou indireta, estiveram presentes nessa trajetória, me ensinaram e incentivaram para essa conquista.

A todos os estudantes e docentes dos cursos de Fisioterapia, Enfermagem e Medicina que participaram dessa tese e contribuíram para meu crescimento e aprendizado profissional.

Por último e não menos importante, à minha família: a meu marido Marco Antonio, que teve paciência nas minhas ausências e preocupações, incentivando sempre.

Aos meus filhos, Heitor e Matteo, que foram gerados durante o meu doutorado e que me fizeram aprender a ser mãe, me incentivaram indiretamente na minha carreira profissional.

Aos meus pais, mas especial à minha mãe, Maria Del Rosário (*in memoriam*), que com certeza ficaria muito feliz em presenciar esse momento.

A todos os meus sinceros agradecimentos.

NORMALIZAÇÃO ADOTADA

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3a ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMÁRIO

Lista de Siglas.....	viii
Lista de Ilustrações	ix
Lista de Tabelas	x
Resumo	xii
Abstract.....	xiii
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo geral.....	17
2.2 Objetivos específicos	17
3 MÉTODOS	18
3.1 Instrumentos da Pesquisa	20
3.1.1 Questionário Sociodemográfico	20
3.1.2 Questionário Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)	20
3.1.3 Perguntas Abertas	22
3.2 Coleta de Dados	22
3.3 Análise de Dados	23
3.4 Análise Documental	25
4 RESULTADOS	27
4.1 Descrição da Amostra	28
4.2 Análise Quantitativa da Percepção da Educação Interprofissional dos Discentes e Docentes	32
4.3 Análise Qualitativa das Questões Abertas Realizadas com os Docentes e Discentes	38
4.4 Análise dos Projetos Pedagógicos dos Cursos	51
4.4.1 Competências Profissionais	51
4.4.2 Unidades Curriculares e Ementas	54
4.4.3 Métodos de Ensino	58
4.4.4 Ações de Desenvolvimento Docente	60
5 DISCUSSÃO	61
6 CONCLUSÃO	72
REFERÊNCIAS.....	75
ANEXOS	86

LISTAS

LISTA DE SIGLAS

ACP	Atenção centrada no paciente
DCN	Diretriz Curricular Nacional
EIP	Educação Interprofissional
FNEPAS	Fórum Nacional da Educação das Profissões da Área da Saúde
IES	Instituição de Ensino Superior
IP	Identidade profissional
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PC	Práticas Colaborativas
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPC	Projeto Pedagógico do Curso
ReBETIS	Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEC	Trabalho em equipe e colaboração

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Mecanismos que delineiam a educação interprofissional no nível prático	7
Figura 2 - Linhas de ação do plano brasileiro para a implementação da EIP (2017-2018)	11
Figura 3 - Diferentes Formas de Trabalho Interprofissional	13
Figura 4 - Fluxograma dos discentes das perdas do estudo	27
Figura 5 - Fluxograma dos docentes das perdas do estudo	28
Figura 6 - Comparação do desenvolvimento de competências colaborativas ente os docentes e discentes dos cursos de saúde	36
Figura 7 - Categorias produzidas dos discursos dos docentes	38
Figura 8 - Categorias produzidas dos discursos dos discentes	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Caracterização da Amostra	30
Tabela 2 -	Comparação do desenvolvimento de competências colaborativas dos discentes por curso da área da saúde	31
Tabela 3 -	Comparação do desenvolvimento de competências colaborativas por sexo, faixa etária, semestre que está cursando na universidade, participação em programas de apoio financeiro, de projetos interprofissionais e se tem outra formação.....	33
Tabela 4 -	Comparação do desenvolvimento de competências colaborativas dos docentes por curso da área da saúde	34
Tabela 5 -	Comparação do desenvolvimento de competências colaborativas por sexo, faixa etária, tempo de docência, participação em projeto e em educação interprofissional.....	35
Tabela 6 -	Análise de dados produzidos a partir da resposta dos docentes à questão: “O que é Educação Interprofissional?”	40
Tabela 7 -	Análise de dados produzidos a partir da resposta dos discentes à questão: “O que é Educação Interprofissional?”	42
Tabela 8 -	Análise de dados produzidos a partir da resposta dos docentes à questão: “Você tem ou teve experiência em educação interprofissional? Se sim, descreva. Se não, quais obstáculos?”	44
Tabela 9 -	Análise de dados produzidos a partir da resposta dos discentes à questão: “Descreva uma vivência em educação interprofissional”	46
Tabela 10 -	Análise de dados produzidos a partir da resposta dos discentes à questão: “Principal aprendizado na vivência interprofissional”	48
Tabela 11 -	Evidências das Principais Competências de Educação Interprofissional Colaborativa nas DCNs e nos PPCs dos Cursos.....	51

Tabela 12 - Quantidade de disciplinas que apresentam educação interprofissional na ementa por semestre dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina	53
Tabela 13 - Disciplinas e Ementas com Conteúdos Interprofissionais nos Cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina	55

RESUMO

Viscardi LGA. *Educação interprofissional: percepção de professores e estudantes dos cursos de enfermagem, fisioterapia e medicina* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2022.

Introdução: Os problemas para a formação em ensino inter profissional (EIP) dos profissionais de saúde para esse novo século são sistêmicos: limitação nas competências para o trabalho em equipe; estratificação persistente das relações de gênero no status dos trabalhadores de saúde; ênfase focada nas habilidades técnicas; dificuldade de análises e compreensões de problemáticas mais amplas do contexto; cuidados esporádicos ao invés de cuidados contínuos; desequilíbrios quantitativos e qualitativos no mercado de trabalho profissional e fragilidade nas capacidades de liderança para melhorar o desempenho do sistema de saúde. O objetivo neste estudo foi avaliar a percepção dos estudantes e professores dos cursos da área da saúde de uma universidade particular em São Paulo sobre a educação interprofissional. **Métodos:** Foi aplicado um questionário sóciodemográfico para delinear o perfil dos docentes e discentes participantes da pesquisa e este tinha perguntas abertas em relação ao entendimento sobre o que é educação interprofissional e suas experiências. Além deste, foi aplicado o questionário RIPLS que avalia as atitudes e percepções dos estudantes e profissionais para determinar sua prontidão para o aprendizado interprofissional. **Resultados:** Os principais resultados evidenciados na pesquisa foram que a formação em Medicina e Enfermagem sugerem maior facilidade para a educação interprofissional do que a formação em Fisioterapia. Quando se compara a percepção da comunidade acadêmica no que diz respeito ao gênero, evidenciamos que os participantes do sexo feminino apresentam maior disponibilidade ao trabalho em equipe e às práticas colaborativas. No que se refere a identidade profissional, os resultados sugerem que os docentes apresentam mais autonomia do que os discentes. Quanto a análise dos PPCs observa-se que as competências não são abordadas no contexto interprofissional. **Conclusão:** Fica evidente a necessidade de um programa de formação docente nos princípios da EIP, além de uma inserção das práticas da EIP e com maior frequência nos currículos dos cursos, afim de melhorar a percepção dos estudantes e docentes na prática colaborativa, para o cuidado em saúde.

Descritores: Educação interprofissional; Trabalho em equipe; Prática colaborativa; Formação em medicina; Formação em enfermagem; Formação em fisioterapia.

ABSTRACT

Viscardi LGA. *Interprofessional education: perception of professors and students of nursing, physiotherapy and medicine courses* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”, 2022.

Background: The problems for training in interprofessional education (IPE) of health professionals for this new century are systemic: limitation in competencies for teamwork, persistent stratification of gender relations in the status of health workers, a focused emphasis on technical skills, difficulty in analysis and understanding of broader problematic issues of the context, sporadic instead of continuous care, quantitative and qualitative imbalances in the professional labor market, and fragility in leadership skills to improve the performance of the health system. This study evaluated the perception of students and teachers of health area courses at a private university in São Paulo regarding interprofessional education. Methods: A sociodemographic questionnaire to delineate the teachers and students participating’ profile and it had open questions regarding the understanding of what interprofessional education is and their experiences. In addition, the RIPLS questionnaire that assesses the attitudes and perceptions of students and professionals to determine their readiness for interprofessional learning were applied. Results: The main results evidenced in the research show that training in Medicine and Nursing allows for greater ease for interprofessional education than training in Physiotherapy. By comparing the perception of the academic community regarding gender, we find that participating women are more available for teamwork and collaborative practices. With regard to professional identity, the result is that teachers propose autonomy more than students. As for the analysis of the PPCs, it is observed that the competences are not addressed in the interprofessional context. Conclusion: To improve the perception of students and teachers in collaborative practice, the need for a teacher training program on IPE principles and more frequent insertion of IPE practices in the curricula of courses is evident, in order to improve the perception of students and teachers in collaborative practice, for the in health.

Descriptors: Interprofessional education; Teamwork; Collaborative practice; Training in medicine; Training in nursing; Training in physiotherapy.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O cuidado integral de uma pessoa é um processo complexo que demanda múltiplos saberes, das diferentes profissões da saúde ⁽¹⁾. A falta de colaboração e de comunicação efetiva entre os profissionais de saúde têm sido relatadas como possíveis razões para a má qualidade dos cuidados prestados aos pacientes. Os estudos têm evidenciado a necessidade de trabalho em equipe, mesmo havendo especificidades de cada profissão da saúde, o trabalho não deve acontecer de forma desarticulada ^(2, 3), o foco deve ser no atendimento das necessidades de saúde, sendo a lógica do trabalho em equipe a premissa para que possamos avançar numa atenção à saúde mais integral e resolutiva ⁽³⁾.

O processo de formação profissional em saúde encontra-se no momento histórico de reformas orientado para o fortalecimento dos sistemas sanitários, com grandes desafios para esse novo século. A educação profissional não acompanhou os desafios deste contexto de saúde, em grande parte devido à fragmentação, desatualização e currículos estáticos que produzem graduados mal equipados. Os problemas para a formação em EIP dos profissionais de saúde para esse novo século são sistêmicos: limitação nas competências para o trabalho em equipe; estratificação persistente das relações de gênero no status dos trabalhadores de saúde; ênfase focada nas habilidades técnicas; dificuldade de análises e compreensões de problemáticas mais amplas do contexto; cuidados esporádicos ao invés de cuidados contínuos; desequilíbrios quantitativos e qualitativos no mercado de trabalho profissional e fragilidade nas capacidades de liderança para melhorar o desempenho do sistema de saúde. Esforços louváveis para resolver essas deficiências na maioria

das vezes fracassou, em parte por causa do chamado tribalismo das profissões, ou seja, a tendência das várias profissões de agirem isoladamente ou mesmo em competição um com o outro ⁽⁴⁾.

A natureza das necessidades de saúde evidencia que um profissional sozinho não consegue dar as respostas exigidas pelas diferentes situações, apontando assim, para a importância do trabalho em equipe. As práticas profissionais se complementam ⁽⁵⁾ e buscam alcançar o cuidado integral do paciente, produto da intensa relação pessoal e profissional que acontece no trabalho em saúde ⁽⁶⁾.

A centralidade do processo de produção dos serviços de saúde é o usuário e suas necessidades de saúde. Essa compreensão exige uma nova forma de trabalho em saúde, mais integrada e marcada por uma efetiva comunicação ⁽⁷⁾.

Em 2001, uma recomendação do Comitê na Qualidade de Cuidados em Saúde do Instituto de Medicina na América sugeriu que os profissionais de Saúde que trabalham em equipes interprofissionais tem uma comunicação mais efetiva e conseguem solucionar mais facilmente necessidades complexas e desafiadoras dos pacientes ^(8,9).

As bases para a educação interprofissional (EIP), definida como o aprendizado que acontece quando duas ou mais profissões aprendem sobre, com e entre si, de forma a melhorar a colaboração e os resultados na saúde ⁽¹⁰⁾, deve iniciar ainda na graduação. Barr (1998) ⁽⁵⁾ afirma que a EIP é uma proposta onde profissões aprendem juntas sobre o trabalho conjunto e sobre as especificidades de cada uma, na melhoria da qualidade no cuidado ao paciente.

Como proposta de formação, a EIP vem sendo discutida nos últimos trinta anos, inicialmente no Canadá e Reino Unido e posteriormente nos Estados Unidos e

Europa, com o intuito de estimular o aprimoramento do cuidado em saúde por meio do trabalho de equipe. Os princípios da EIP se aplicam tanto para a graduação das diferentes profissões de saúde quanto para a educação permanente dos profissionais componentes de uma equipe de trabalho ⁽¹¹⁾, exigindo muito além do que compartilhar o mesmo espaço ⁽¹²⁾.

A imprecisão dos conceitos e dos termos utilizados expõe que ainda não foi possível construir um consenso, mesmo que provisório, sobre os elementos-chave que constituem o trabalho em equipe e suas variações: multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar ou multiprofissional e interprofissional ⁽¹³⁾.

De maneira geral, os prefixos multi, inter e trans, nesta sequência, denotam um grau crescente de interação, integração e coordenação das disciplinas ou profissões segundo o termo utilizado a seguir, disciplinar ou profissional, que fazem referência, respectivamente, ao âmbito das áreas de conhecimento ou disciplinas e das práticas profissionais ^(3, 14).

Conceitualmente, a diferença entre a EIP e multiprofissional está em que no primeiro caso os alunos aprendem de forma interativa sobre papéis, conhecimentos e competências dos demais profissionais. No segundo, as atividades educacionais ocorrem entre estudantes de duas ou mais profissões conjuntamente, no entanto, de forma paralela, sem haver necessariamente interação entre eles ^(11, 15).

A EIP proporciona a capacidade de compartilhar habilidades e conhecimentos entre profissões e permite um melhor entendimento, valores compartilhados e respeito com a atuação de outros profissionais de saúde ^(16, 17, 18). É a principal estratégia de formar profissionais da saúde preparados para uma atuação em equipe e

do cuidado em saúde, na qual a colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas predominam frente à competição ^(19, 20).

No contexto mundial, a sistematização do debate sobre a EIP é relativamente recente. Alguns autores atribuem os primeiros movimentos a um grupo de experts da Organização Mundial da Saúde (OMS) no início da década de 1980. Outros, por sua vez, apresentam a década de 1960, no Reino Unido, como a gênese dos primeiros movimentos de sistematização de seus pressupostos, sendo fortemente atrelados à discussão sobre a necessidade de encontrar estratégias educacionais que pudessem superar a histórica fragmentação do trabalho em saúde e suas implicações na qualidade da atenção à saúde e à segurança dos pacientes ⁽¹⁵⁾.

Entre essas políticas, o Programa UNI - Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais do Setor de Saúde, da década de 1990, foi um marco inicial importante na medida em que se propôs uma mudança de paradigma na educação desses profissionais a partir da crítica ao modelo flexneriano de formação médica, com incorporação da perspectiva interdisciplinar e multidisciplinar, com abordagens que se aproximam dos marcos teórico-conceituais e metodológicos da EIP ⁽²¹⁾.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída em 2004, também se configura como importante política de reorientação das práticas e da formação em saúde por trazer em suas diretrizes importantes elementos que direcionam ações e programas para a integração entre profissionais, universidades, gestores e controle social em um amplo processo educativo, tendo como locus privilegiado o cotidiano do trabalho em saúde. Estes aspectos desenham um cenário adequado para a incorporação e fortalecimento de metodologias e teorias do processo

de desenvolvimento das competências colaborativas assentadas na lógica da EIP ^(20, 21).

Outro marco nacional na política de educação e saúde do Brasil foi a instituição do Fórum Nacional da Educação das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS), criado no ano de 2004. O FNEPAS consiste em um importante espaço conduzido por uma rede de associações profissionais da área da saúde, cujo objetivo é discutir sobre temas para a contribuição na construção de cenários institucionais às mudanças na formação em saúde. Com representantes de todo o País, esse fórum se configura como espaço de grande relevância para a ampliação do debate da EIP, tendo em vista que sempre incorporou lutas relevantes no processo de fortalecimento e consolidação do SUS ^(20, 21).

Outras iniciativas apresentam o tema da interprofissionalidade como um dos eixos de mudança na formação em saúde de forma mais clara, a exemplo do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), instituído pelos Ministérios da Saúde e da Educação, no ano de 2008 ⁽²²⁾. O PET-Saúde tem como alvo as Instituições de Ensino Superior (IES), visando estimular o desenvolvimento de ações de interação e comunicação entre os diferentes cursos de graduação, por meio da inserção dos estudantes nos serviços de saúde, possibilitando a experiência do trabalho coletivo com ênfase na integração ensino-serviço. Reconhece-se que o programa trouxe avanços para o debate da EIP no Brasil, porém os resultados demonstram que as instituições de ensino necessitam de maior suporte para dar sustentabilidade às ações desenvolvidas nessa perspectiva e que é preciso legitimar o ensino interprofissional nas políticas de reorientação da formação em saúde ^(22, 23).

Em 2010 a OMS publicou o documento “Marco para a Ação em EIP e Práticas Colaborativas (PC)”. Neste documento quando vários profissionais da saúde com diferentes experiências fornecem serviços abrangentes, trabalhando com os pacientes, familiares e comunidades, para oferecer a melhor qualidade dos serviços em cada contexto ⁽²⁴⁾, alguns mecanismos delineiam a EIP no nível prático (Figura 1). Estes mecanismos são divididos em mecanismos do educador e mecanismos curriculares, os quais apontam a necessidade de preparar os educadores com boa comunicação entre os participantes, entusiasmo para realizar o trabalho e que estes sejam líderes responsáveis por coordenar as atividades educacionais e identificar as barreiras para o progresso, pois para que a EIP seja incorporada com sucesso no currículo e pacotes de treinamento, as primeiras experiências dos profissionais devem ser positivas ⁽¹⁰⁾.



FONTE: WHO. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, 2010 ⁽¹⁰⁾.

Figura 1 - Mecanismos que delineiam a educação interprofissional no nível prático

Outro movimento importante consistiu na incorporação da EIP em importantes bases legais da educação no âmbito da graduação, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Medicina, publicadas no ano de 2014, demonstram a presença da EIP na dimensão macro da realidade, com possibilidades de induzir mudanças nas dimensões meso e micro ⁽²⁵⁾.

As diretrizes apontam a necessidade de se preparar, cuidadosamente, todos os educadores para o desafio da EIP. Além disso, discute-se a reformulação dos currículos de forma que seja possível a interação de alunos de diferentes cursos, baseado em princípios da andragogia (aprendizado de adultos) e focado no ganho de conhecimentos (o que fazer), habilidades (como aplicar o conhecimento) e atitudes (quando e como aplicar as habilidades) ⁽²⁴⁾.

Assim, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) definem as competências gerais dos egressos, respondendo às principais necessidades de saúde do país. As DCNs dos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Fisioterapia, têm por objetivo nortear a formação de profissionais de saúde no Brasil. Definem que cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais profissões da saúde e instâncias do sistema de saúde, declarando a necessidade de uma atuação interprofissional ^(26, 27, 28, 29).

A partir de 2001, o ensino superior no Brasil é fundamentado nas DCNs, promulgadas pelo Ministério da Educação, referenciadas a partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), Lei no 9.394/1996. Na área da Saúde, as DCNs têm como finalidade reorientar os projetos pedagógicos dos cursos de graduação para a formação de profissionais direcionados aos princípios e diretrizes do Sistema Único

de Saúde (SUS), com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde ⁽³⁰⁾.

Essas diretrizes passam nos anos mais recentes por revisões, produto de discussões com as associações das categorias profissionais, instituições de ensino e atores que estão, historicamente, envolvidos com esse debate. As Diretrizes Curriculares Nacionais de Medicina foram as primeiras a serem revisadas ⁽²⁹⁾, mas as demais categorias profissionais também estão envolvidas nesse movimento de reformulação das diretrizes.

As DCNs projetam que o futuro profissional desenvolva competências, para que seja capaz de atender às necessidades de saúde dos usuários com qualidade, eficiência e resolutividade. A EIP está ao encontro do desenvolvimento das competências propostas pelo Ministério da Educação que se pode dividir em três grandes grupos - competências comuns a todas as profissões, competências específicas de cada área profissional e competências colaborativas, ou seja, o respeito as especificidades de cada profissão, o planejamento participativo, o exercício da tolerância e a negociação, num movimento de redes colaborativas ⁽⁵⁾.

Em 8 de dezembro de 2017, a resolução 569 estabelece diretrizes para o Trabalho interprofissional quanto as DCNs e PPCs das graduações na área da saúde: as DCN 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; os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) 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; as

DCN devem estimular a elaboração de projetos terapêuticos assentados na lógica interprofissional e colaborativa, reconhecendo os usuários dos serviços como protagonistas ativos e co-produtores do cuidado em saúde, superando a perspectiva centrada em procedimentos ou nos profissionais ⁽⁸¹⁾.

De forma consistente, alguns estudos desenvolvidos ^(31, 32, 33, 34, 35) apontam para a efetividade de programas de educação interprofissional com melhorias na formação profissional, na qualidade do trabalho em equipe e no cuidado ao paciente, quando inseridos como proposta educacional desde o início da graduação ⁽³⁶⁾.

Casto e colaboradores (1986) ⁽³⁷⁾ afirmam a importância da inserção da EIP no currículo precocemente e antes que os alunos comecem a praticar, a fim de construir um valor básico de trabalho dentro de equipes interprofissionais. O resultado final desejado é desenvolver uma abordagem interprofissional, baseada em equipe e colaborativa, que melhore os resultados dos pacientes e a qualidade dos cuidados ^(16, 38).

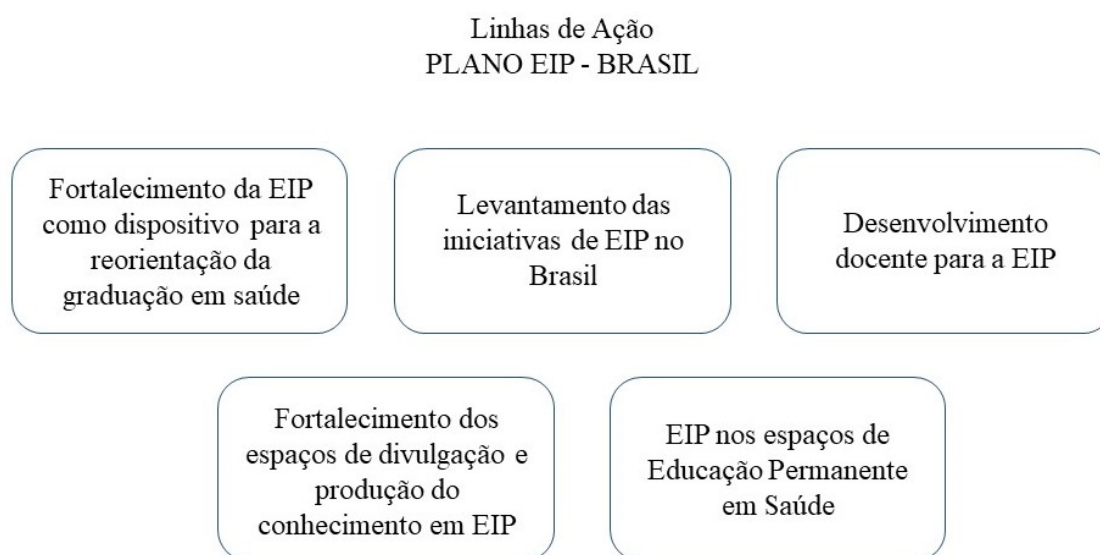
O grupo norte americano Interprofessional Education Collaborative (IPEC) estabelece as competências essenciais para o trabalho interprofissional e estas foram atualizadas em 2016 em torno de dois princípios centrais: Cuidado Centrado no Paciente e Orientado na Comunidade/População; em quatro domínios/competências: valores e ética para a prática interprofissional, papéis e responsabilidades para a PIC; comunicação interprofissional, trabalho em equipe interprofissional e em 39 sub-competências ⁽⁷⁸⁾.

Esses painéis de competências vêm sendo recomendados para avaliar a implantação e o desenvolvimento da EIP, uma vez que permitem a introdução destas competências nos currículos de formação, possibilitando avaliar o desenvolvimento

das mesmas por meio do perfil dos egressos e também para fomentar programas de acreditação da EIP nas IES. O painel de competências do IPEC (2016) caracteriza-se por competências ampliadas, podendo ser aplicado e adaptado a outras realidades e países ⁽⁷⁸⁾.

As competências essenciais e sub-competências para a colaboração interprofissional estabelecidas pelo grupo colaborativo americano (IPEC), envolve conhecimentos, habilidades, valores e atitudes para trabalhar juntos com outros profissionais de saúde, pacientes, famílias e comunidades, de forma apropriada melhorando os resultados de saúde em contextos específicos de cuidados ⁽⁷⁸⁾.

A partir do ano de 2017, motivado pela agenda proposta pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), foi elaborado pelo Ministério da Saúde (MS) em articulação com o Ministério da Educação (MEC), IES e a Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS) um plano de ação brasileiro para a implementação da EIP, organizado em cinco linhas de ação (Figura 2), que incluem inclusive o desenvolvimento docente para a EIP ⁽³⁹⁾, reafirmando a importância que a base seja iniciada ainda na graduação. As dicotomias nos projetos pedagógicos, formação predominantemente orientada pela lógica hospitalar em detrimento da atenção primária como a inserção dos alunos na dinâmica de trabalho das unidades básicas de saúde, desvinculação dos currículos às necessidades da comunidade, distanciamento do trabalho do SUS, e ensino passivo no qual o estudante é apenas um receptor de informações e professor que atua exclusivamente como transmissor de informações sem utilização de metodologias ativas, são os principais desafios para implementação destas linhas de ação ⁽⁴⁰⁾.



FONTE: Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018. ⁽⁴¹⁾

Figura 2 - Linhas de ação do plano brasileiro para a implementação da EIP (2017-2018)

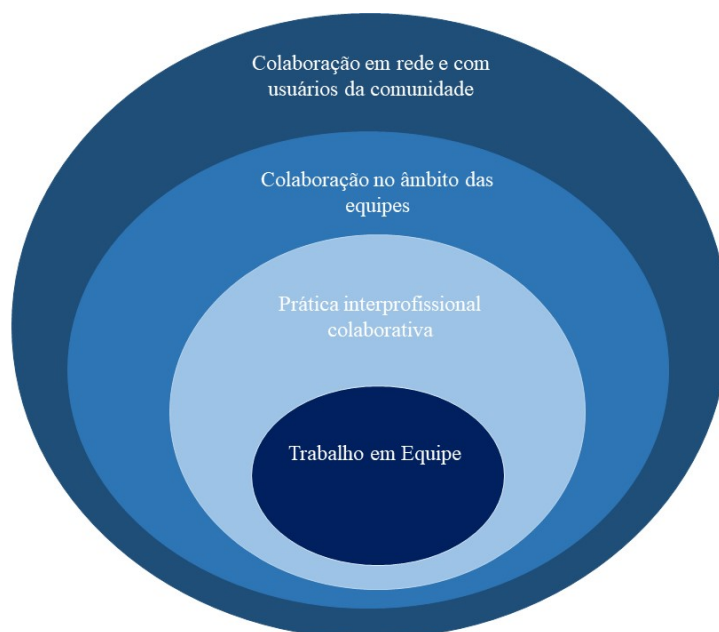
Internacionalmente o grupo de Frenk et al. (2010) ⁽⁴⁾ composto por 20 líderes profissionais e acadêmicos de diversos países, incentivam uma visão compartilhada e uma estratégia comum para a educação pós-secundária em Medicina, Enfermagem e Saúde Pública que vai além das fronteiras nacionais e da individualidade de cada profissão. A Comissão adotou uma perspectiva global, a perspectiva multiprofissional e abordagem sistêmica. Esta estrutura abrangente considera as conexões entre os sistemas de educação e saúde. É centrado em pessoas como co-produtores e impulsionadores de necessidades e demandas em ambos os sistemas. Por interação por meio do mercado de trabalho, a prestação de serviços educacionais gera o fornecimento de uma força de trabalho qualificada para atender a demanda de profissionais para atuar no sistema de saúde.

Nos últimos anos, o tema tem sido enfatizado em períodos de reforma das políticas de saúde e o trabalho em equipe também tem sido abordado no contexto da formação profissional para o fortalecimento dos sistemas de saúde e reorientação de reformas curriculares na perspectiva da EIP. A transformação na formação e preparo dos graduandos reflete o preparo e qualificação dos docentes para a adoção dos princípios da EIP, nos cursos da saúde, tornando-os mais aptos ao trabalho interprofissional e colaborativo encorajá-los para o desenvolvimento de iniciativas orientadas pelas bases teórico-conceituais e metodológicas deste tipo de educação, observando as especificidades das instituições de ensino superior, serviços de saúde e suas diversidades regionais e culturais ⁽⁴¹⁾.

Os resultados da EIP repercutem também na qualidade da atenção à saúde. Peduzzi e Agreli (2018) ⁽⁴²⁾ afirmam que a prática colaborativa interprofissional contribui para a qualidade dos resultados na assistência melhorar o acesso universal e a qualidade da prevenção e tratamento em saúde, pois a má comunicação entre os profissionais da saúde pode prejudicar os atendimentos nos serviços de saúde.

Pautado nas considerações teóricas do trabalho interprofissional de Peduzzi (2001) ⁽⁴³⁾, estudo empírico desenvolvido no contexto da atenção primária do SUS evidencia que a colaboração se caracteriza como uma forma de trabalho essencial para a configuração do trabalho coletivo em saúde orientado às necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidade e pode ocorrer de formas distintas e complementares ^(44, 45): colaboração no âmbito das equipes, quando os profissionais buscam alternativas entre os próprios membros da equipe para melhorar a qualidade da atenção à saúde; colaboração em rede e com usuários e comunidade, quando os profissionais da equipe buscam alternativas na equipe e também em outros serviços,

setores e com os usuários, família e comunidade. Essa modalidade de colaboração ressalta a importância do trabalho interprofissional em equipe na promoção do trabalho intersetorial e da participação social (Figura 3).



FONTE: Adaptação de Peduzzi, 2020 ⁽¹³⁾.

Figura 3 - Diferentes formas de trabalho interprofissional

No Brasil, a discussão sobre a EIP ampliou-se significativamente e nos últimos anos tem sido um importante eixo orientador de programas de indução para mudanças, assumidas pelos Ministérios da Saúde e da Educação. Entretanto, segundo Reeves (2016) ⁽⁴⁶⁾, as universidades devem compreender o ensino interprofissional e romper com o modelo de ensino tradicional antes de adotar a EIP na formação profissional dos alunos e na capacitação dos seus professores.

Reeves (2016) ⁽⁴⁶⁾ destaca a relevância da competência do professor como mediador nas situações de aprendizagem ancoradas na EIP. Esta competência

abrange um conjunto de dimensões que vão desde as experiências prévias, a intencionalidade para o trabalho em grupo interprofissional, a flexibilidade e a criatividade para vivenciar as situações de maneira compartilhada com os estudantes, até o envolvimento e compromisso docente com a EIP.

Outro desafio é a resistência para o rompimento do modelo atual de formação, no qual os profissionais continuam sendo formados separadamente, para no futuro trabalharem juntos, o que é incoerente e traz prejuízos importantes para a qualidade da atenção oferecida no âmbito do SUS ⁽⁴⁷⁾.

Contudo, existe a necessidade de avaliar a EIP sobre os resultados da aprendizagem e estudar as melhores formas de implementá-la nas universidades ⁽²⁾, e para tal é imprescindível conhecer a percepção dos estudantes e professores dos cursos de saúde acerca dos benefícios e valores da EIP para a formação de um profissional com maior competência e ética para sua atuação. Isto se faz importante à medida que pode subsidiar mudanças curriculares, possibilitando melhora nas estratégias educacionais e também nos serviços de saúde, além de contribuir para a construção do conhecimento nesta área.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a percepção dos estudantes e professores dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina de uma universidade particular em São Paulo sobre a educação interprofissional.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Avaliar a percepção dos professores acerca da sua prontidão para educação interprofissional.
- 2) Analisar a percepção dos estudantes acerca da sua prontidão para educação interprofissional.
- 3) Comparar a percepção acerca da educação interprofissional do corpo social (docente e discente) nas diferentes carreiras da área da saúde.
- 4) Comparar a percepção acerca da educação interprofissional entre o sexo feminino e masculino.
- 5) Identificar qualitativa as vivências da educação interprofissional relatada pelos participantes do estudo.
- 6) Identificar qualitativa e quantitativamente as iniciativas de educação interprofissional nos projetos pedagógicos dos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia e Medicina.

3 MÉTODOS

3 MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal exploratório misto (quantitativo e qualitativo) sobre a percepção e vivência da educação interprofissional pelos estudantes e professores de uma universidade particular em São Paulo dos cursos da área de saúde. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Nº 3.011.083).

Foram incluídos no estudo um total de 310 discentes matriculados no penúltimo e último semestre dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina, e 85 docentes que ministram aulas para estes cursos e períodos. A escolha dos cursos levou em conta critérios de afinidade e acessibilidade à comunidade acadêmica. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), garantindo o sigilo no que tange a identidade e origem do respondente (Anexo I). A participação foi voluntária e não houve ganhos ou vantagens de qualquer natureza, da mesma forma a não participação não acarretou prejuízo. Como critérios de inclusão os participantes discentes deveriam estar regularmente matriculados no último ano letivo dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina e os participantes docentes deveriam ministrar disciplinas/estágio supervisionado/internato médico para os discentes do último ano dos respectivos cursos. Foram critérios de exclusão discente não ter assinado o termo de consentimento, estar com matrícula trancada ou estar desperiodizado; e para os docentes não estar regularmente vinculado aos dois últimos semestres dos cursos ou ser professor convidado.

3.1 INSTRUMENTOS DA PESQUISA

3.1.1 Questionário Sociodemográfico

Foi aplicado um questionário sóciodemográfico para delinear o perfil dos participantes quanto a idade, sexo, ano de formação e área de atuação (Anexo II).

3.1.2 Questionário Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS)

O questionário RIPLS avalia as atitudes e percepções dos estudantes e profissionais para determinar sua prontidão para o aprendizado interprofissional. RIPLS é proposto para mensurar a mudança nas atitudes, os efeitos das diferentes intervenções, e as efetividades das intervenções nas mudanças de atitudes e percepções. A versão original foi publicada por Parsell e Bligh (1999)⁽⁴⁸⁾ com 29 itens e teve sua adaptação transcultural à língua portuguesa por Peduzzi et al. (2015)⁽⁴⁹⁾. A versão em português utilizada nesta pesquisa apresenta 27 itens (foram excluídas as questões 18 e 20 do original). Os respondentes indicaram suas respostas em uma escala do tipo Likert 1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Não concordo nem discordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente. Deste modo, quanto maior o escore maior a concordância com o item é mais fortes as atitudes e a disponibilidade para a aprendizagem interprofissional.

Adotou-se a estrutura fatorial recomendada por Peduzzi et al (2015)⁽⁴⁹⁾. Esse questionário apresenta pontos de relação entre a abertura para a aprendizagem interprofissional e algumas características necessárias para o trabalho em equipe,

responsabilidade profissional e identidade profissional ⁽⁴⁸⁾. A versão em português da RIPLS está agrupada em três fatores. O Fator 1 ‘Trabalho em equipe e colaboração’ com 14 itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11(R), 12, 13, 14 e 15) está relacionado a atitudes positivas e disponibilidade para aprendizado compartilhado, trabalho em equipe, colaboração, confiança e respeito em relação a estudantes de outras áreas profissionais. O Fator 2 ‘Identidade profissional’ com sete itens (10, 16, 17, 18, 19, 20 e 21). Apresenta quatro itens (10, 16, 17 e 18) que remetem a atitudes negativas para aprendizagem interprofissional. Os três outros itens (19, 20 e 21) referem-se à autonomia profissional e objetivos clínicos de cada profissão. Este fator expressa atitudes em relação à identidade profissional, embora com componente competitivo. O Fator 3 ‘Atenção à saúde centrada no paciente’ com cinco itens (22, 23, 24, 25 e 26) se refere à atitude positiva e disponibilidade para entender as necessidades da perspectiva do paciente com base em relações de confiança, compaixão e cooperação (Anexo IV). As assertivas questão (10) “não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde”; (12) “habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso”; (17) “a função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos”; (19) “preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde” e (21) “eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu” foram invertidas, adquirindo a seguinte pontuação: (5) discordo totalmente; (4) discordo; (3) não concordo nem discordo; (2) concordo; (1) concordo totalmente ⁽⁵⁰⁾. Foi oferecido a cada participante um espaço de resposta de duas perguntas abertas para

cada grupo (discentes e docentes) para compartilhar sua experiência com a educação interprofissional.

3.1.3 Perguntas Abertas

No questionário sociodemográfico realizado com os docentes e discentes, foram incluídas duas perguntas abertas em relação ao entendimento sobre o que é educação interprofissional e sobre as experiências, vivências acadêmicas e aprendizado neste tema (Anexo II).

3.2 COLETA DE DADOS

O universo dos estudantes do último ano dos cursos estudados foi acessado por correspondência eletrônica e presencialmente ao término de uma atividade em sala de aula, com auxílio dos docentes.

A pesquisa, seus objetivos e métodos foram apresentados aos alunos, e aqueles que aceitaram participar receberam o link do questionário do Google forms tool (Google LLC, CA, USA), que é uma plataforma eletrônica de coleta e análise de dados. A participação foi voluntária e condicionada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após o aceite do TCLE, os participantes tiveram acesso a um questionário sociodemográfico e duas questões abertas (Anexo II) e ao questionário RIPLS (Anexo III). A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2019 a julho de 2020.

3.3 ANÁLISE DE DADOS

Para a análise quantitativa foi utilizado o software Statistical Package for the Social Statistics (SPSS) (version 24; SPSS, Chicago, IL, USA). Os dados foram apresentados em média e desvio padrão. O teste Komogorov Smirnov e Levene foi utilizado para avaliar a distribuição da amostra e a homogeneidade respectivamente para todas as variáveis, em cada grupo. A comparação entre os grupos com três ou mais variáveis independentes foi utilizado o teste Anova com pos hoc de Tukey; para a comparação de duas amostras independentes foi utilizado o teste T de Student. Para a comparação entre os docentes e discentes foi utilizado o teste U de Mann Whitney. Para toda a análise o nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$.

A análise dos dados qualitativos foi realizada pelos métodos de análise do conteúdo. A condução da análise dos dados abrange várias etapas, a fim de que se possa conferir significação aos dados coletados ^(51, 52, 53). No que tange às diferentes fases inerentes à análise de conteúdo, autores diferenciam no uso de terminologias, entretanto, apresentam certas similaridades. Tendo em vista tamanha diversidade, mas ainda assim, aproximação terminológica, optou-se por tomar como balizador, deste estudo, as etapas da técnica propostas por Bardin (2011) ⁽⁵⁴⁾, uma vez que, é a obra mais citada em estudos qualitativos na área de Saúde. Essas etapas são organizadas em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A primeira fase, pré-análise, foi desenvolvida para sistematizar as ideias iniciais colocadas pelo quadro referencial teórico e estabelecer indicadores para a interpretação das informações coletadas. Nesta primeira etapa foi realizada a leitura

flutuante das entrevistas eleitas para a análise, momento em que as entrevistas foram conhecidas e analisadas. Em sequência, realizou-se a escolha dos documentos, definindo o corpus de análise. Posteriormente foram formuladas as hipóteses e objetivos a partir da leitura inicial dos dados, e elaborado os indicadores a fim de interpretar o material coletado.

A exploração do material, segunda fase, consistiu na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas. Bardin (1977) ⁽⁵⁵⁾ define codificação como a transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo. Nesta segunda etapa foi realizada a codificação para formulação de categorias de análise, utilizando as indicações trazidas pela leitura geral;

Em seguida, o texto das questões foram recortados em unidades de registro com o mesmo conteúdo semântico, nas quais palavras-chaves foram identificadas, foi realizado um resumo de cada entrevista e definida a primeira categorização e as categorias iniciais. As categorias iniciais foram agrupadas tematicamente, originando as categorias intermediárias e estas últimas também aglutinadas em função da ocorrência dos temas resultando nas categorias finais. Neste processo indutivo ou inferencial, procura-se não apenas compreender o sentido da fala dos entrevistados, mas também buscar-se-á outra significação ou outra mensagem através ou junto da mensagem primeira ⁽⁵⁶⁾. As perguntas não respondidas pelos participantes ou com

resposta em uma única palavra e que causassem dúvidas, não foram selecionadas para a análise.

A terceira fase compreendeu no tratamento dos resultados, inferência e interpretação, captando os conteúdos manifestos e latentes contidos em todas as entrevistas coletadas. A análise comparativa foi realizada ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes.

3.4 ANÁLISE DOCUMENTAL

Foi realizada uma análise dos projetos pedagógicos dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina de uma Universidade em São Paulo. A intenção de analisar os mesmos é para complementar os resultados obtidos através da análise dos questionários e questões abertas, visto que pôde-se observar a inserção da educação interprofissional nos projetos das disciplinas e nas metodologias de ensino.

Para a análise dos projetos pedagógicos foi realizada a análise documental, método de abordagem qualitativa que enfatiza a importância das informações que podem ser geradas a partir de um olhar cuidadoso e crítico das fontes documentais. Para Gomes (2007) ⁽⁵⁷⁾ o método está para além da técnica, pois considera quatro dimensões que demarcam esta diferenciação, quais sejam: a epistemológica, pois a partir de um modelo de ciência se avalia se uma pesquisa é ou não científica; a teórica, que considera os conceitos e princípios que orientam o trabalho interpretativo; a morfológica, uma vez que se estrutura sistematicamente o objeto de investigação e, por último, a técnica, que se ocupa do controle da coleta de dados e do necessário diálogo entre eles e a teoria que os suscitou.

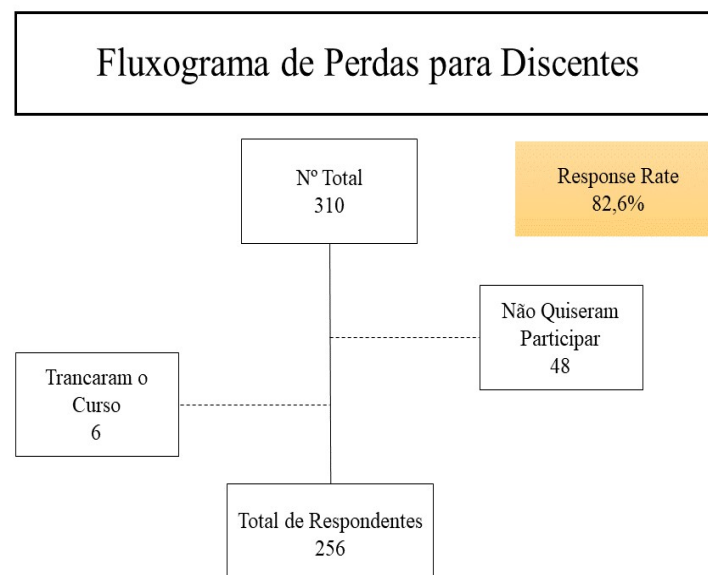
Para a análise documental inicialmente foi realizada a leitura exploratória dos projetos pedagógicos e extraídos os temas relacionados aos objetivos da pesquisa, a fim de identificar a presença da educação interprofissional. Nesse documento encontram-se as competências profissionais, as unidades curriculares com suas ementas descritas, os métodos de ensino e os programas de desenvolvimento docente. Todos esses tópicos foram analisados nesta pesquisa e os dados extraídos dos documentos foram organizados e sistematizados em tabelas e textos. Por fim, por meio da análise temática de conteúdo foi feita a descrição e correlação dos dados.

4 RESULTADOS

4 RESULTADOS

4.1 DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

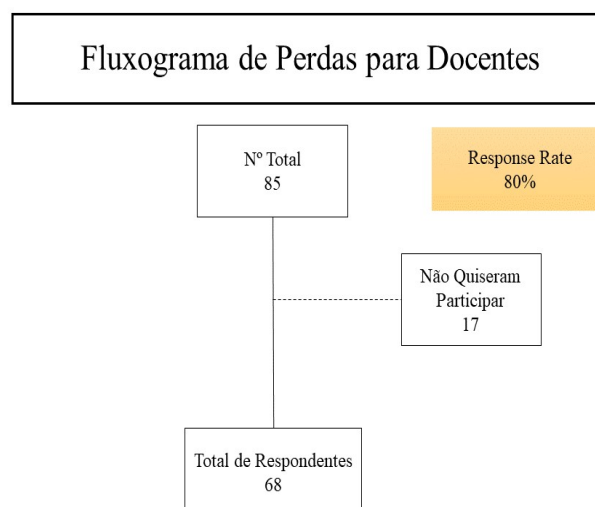
A amostra deste estudo consistiu em 310 discentes matriculados no último ano dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina de uma universidade particular em São Paulo, 48 estudantes não responderam a pesquisa e seis estudantes trancaram o curso (Figura 4). O universo dos docentes que ministram aulas para as turmas do último ano dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina da mesma universidade era composto por 85 docentes, 17 não responderam a pesquisa, conforme apresentado na Figura 4.



Legenda: Fluxograma de perdas para os discentes.

FONTE: Dados da Pesquisa.

Figura 4 - Fluxograma dos discentes das perdas do estudo



Legenda: Fluxograma de perdas para os docentes.

FONTE: Dados da Pesquisa.

Figura 5 - Fluxograma dos docentes das perdas do estudo

Foram incluídos no estudo 256 discentes e 68 docentes, sendo do curso de Fisioterapia 72 (28%) discentes e 22 (32%) docentes, do curso de Medicina 69 (27%) discentes e 29 (43%) docentes e do curso de Enfermagem 115 (45%) discentes e 17 (25%) docentes (Tabela 1).

Em relação ao sexo, 200 (78%) dos respondentes discentes são do sexo feminino e 56 (22%) do sexo masculino. Dos 68 docentes respondentes 52 (76%) são do sexo feminino e 16 (24%) do sexo masculino (Tabela 1).

Em relação a faixa etária dos estudantes, 178 (70%) tem entre 20 e 24 anos, 52 (20%) entre 25 e 29 anos, 14 (5%) entre 30 e 34 anos, sete (3%) entre 35 e 39 anos e cinco (2%) acima de 40 anos. Quanto a faixa etária dos docentes (gráfico 4), 11 (16%) têm entre 30 e 34 anos, 15 (22%) têm entre 35 e 39 anos, 42 (62%) têm acima de 40 anos (Tabela 1).

Quanto ao semestre em que estão matriculados, 114 (45%) alunos estão no penúltimo semestre e 142 (55%) no último semestre. Em relação aos estudantes que possuem de auxílio financeiro, 118 (46%) estudantes não possuem nenhum programa de auxílio, 35 (13%) são alunos bolsistas, 50 (20%) são alunos ProUni, 50 (20%) possuem FIES e três (1%) são cotistas (Tabela 1).

Com relação ao tempo que os docentes atuam na docência, 15 (22%) têm até dois anos, 18 (27%) têm de três a cinco anos, 9 (13%) têm de seis a oito anos e 26 (38%) tem acima de nove anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra

	Discentes	Docentes
Curso		
Enfermagem	115	17
Fisioterapia	72	22
Medicina	69	29
Sexo		
Fem.	200	52
Masc.	56	16
Faixa Etária		
20 - 24 anos	178	0
25 - 29 anos	52	0
30 - 34 anos	14	11
35 - 39 anos	7	15
Acima de 40 anos	5	42
Semestre de Matrícula		
Penúltimo	114	
Último	142	
Auxílio Financeiro		
Nenhum	118	
Bolsistas	35	
Prouni	50	
FIES	50	
Cotista	3	
Tempo de Docência		
Até 2 anos		15
De 3 a 5 anos		18
De 6 a 8 anos		9
Acima de 9 anos		26

Fonte: Dados da Pesquisa.

4.2 ANÁLISE QUANTITATIVA DA PERCEÇÃO DA EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL DOS DISCENTES E DOCENTES

Em relação a comparação do desenvolvimento de competências colaborativas dos discentes por curso, não houve diferenças significativas, conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2 - Comparação do desenvolvimento de competências colaborativas dos discentes por curso da área da saúde

Cursos	n	TEC		IP		ACP		TOTAL	
		M(dp) (16-70)	p-valor	M(dp) (8-40)	p-valor	M(dp) (5-25)	p-valor	M(dp) (27-135)	p-valor
Fisioterapia	72	59,9(9,6)		30,9(2,9)		23,1(3,1)		114,1(13,8)	
Medicina	69	59,3(7,5)	0,10	30,1(2,9)	0,27	23,7(1,7)	0,43	113,2(9,9)	0,32
Enfermagem	115	61,7(6,9)		30,5(3,1)		23,3(2,5)		115,7(10,5)	

*Anova

* $p \leq 0,05$

Legenda: TEC: Trabalho em equipe e colaboração; IP: Identidade profissional; ACP: Atenção centrada no paciente; M- média; dp- desvio padrão; n- número de participantes

Conforme tabela 3, as mulheres apresentaram no fator 1 Trabalho em equipe e colaboração (TEC) significativamente maiores que os homens ($p=0,03$). Nos demais fatores, Identidade profissional (IP) e Atenção centrada no paciente (ACP) não se observa diferenças significativas.

Em relação à faixa etária no fator IP (tabela 3), os mais novos entre 20 a 24 anos, apresentaram escores superiores significativamente aos da faixa etária 25 a 29 anos ($p=0,01$). No que diz respeito ao fator ACP os discentes mais velhos entre 35 a 39 anos foram inferiores aos das faixas etárias 20 a 24 anos ($p\leq 0,001$), aos 25 a 29 anos ($p=0,005$) e aos da faixa etária 30 a 34 anos ($p=0,006$). No item Escore Total a faixa etária de 20 a 24 anos também apresentou valores superiores aos discentes entre 35 a 39 anos ($p=0,0290$). Os discentes com outras formações prévias apresentam escores superiores significativamente em relação aos que não tem outra formação, nos fatores IP ($p=0,03$); ACP ($p\leq 0,001^*$) e o Score Total ($0,04$). Não houve diferença significativa em relação ao semestre em curso; aos programas que participam; aos projetos interprofissionais que participam (tabela 3).

Tabela 3 - Comparação do desenvolvimento de competências colaborativas por sexo, faixa etária, semestre que está cursando na universidade, participação em programas de apoio financeiro, de projetos interprofissionais e se tem outra formação

Características	n	TEC M(dp) (16-70)	P- valor	IP M(dp) (8-40)	P- valor	ACP M(dp) (5-25)	p-valor	TOTAL M(dp) (27-135)	p-valor
§Sexo									
Feminino	200	61,1(7,9)	0,03*	30,6(3,1)	0,69	23,4(2,6)	0,45	115,2(11,6)	0,07
Masculino	56	58,6(7,9)		30,4(2,8)		23,2(2,2)		112,2(10,3)	
*Faixa etária									
20 - 24 anos	178	61,1(7,2)	0,07	31,0(2,8) ^a	0,01*	23,6(2,3) ^b	p≤0,001*	115,8(10,9) ^b	p≤0,001*
25 - 29 anos	52	60,7(7,4)		29,6(2,8) ^a		23,2(1,9) ^c		113,6(9,3)	
30 - 34 anos	14	59,2(7,6)		29,7(3,1)		23,6(1,6) ^d		112,6(8,4)	
35 - 39 anos	7	54,5(18,0)		28,8(6,0)		19,7(7,2) _{b,c,d}		103,1(30,9) ^b	
> 40 anos	5	52,6(12,4)		29,2(2,9)		22,0(2,4)		103,8(17,1)	
§Semestre curso									
Penúltimo	114	60,2(8,9)	0,54	30,5(3,4)	0,96	23,4(3,0)	0,91	114,2(13,3)	0,65
Último	142	60,8(7,1)		30,5(2,7)		23,4(2,1)		114,9(9,5)	
*Programas									
Nenhum	118	59,6(8,1)	0,49	30,1(3,1)	0,26	23,1(2,7)	0,59	113,0(11,8)	0,30
Aluno bolsista	35	61,0(10,2)		30,8(3,0)		23,2(3,5)		115,2(15,0)	
ProUni	50	61,3(6,8)		30,9(2,7)		23,7(1,6)		115,9(8,3)	
FIES	50	61,7(7,0)		30,9(3,0)		23,7(1,8)		116,4(9,9)	
Cotista	3	63,0(2,6)		32,6(3,2)		23,3(2,8)		119,0(7,5)	
*Projeto Inter profissional									
Não participo	238	60,3(8,1)	0,20	30,5(3,1)	0,38	23,41	0,71	114,3(11,6)	0,49
Extensão	9	63,6(3,8)		31,7(2,0)		23,33		118,7(6,3)	
Ensino	4	66,0(0,8)		30,5(2,3)		22,75		119,2(4,0)	
Pesquisa	5	64,4(4,3)		28,8(1,0)		24,60		117,8(5,3)	
§Outra formação									
Sim	206	60,9(7,6)	0,26	30,7(2,8)	0,03*	23,6(2,1)	p≤0,001*	115,3(10,4)	0,04*
Não	50	59,5(9,3)		29,7(3,5)		22,3(3,5)		111,6(14,6)	

*Anova, *pos hoc* de Tukey

*p≤0,05

§T Student

*p≤0,05

Legenda: TEC: Trabalho em equipe e colaboração; IP: Identidade profissional; ACP: Atenção centrada no

paciente; ProUni– Programa Universidade para todos; FIES: Financiamento estudantil

a Diferença significativa entre faixa etária 20 a 24 anos e 25 a 29 anos (IP – p=0,036);

b Diferença significativa entre faixa etária 20 a 24 anos e 35 a 39 anos (ACP – p≤0,001), (TOTAL – p=0,029);

c Diferença significativa entre faixa etária 25 a 29 anos e 35 a 39 anos (ACP – p=0,005);

d Diferença significativa entre faixa etária 30 a 34 anos e 35 a 39 anos (ACP – p=0,006);

Na comparação da formação dos docentes dos três cursos da área da saúde, houve diferença significativa no ACP (Tabela 4), diferença significativamente maior da Medicina em relação a Fisioterapia ($p=0,05$) e da Enfermagem em relação a Fisioterapia ($p=0,02$).

Tabela 4 - Comparação do desenvolvimento de competências colaborativas dos docentes por curso da área da saúde

Cursos	n	TEC		IP		ACP		TOTAL	
		M(dp) (16-70)	p-valor	M(dp) (8-40)	p-valor	M(dp) (5-25)	p-valor	M(dp) (27-135)	p-valor
Medicina	29	62,7(4,3)		32,0 (3,7)		24,0(1,4) ^a		118,8(6,9)	
Enfermagem	17	60,8(5,3)	0,13	31,2(5,3)	0,30	24,2(0,9) ^b	0,01*	116,4(7,8)	0,33
Fisioterapia	22	63,9(2,8)		33,4(4,2)		22,8(2,4) ^{a,b}		120,2(6,3)	

Anova, *pos hoc de Tukey*

$*p \leq 0,05$

Legenda: TEC: Trabalho em equipe e colaboração; IP: Identidade profissional; ACP: Atenção centrada no paciente; ProUni- Programa Universidade para todos; FIES: Financiamento estudantil

a - Diferença entre Medicina e Fisioterapia - $p = 0,05$

b - diferença entre Enfermagem e Fisioterapia - $p = 0,02$

As mulheres tiveram escores maiores no fator Trabalho em Equipe e Colaboração em relação aos homens ($p=0,01$). Não houve diferenças significativas das competências colaborativas entre as faixas etárias, tempo de docência e experiência em educação interprofissional. Dos docentes que participam de projetos interprofissionais, no fator ACP o grupo que não participa de nenhum projeto interprofissional tiveram escores maiores do que o grupo de pesquisa ($p=0,009$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Comparação do desenvolvimento de competências colaborativas por sexo, faixa etária, tempo de docência, participação em projeto e em educação interprofissional

Características	n	TEC M(dp) (16-70)	p-valor	IP M(dp) (8-40)	P- valor	ACP M(dp) (5-25)	P- valor	TOTAL M(dp) (27-135)	p-valor
§Sexo									
Feminino	52	63,3(3,9)	0,01*	32,6(4,6)	0,30	23,6(1,9)	0,25	119,5(6,6)	0,06
Masculino	16	60,3(4,7)		31,3(3,4)		24,1(1,1)		115,8(7,7)	
*Faixa etária									
30 - 34 anos	11	63,1(2,4)	0,28	34,3(1,9)	0,16	23,6(2,6)	0,30	121,1(4,0)	0,44
35 - 39 anos	15	64,0(2,2)		31,0(4,1)		23,1(2,2)		118,2(4,8)	
> 40 anos	42	62,0(5,1)		32,2(4,8)		23,9(1,2)		118,2(8,1)	
*Tempo de docência									
Até 2 anos	15	61,0(4,5)	0,27	31,9(3,2)	0,78	23,1(2,4)	0,40	116,0(6,5)	0,40
De 3 a 5 anos	18	63,9(2,3)		31,6(4,2)		23,6(1,7)		119,2(6,0)	
De 6 a 8 anos	9	63,1(4,3)		33,1(4,5)		24,3(0,8)		120,5(6,2)	
Acima de 9 anos	26	62,5(5,0)		32,7(5,0)		23,9(1,5)		119,1(8,0)	
*Projeto Inter profissional									
Não participo	43	62,1(4,0)	0,58	32,3(4,5)	0,94	24,0(1,1) ^a	0,01*	118,6(7,1)	0,77
Extensão	3	65,3(1,)		31,6(4,1)		23,6(1,1)		120,6(4,1)	
Ensino	12	63,1(4,1)		32,7(5,0)		23,9(1,7)		119,8(6,6)	
Pesquisa	10	63,2(6,2)		31,7(3,5)		22,1(3,2) ^a		117,0(7,8)	
§Experiência em educação Inter profissional									
Não	18	62,0(3,6)	0,46	33,2(3,3)	0,30	23,6(2,3)	0,73	118,8(1,4)	0,92
Sim	50	62,8(4,5)		31,9(4,6)		23,7(1,6)		118,6(1,0)	

*Anova, *pos hoc* de Tukey

* $p \leq 0,05$

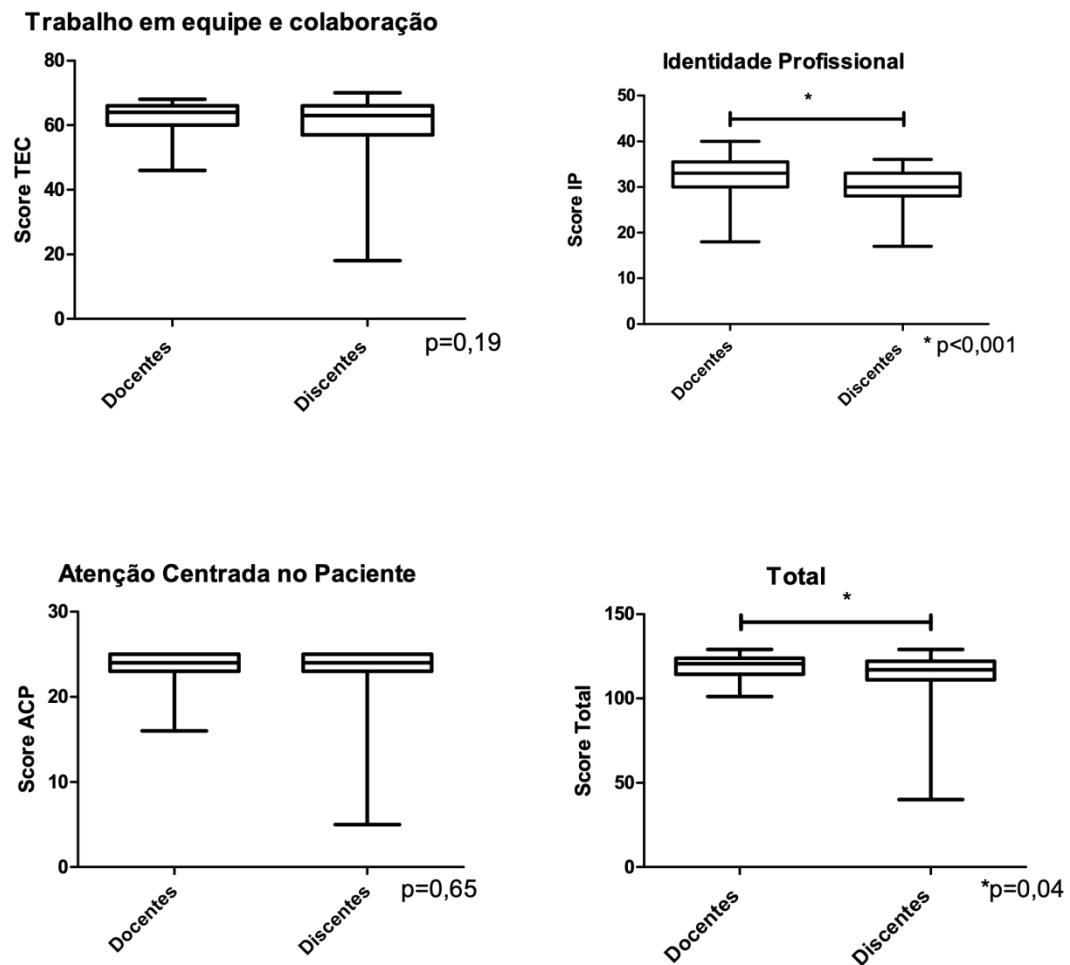
§T Student

* $p \leq 0,05$

Legenda: TEC: Trabalho em equipe e colaboração; IP: Identidade profissional; ACP: Atenção centrada no paciente; ProUni- Programa Universidade para todos; FIES: Financiamento estudantil

^a Diferença significativa entre experiência em educação interprofissional (ACP – $p=0,009$)

Na comparação entre os docentes e discentes não houve diferenças significantes entre TEC ($p=0,19$) e ACP ($0,65$). Nos itens IP ($p\leq 0,001$) e Escore Total os docentes ($0,04$) foram superiores aos discentes (Figura 6).



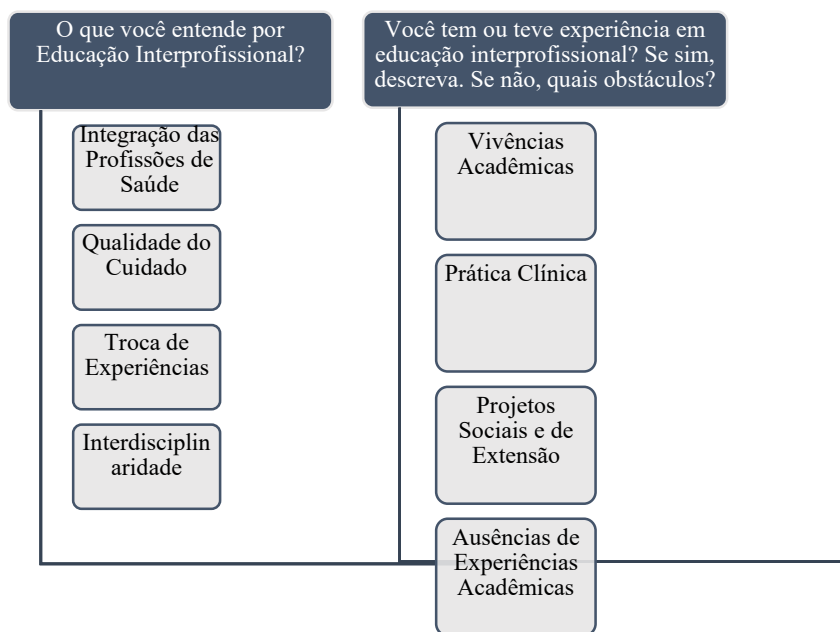
Teste U de Mann Whitney; $*p\leq 0,05$.
FONTE: Dados da Pesquisa.

Figura 6 - Comparação do desenvolvimento de competências colaborativas entre os docentes e discentes dos cursos de saúde

4.3 ANÁLISE QUALITATIVA DAS QUESTÕES ABERTAS REALIZADAS COM OS DOCENTES E DISCENTES

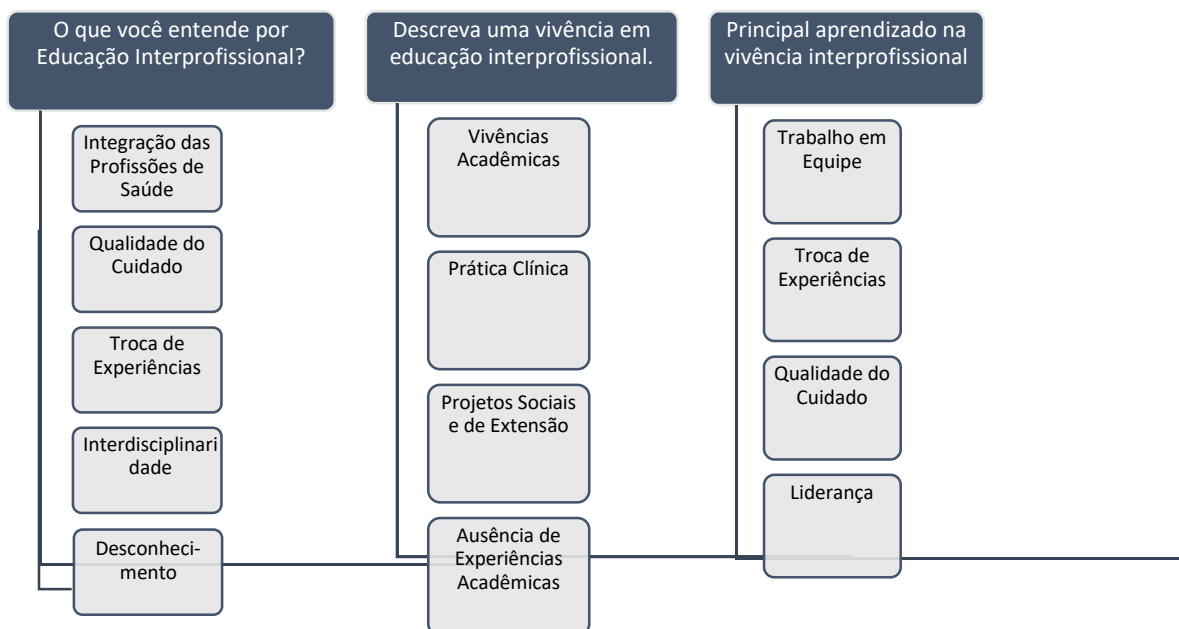
Foi realizada a análise dos dados produzidos a partir das respostas às duas questões abertas respondidas pelos docentes e discentes. A questão 1 “O que você entende por Educação Interprofissional?” foi dividida em quatro categorias na análise das respostas dos docentes: integração das profissões de saúde, qualidade do cuidado, troca de experiências e interdisciplinaridade. A questão 2 feita aos docentes “Você tem ou teve experiência em educação interprofissional? Se sim, descreva. Se não, quais obstáculos?”, foi dividida em quatro categorias: vivências acadêmicas, prática clínica, projetos sociais e de extensão e ausências de experiências acadêmicas.

A questão 1 feita aos discentes “O que você entende por Educação Interprofissional?” foi dividida em cinco categorias: integração das profissões de saúde, qualidade do cuidado, troca de experiências, interdisciplinaridade e desconhecimento. A questão 2 feita aos discentes “Descreva uma vivência em educação interprofissional e seu principal aprendizado”, foi subdividida em duas questões, nas quais a primeira parte da pergunta “Descreva uma vivência em educação interprofissional” dividida em quatro categorias: vivências acadêmicas, prática clínica, projetos sociais e de extensão e ausências de experiências acadêmicas. A segunda parte da questão 2 “Principal aprendizado com a vivência interprofissional” foi dividida em quatro categorias: trabalho em equipe, troca de experiências, qualidade do cuidado e liderança. Abaixo as ilustrações das categorias produzidas das questões docentes (Figura 7) e discentes (Figura 8).



FONTE: Dados da Pesquisa.

Figura 7 - Categorias produzidas dos discursos dos docentes



FONTE: Dados da Pesquisa

Figura 8 - Categorias produzidas dos discursos dos discentes

Analisando as categorias produzidas da questão 1 dos docentes, os itens *junção de áreas diferentes atuando simultaneamente e profissionais de áreas diferentes ministrando aula juntos para um curso*, foram revelados na maior parte dos discursos. Pode-se observar recorrência das definições sobre o que é educação interprofissional, definidas como atuação em conjunto de diferentes áreas/profissionais da saúde, porém esses discursos se diferem nos objetivos finais, seja essa atuação em conjunto para o ensino ou seja para o cuidado e bem do paciente. Dentro das falas dos docentes são mencionados a importância de preparar o estudante na integração com diversas áreas profissionais, conhecer a atuação das outras áreas e saber seus limites para um trabalho em equipe.

Outros discursos mencionados nesta categoria foram em relação às trocas de experiências e aprendizado, integrações das profissões e melhora do cuidado em saúde devido a essa união das profissões e integração. Os docentes observam que a integração das profissões é importante para a qualidade de atendimento em saúde, e além disso, fica claro nestes discursos que a troca de experiência aprimora o conhecimento profissional de cada um. A tabela 6 a seguir consta os itens de cada categoria e os exemplos de discursos das categorias da questão 1 docente.

Tabela 6 - Análise de dados produzidos a partir da resposta dos docentes à questão: “O que é Educação Interprofissional?”

Categorias	Itens	Exemplos de frases dos participantes
Integração das Profissões de Saúde	Junção de áreas diferentes com atuação simultânea	<p>“Educação interprofissional é aquela que permeia e permite que vários e diferentes profissionais agreguem seus conhecimentos atuando como equipe”. (F5)</p> <p>“Ocasões nas quais membros de duas ou mais profissões aprendam juntos, de forma interativa, com o propósito explícito de avançar na perspectiva da colaboração, como prerrogativa para a melhoria na qualidade da atenção à saúde”. (M52)</p>
	Integração de profissões	<p>“Quando existe integração entre diversas profissões”. (F40)</p> <p>“Educação profissional visando integração entre as diferentes profissões daquele campo, respeitando seus núcleos de conhecimento, e estruturando o trabalho em comum”. (F42)</p>
	Exercer cada um à sua profissão, interagindo com outros profissionais	<p>“Aprendizado de forma Interprofissional relação com mais de uma profissão onde cada um exerce suas atribuições, mas interage com os outros”. (F2)</p>
	Ampliação na tomada de decisões	<p>“A educação interprofissional é capaz de motivar e ampliar o contato com outros profissionais e ampliar a experiência de tomada de decisão em equipe”. (F30)</p>
Qualidade do Cuidado	Melhoria da saúde devido a união dos profissionais	<p>“Quando mais profissionais aprendem juntos visando melhora da atenção à saúde”. (F38)</p> <p>“Integração entre diferentes áreas para otimizar resultados”. (F53)</p>
Troca de Experiências ou Aprendizados	Troca de experiências ou aprendizados	<p>“A educação interprofissional ocorre quando estudantes de duas ou mais profissões aprendem uns com os outros e sobre os outros possibilitando colaboração efetiva, visando melhores resultados”. (F29)</p> <p>“Estudantes de outras profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si”. (M55)</p>
	Ampliação de contatos com profissionais	<p>“A educação interprofissional é capaz de motivar e ampliar o contato com outros profissionais e ampliar a experiência de tomada de decisão em equipe”. (F30)</p>
Interdisciplinaridade	Profissionais de áreas diferentes ministrando aula para um curso	<p>“Interação com profissionais de outras disciplinas e/ou cursos”. (M44)</p> <p>“Várias profissões ministrando aula para</p>

	um determinado curso”. (F54)
Uma forma de ensino além da sala de aula.	“Uma forma de ensino além da sala de aula”. (F65)

Fonte: Dados da Pesquisa.

Analisando os discursos da primeira questão do ponto de vista dos estudantes, para a maioria dos participantes desta pesquisa, educação interprofissional é aprender junto com outras áreas, é a união de áreas diferentes para um objetivo comum e a atuação de diversas áreas em conjunto. Observa-se nos discursos que o objetivo em comum está relacionado tanto ao aprendizado para a formação, como para a atuação profissional de assistência à saúde.

Com relação à colaboração entre as profissões, poucos discursos são referentes a este quesito, mesmo que os participantes vejam a aprendizagem entre as áreas e profissões, não correlacionam com a colaboração. Existe também um certo equívoco quanto a definição de educação interprofissional de alguns participantes, pois fazem correlação com multidisciplinaridade. A tabela 7 a seguir consta os itens de cada categoria e os exemplos de discursos das categorias da questão 1 discente.

Tabela 7 - Análise de dados produzidos a partir da resposta dos discentes à questão: “O que é Educação Interprofissional?”

Categorias	Itens	Exemplos de frases dos participantes
Integração das Profissões de Saúde	Atuação de diversas áreas em conjunto	“Relação entre os profissionais de diversas áreas”. (F46) “Aprender a trabalhar em conjunto com vários profissionais de saúde”. (F115)
	Colaboração entre profissões	“Educação entre profissionais onde um ajuda o outro”. (M18) “Educação onde vários profissionais atuando em conjunto cooperando entre si”. (M51)
	Docentes de uma área atuando em outras áreas da saúde	“Conteúdo ministrado por profissionais de diversas áreas”. (M53) “Uma educação que envolve vários profissionais de áreas diferentes”. (F74)
Qualidade do Cuidado	A união de profissionais de áreas diferentes para um objetivo comum	“Diferentes profissionais que estudam e atuam sobre um mesmo propósito”. (F7) “Seria a atuação de várias áreas em conjunto, visando o estudo amplo, tendo como resultado um cuidado geral sobre um determinado assunto”. (F175)
Troca de Experiências e Aprendizados	Aprender junto com outras áreas	“Seria o ensino com outros cursos para o crescimento e desenvolvimento dos alunos de forma que aprendam a trabalhar em conjunto”. (F2) “Uma educação entre outros profissionais de outras áreas”. (F9)
	Aprendizado entre profissionais	“É o aprendizado de como interagir com outras especialidades em um ambiente”. (F104) “Um projeto que envolva o ensino, utilizando profissionais de áreas interligadas”. (M181)
Interdisciplinaridade	Educação continuada	“Educação continuada”. (F15 e F56)
	Multidisciplinaridade	“Educação multidisciplinar”. (M163) “Informação a respeito das diversas áreas multidisciplinares que envolvem uma profissão em si”. (F228)
	Educação integrada	“Uma educação integrada”. (F170) “Integrar habilidades, conhecimentos e especialidades num projeto terapêutico individualizado”. (F195)
Desconhecimento	Falta de entendimento sobre educação interprofissional	“Não sei o que é isso”. (F70) “Não sei o que é”. (F112)

Fonte: Dados da Pesquisa

Dos dados da pesquisa, a segunda questão é a descrição das vivências na educação interprofissional por parte dos docentes e dos discentes. O entendimento das vivências interprofissionais por parte dos docentes são em geral quando fazem atividades acadêmicas junto com outras profissões, como simplesmente fazerem um trabalho de pesquisa sobre um tema juntos ou quando na mesma sala de aula tem outras áreas da saúde para aprendizagem de um conteúdo.

Para grande parte dos participantes a descrição das vivências interprofissionais são como experiências positivas e enriquecedoras. Isto no ponto de vista dos docentes que tiveram essas experiências, porém muitos relatam não ter esse tipo de experiência na docência ou na vida profissional e uma minoria relata achar a vivência interprofissional um modelo de ensino difícil.

Outras descrições das experiências por parte dos docentes participantes envolvem vivências clínicas em campos de estágio ou internato, em projetos sociais ou de extensão e conseguem correlacionar a interação das profissões na atuação profissional. A tabela 8 a seguir consta os itens de cada categoria e os exemplos de discursos das categorias da questão 2 docente.

Tabela 8 - Análise de dados produzidos a partir da resposta dos docentes à questão: “Você tem ou teve experiência em educação interprofissional? Se sim, descreva. Se não, quais obstáculos?”

Categorias	Itens	Exemplos de frases dos participantes
Vivências Acadêmicas	Vivências em atividades de disciplinas e simulações	<p>“A experiência consistiu na docência para outras áreas da saúde de formações diferentes”. (F7)</p> <p>“Foi uma experiência em uma disciplina interdisciplinar que éramos 7 professores de áreas diferentes. Aprendemos muito entre nós professores e isso refletiu na aprendizagem dos alunos”. (F24)</p>
	Experiências positivas	<p>“Positivo: bom vínculo com a equipe”. (M27)</p> <p>“Sim/positivo, foi de grande experiência e aprendizado para o meu crescimento profissional”. (M35)</p>
	Dificuldades na aplicação da experiência	<p>“Acho que é difícil a conciliação desses grupos diversos”. (F36 e F40)</p>
Ausência de Experiências Acadêmicas	Sem experiências em educação interprofissional	<p>“Não tenho experiência”. (F34)</p> <p>“Não tive oportunidade”. (M48)</p>
Prática Clínica	Experiência nos ambientes de prática clínica e estágios	<p>“Trabalho desenvolvido dentro do ambiente hospitalar com a participação de diversas áreas (Psicologia; Enfermagem; Medicina e Serviço Social e Fisioterapia)”. (F12)</p> <p>“Residência multiprofissional em saúde e estágio prático em UBS com acadêmicos de Medicina e Enfermagem”. (M49)</p>
Projetos Sociais e de Extensão	Experiência em Projetos Sociais e de Extensão	<p>“Enquanto colaboradora e preceptora na assistência, trabalhávamos com o matriciamento na estratégia de saúde da família, realizando um trabalho interprofissional”. (F33)</p> <p>“Programa interdisciplinar comunitário”. (F62)</p>

Fonte: Dados da Pesquisa

Os discentes descrevem as vivências em educação interprofissional como vivências experimentadas nos estágios da graduação, em cenários de simulação e em uma disciplina que faz intervenção na comunidade. Os discursos mostram que as experiências em geral são positivas para os que as tiveram, porém, alguns estudantes não conseguem descrever atividades interprofissionais que tenham participado e uma minoria descreve como um modelo difícil de aprendizado.

Quando se pensa em vivências interprofissionais, alguns estudantes descrevem a participação em projetos sociais e comunitários ou em atendimentos nos campos de estágios e internatos. Alguns discursos mostram a presença de diversas áreas da saúde nas experiências e vivências acadêmicas, porém a participação no curso da saúde é de forma individual por área, ou seja, a integração acontece apenas fisicamente e não com trocas de experiências. A tabela 9 a seguir consta os itens de cada categoria e os exemplos de discursos das categorias da questão 2 discente.

Tabela 9 - Análise de dados produzidos a partir da resposta dos discentes à questão: “Descreva uma vivência em educação interprofissional”

Categorias	Itens	Exemplos de frases dos participantes
Vivências Acadêmicas	Vivências em atividades de disciplinas e simulações	<p>“Trabalhei com alunos de farmácia em uma atividade na faculdade, onde percebi a importância que cada um possui”. (F5)</p> <p>“Tivemos aula junto com a turma de Biomedicina, fizemos trabalhos e muitas atividades juntos. Aprendemos juntos e seria ótimo que todo semestre tivesse outras turmas para aprendermos juntos. Ter um ponto de vista de outros profissionais é magnífico”. (M89)</p>
	Experiências positivas	<p>“Na área da saúde é uma parte muito essencial, pois ajuda de forma geral toda a equipe a oferecer um tratamento de qualidade aos pacientes”. (M73)</p> <p>“Participei na metade da graduação realizando monitorias de anatomia humana para alunos do curso de educação física. A experiência foi positiva para o meu aprendizado pessoal e também porque pude contribuir com outras pessoas compartilhando os métodos de estudo que eu utilizava para guardar os nomes das estruturas anatômicas”. (F206)</p>
	Dificuldades com as dinâmicas acadêmicas	<p>“Cometi erros que aprendi com outras pessoas de outras profissões que me levaram a ajudar uma pessoa que precisava”. (F10)</p> <p>“Cumpro disciplina com turmas de Fisioterapia e Educação Física e confesso que o direcionamento da disciplina me deixa confusa”. (F96)</p>
Ausência de Experiências Acadêmicas	Sem experiências em educação interprofissional	<p>“Não presenciei nenhuma durante a graduação”. (F7)</p> <p>“Não participei de nenhuma”. (F35)</p>
Prática Clínica	Experiência em ambientes de prática clínica e estágios	<p>“Sou técnica em Enfermagem e atuo na área. Trabalho com médicos, fisioterapeutas, médicos dentre outros. Acho isso incrível, pois podemos trocar experiências e com isso ofertar um cuidado de qualidade para o cliente”. (F50)</p> <p>“Vivência hospitalar onde é possível aprender através da interação com diferentes profissionais”. (F118)</p>
Projetos Sociais e de Extensão	Experiência em Projetos Sociais e de Extensão	<p>“Uma visita em um centro de acolhimento”. (M62)</p> <p>“Um exemplo dessa vivência interprofissional seria o evento Outubro Rosa, que tem como tema o câncer de mama, mas abrange as áreas de Fisioterapia, Enfermagem, Estética, como meios de atuação para esta questão”. (F175)</p>

Fonte: Dados da Pesquisa

Os discursos mostram que o principal aprendizado para grande parte dos discentes é o trabalho em equipe e para outros a troca de experiências e conhecimento, podendo entender o olhar de cada área facilitando o lidar com dificuldades profissionais diárias.

O principal aprendizado pode ser observado nos discursos de alguns discentes como promover benefícios para o paciente e que promove o melhor entendimento do indivíduo como um todo, assim entendem que podem realizar um atendimento de forma integral. Na tabela 10 a seguir consta os itens de cada categoria e os exemplos de discursos das categorias da segunda parte da questão 2 discente “Principal Aprendizado”.

Tabela 10 - Análise de dados produzidos a partir da resposta dos discentes à questão: “Principal aprendizado na vivência interprofissional”

Categorias	Itens	Exemplos de frases dos participantes
Trabalho em Equipe	Trabalho em Equipe	<p>“Uma vivência foi um projeto em uma das matérias que realizamos junto com a Biomedicina. Foi legal porque pudemos ver a importância da união entre os profissionais, cada um tem sua forma de contribuir”. (F9)</p> <p>“No hospital, quando precisei ficar internada, vi a união do fisioterapeuta, nutricionista e enfermeiros, entendi que é necessário esse trabalho conjunto”. (F108)</p>
	Comunicação	<p>“Participação no atendimento de atletas amadores, realizada no Centro Integrado de saúde da Universidade Anhembi Morumbi, onde a Fisioterapia atuava em conjunto com enfermeiros, médicos e quiropraxias. Principal aprendizado é que temos que escutar e respeitar os colegas e que em conjunto e com comunicação é possível realizar um trabalho satisfatório”. (M117)</p> <p>“A comunicação, sem dúvidas”. (F132)</p>
Troca de Experiências	Diálogo entre campos do saber	<p>“Equipe multiprofissional, onde cada profissional exerce sua função com o mesmo intuito que todos os outros profissionais, compartilhando suas ideias e conhecimentos em função da ajuda ao paciente por exemplo”. (F80)</p> <p>“Tivemos aula junto com a turma de Biomedicina, fizemos trabalhos e muitas atividades juntos. Aprendemos juntos e seria ótimo que todo semestre tivesse outras turmas para aprendermos juntos. Ter um ponto de vista de outros profissionais é magnífico” (M89)</p>
Qualidade do Cuidado	Promover benefícios aos pacientes	<p>“No atual estágio que faço ocorre à vista multiprofissional e todos colaboram com seus conhecimentos em prol do paciente”. (F109)</p> <p>“Profissionais de diversas áreas trabalhando para a melhora do atleta de futebol”. (M181)</p>
	Visão do indivíduo como um todo	<p>“Enfermagem com Biomedicina tivemos que estudar juntos porem um focava muito na doença e o outros no paciente unificamos e começamos a ver tudo mais amplo”. (M18)</p> <p>“Durante a graduação tivemos a matéria chamada Pics, onde interagimos com estudantes de diferentes áreas da saúde, foi muito bom pois essa experiência nos deu acesso a diferentes visões de como abordar os desafios impostos pelo dia a dia”. (M100)</p>
Liderança	Influenciar equipes	<p>“Liderar equipe de 9 áreas da saúde no programa amigos da comunidade (@amigos.comunidade)”. (M251)</p>

Fonte: Dados da Pesquisa (2020)

4.4 ANÁLISE DOS PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS

A análise dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina tem o objetivo de identificar as iniciativas de educação interprofissional. Desta análise, foram divididas quatro grandes áreas dos projetos pedagógicos: 1. Competências Profissionais; 2. Unidades Curriculares e Ementas; 3. Métodos de Ensino; 4. Desenvolvimento Docente.

4.4.1 Competências Profissionais

O elemento competências profissionais foi encontrado em todos os projetos pedagógicos analisados. Neste elemento foi analisado se os projetos contemplam os quatro domínios/competências essenciais publicadas em 2016 pelo grupo norte americano Interprofessional Education Collaborative (IPEC) e comparadas com as diretrizes curriculares nacionais (DCNs). Os dados comparativos estão apresentados na Tabela 11 e observa-se que as competências interprofissionais não são contempladas, elas aparecem como competências gerais.

A primeira competência Trabalho em Equipe Interprofissional é abordada nas DCNs dos cursos de Medicina e Fisioterapia com a nomenclatura multiprofissional sendo o mais similar da atuação em equipe interprofissional. Na DCN do curso de Enfermagem essa competência apenas destaca o trabalho em equipe, porém não enfoca o trabalho interprofissional. Nos PPCs dos três cursos analisados são mencionados o trabalho em equipe.

Na competência de Comunicação Interprofissional, observa-se que as DCNs dos cursos de Enfermagem e Fisioterapia descrevem sobre a comunicação entre os profissionais de saúde na confidencialidade das informações e na interação com os outros profissionais de saúde. A DCN da Medicina também aborda a comunicação adequada com os colegas de trabalho. Já nos projetos pedagógicos dos cursos analisados aparece a competência de comunicação em saúde, sem mencionar a interação entre as demais profissões.

Na competência Valores/ Ética para a prática interprofissional as DCNs dos cursos de Fisioterapia e Medicina não abordam os valores e ética interprofissional e sim apenas do exercício profissional. Na DCN do curso de Enfermagem a descrição aparece como compromisso ético com o trabalho multiprofissional. Nos PPCs dos cursos não consta nenhuma informação sobre valores ou ética para a prática interprofissional.

E por último, nas competências Papéis e Responsabilidades para a Prática Colaborativa, tanto as DCNs como os PPCs dos três cursos não abordam essa competência da Educação Interprofissional.

Tabela 11 - Evidências das Principais Competências de Educação Interprofissional Colaborativa nas DCNs e nos PPCs dos Cursos

Principais Competências da Educação Interprofissional Colaborativa (IPEC)	Competências DNCs Enfermagem 2001	Competências PPCs Enfermagem 2020	Competências DNCs Fisioterapia 2002	Competências PPCs Fisioterapia 2020	Competências DNCs Medicina 2014	Competências PPCs Medicina 2020
Trabalho em Equipe Interprofissional	“ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe (...)” (p.2)	Trabalhar em Equipe	“atuar multiprofissionalmente, interdisciplinarmente e transdisciplinarmente com extrema produtividade na promoção da saúde baseado na convicção científica, de cidadania e de ética” (p.2)	Trabalhar em Equipe	“Atuar e, equipe multiprofissional!” (p.3)	Trabalhar em Equipe
Comunicação Interprofissional	“Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a ele confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral (...)” (p.1)	Comunicação em Saúde	“Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a ele confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral (...)” (p.2)	Comunicação em Saúde	“Comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho, os pacientes e seus familiares.” (p.2)	Comunicação em Saúde
Valores/Ética para a prática interprofissional	“Assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.” (p.2)	não consta	“Respeitar os princípios éticos inerentes ao exercício profissional” (p.2) “Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, (...)” (p.1)	não consta	“Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, (...)” (p.1)	não consta
Papéis e Responsabilidades para a prática Colaborativa	não consta	não consta	não consta	não consta	não consta	não consta

Fonte: Dados da pesquisa

4.4.2 Unidades Curriculares e Ementas

A matriz curricular do curso de Medicina está disposta em 12 semestres e conta com 51 unidades curriculares, totalizando 7466 hs. Destas 51 unidades curriculares, sete (14%) apresentam em suas ementas descrição de temas interprofissionais. Essas atividades aparecem concentradas nos semestres iniciais (1º, 2º, 4º e 5º) e finais (10º, 11º e 12º) do curso (Tabela 12).

Na análise das unidades curriculares do curso de Enfermagem, observou-se que o curso está disposto em oito semestres e conta com 39 unidades curriculares, sendo que destas, duas (5,6%) contemplam conteúdos de educação interprofissional em suas ementas e estão dispostas no 5º e 7º semestre do curso (Tabela 12).

Já no curso de Fisioterapia, três (7,3%) unidades curriculares contemplam conteúdos de educação interprofissional das 41 unidades curriculares presentes nos oito semestres do curso. Essas atividades aparecem no 3º, 5º e 8º sem. do curso (Tabela 12).

Tabela 12 - Quantidade de disciplinas que apresentam educação interprofissional na ementa por semestre dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina

SEMESTRE	ENFERMAGEM	FISIOTERAPIA	MEDICINA
1	0	0	1
2	0	0	1
3	0	1	0
4	0	0	1
5	1	1	1
6	0	0	0
7	1	0	0
8	0	1	0
9			0
10			1
11			1
12			1

Quanto às ementas das unidades curriculares, observa-se que a educação interprofissional é um conteúdo presente. Entre os três cursos, o que maior enfatiza as atividades interprofissionais no decorrer da trilha de aprendizagem é o curso de Medicina.

No curso de Fisioterapia e de Enfermagem há uma disciplina em comum “Programa de Integração Saúde e Comunidade” que aborda em sua ementa o aprendizado interprofissional e a promoção de saúde, prevenção de doenças e melhora da qualidade de vida a partir da prática colaborativa. Outra disciplina em comum desses dois cursos é “Educação e Comunicação em Saúde” que descreve a comunicação interprofissional em sua ementa. No curso de Fisioterapia, além destas duas disciplinas em comum com o curso de Enfermagem, o Estágio Supervisionado em Fisioterapia II também aborda a inserção em equipe multiprofissional.

No curso de Medicina as disciplinas que abordam a educação interprofissional em sua ementa são: Internato de Medicina da Família e Comunidade, Prática Médica I e II, Clínica Integrada e Atenção Integral à saúde IV. Abaixo um quadro descritivo das ementas das disciplinas de cada curso que abordam a educação interprofissional em algum aspecto (Tabela 13).

Tabela 13 - Disciplinas e Ementas com Conteúdos Interprofissionais nos Cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina

Curso	Série	Disciplina	CH	Ementa
Enfermagem	5	Programa de Integração Saúde Comunidade	66	Desenvolvimento do conhecimento de diferentes áreas de atenção em saúde e bem-estar e aprendizado em grupos interprofissionais, contribuindo pra a formação integral do estudante. Exploração da integração teórico-prática na promoção de saúde, prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida a partir da prática colaborativa em instituições e comunidades.
Enfermagem	7	Educação e Comunicação em Saúde	88	Concepção de educação em saúde, ações educativas para a promoção da saúde. Estilo de vida saudável e autocuidado. Educação em saúde nos diferentes contextos socioculturais. Princípios da comunicação interpessoal e interprofissional.
Fisioterapia	3	Educação e Comunicação em Saúde	88	Concepção de educação em saúde, ações educativas para a promoção da saúde. Estilo de vida saudável e autocuidado. Educação em saúde nos diferentes contextos socioculturais. Princípios da comunicação interpessoal e interprofissional.
Fisioterapia	5	Programa de Integração Saúde Comunidade	66	Desenvolvimento do conhecimento de diferentes áreas de atenção em saúde e bem-estar e aprendizado em grupos interprofissionais, contribuindo pra a formação integral do estudante. Exploração da integração teórico-prática na promoção de saúde, prevenção de doenças e melhoria da qualidade de vida a partir da prática colaborativa em instituições e comunidades
Fisioterapia	8	Estágio Supervisionado em Fisioterapia II	418	Permite a vivência da prática profissional, integrando-os na rotina hospitalar e ambulatorial, bem como a inserção em equipe multiprofissional, desenvolvendo as questões éticas e filosóficas frente ao cuidado com o paciente.
Medicina	1	Prática Médica I	120	História da Medicina e princípios da boa prática médica, a relação médico-paciente, comunicação efetiva, atuação interprofissional. Segurança, autonomia e confidencialidade do paciente. Autocuidado do médico e educação ambiental. Princípios da anamnese e exame físico geral. Primeiros socorros. Princípios da bioética, código de ética do estudante de medicina. Exercício lícito e ilícito da medicina.
Medicina	2	Prática Médica II	120	Semiologia e propedêutica do sistema respiratório, cardiovascular e urinário. Fatores sociais, ambientais, comportamentais e psicossomáticos das síndromes relacionadas a esses sistemas. Procedimentos médicos direcionados a esses sistemas. Comunicação efetiva e trabalho interprofissional. Educação Ambiental. Responsabilidade profissional. Sigilo profissional, culpa e “erro médico”
Medicina	4	Atenção Integral à Saúde IV	120	Ações de atenção primária em saúde direcionadas ao acompanhamento profissional e interprofissional de dor, queixas respiratórias, musculoesqueléticas, inespecífica, sintomas indiferenciados e à saúde do trabalhador. Educação Ambiental e em Direitos Humanos. Tecnologias em saúde, avaliação de sistemas e serviços de saúde, acesso à saúde, custos e funcionamento das redes de atenção à saúde.
Medicina	5	Clínica Integrada	160	Exploração da anamnese e exame físico, com abordagem da fisiopatologia dos sinais e sintomas das principais patologias de grandes sistemas. Desenvolvimento do raciocínio clínico. Fundamentação da conduta diagnóstica e terapêutica com abordagem de principais exames. Desenvolvimento da comunicação no estabelecimento e fortalecimento da relação médico paciente e com a equipe multiprofissional.
Medicina	10	Internato em Medicina de Família e Comunidade I	200	Prática em imersão em unidades de atenção primária à saúde e vivência de suas rotinas. Exploração do cuidado em saúde de forma integral, considerando o indivíduo, sua família e comunidade. Multiprofissionalidade em Saúde Mental, Gestão e Saúde Coletiva. Bioética clínica aplicada.
Medicina	11	Internato em Medicina de Família e Comunidade II	200	Prática em imersão em atividades em unidades de atenção primária à saúde e vivência de suas rotinas. Atenção à saúde nos diferentes ciclos de vida e suas especificidades. Desenvolvimento de ações de prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde, conforme a necessidade do indivíduo em acompanhamento. Multiprofissionalidade em Saúde Mental. Gestão e Saúde Coletiva.
Medicina	12	Internato - Medicina de Família e Comunidade III	200	Prática e imersão em atividades em unidades de atenção primária à saúde e vivência de suas rotinas. Atuação de forma interprofissional. Enfoque nas condições de saúde mais prevalentes e relevantes para a população em questão.

FONTE: Dados da pesquisa

4.4.3 Métodos de Ensino

Analisando os métodos de ensino dos projetos dos três cursos, são descritos alguns métodos que enfatizam a interprofissionalidade com enfoque na prática profissional. Os três projetos apresentam como um dos métodos de ensino cenários de Simulação Interprofissional, conforme descrição abaixo:

“Cenário de Simulação Interprofissional é um tipo de cenário de simulação que reproduz uma situação interprofissional de forma simulada, na qual os estudantes desenvolvem aspectos mais relacionados às soft skills como, por exemplo, liderança, comunicação, tomada de decisão, trabalho em equipe, ética, etc., sempre em uma atuação conjunta com estudantes de outros cursos. No cenário de simulação interprofissional, um ou mais estudantes de cada profissão atuam no cenário assumindo o papel dos profissionais dos seus respectivos cursos, enquanto os demais observam a cena. O cenário é sempre seguido de debriefing, onde todos os estudantes participam com o intuito de analisar a atuação interprofissional, identificar oportunidades de melhoria e desenvolver insights de aprendizagem. O debriefing deve ter foco nos objetivos de aprendizagem e, para um cenário de simulação interprofissional, devem estar relacionados às soft skills, como mencionado acima.”

Outros métodos de ensino interprofissionais descritos são no âmbito da atuação profissional nos estágios supervisionados ou internato em Medicina. Nestes, a descrição das atividades interprofissionais estão dentro do contexto da prática clínica ambulatorial, hospitalar e em outros locais externos de atuação como ONGs, escolas, clubes esportivos e etc.

Nas práticas externas os projetos descrevem a prática interprofissional a seguir:

“Prática Ambulatorial - Prática externa, realizada em ambiente ambulatorial (ambiente para atendimento aos pacientes não

internados como consultórios e clínicas especializadas), em que o estudante realiza práticas, de forma profissional ou interprofissional, com indivíduos e/ou grupos que visitam esses ambulatorios.”

“Prática Hospitalar – Prática externa, realizada em ambiente hospitalar, em que o estudante realiza práticas com indivíduos e/ou grupos hospitalizados, de forma profissional ou interprofissional (...)”

“Prática em outros locais de atuação – Prática externa, realizada em outros ambientes clínicos e profissionais (escolas, empresas, clubes esportivos, ONGs, entre outros), em que o estudante realiza intervenções individuais e/ou coletivas, de forma profissional ou interprofissional.”

No projeto pedagógico do curso de Medicina há um destaque para atividades de extensão interprofissionais, com a inserção de um projeto para a avaliação dos hábitos de vida da população atendida na rede de Atenção Básica em Saúde:

“No tocante à extensão, o curso de Medicina em consonância com a Política Institucional iniciou um projeto de Extensão Interprofissional, direcionado para a avaliação dos hábitos de vida da população atendida na rede de Atenção Básica. Este levantamento será seguido da implementação de medidas de orientação e instrução destes usuários no sentido de mudar esta realidade e agir promovendo saúde à população atendida pelo Programa. Cabe ressaltar que este projeto foi idealizado com um desenho interprofissional, envolvendo profissionais de Educação Física e Nutrição, e em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê Gestor do COAPES.”

4.4.4 Ações de Desenvolvimento Docente

Os projetos pedagógicos dos três cursos abordam programas de ações de desenvolvimento docente oferecidos pela instituição de ensino. Os mesmos são voltados para os métodos de ensino e dinâmicas em sala de aula. Não há evidências nos projetos que esteja relacionado a capacitação e inserção dos docentes no contexto de educação interprofissional.

5 DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

Este estudo explora a percepção dos professores e estudantes do último ano dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina, de uma universidade particular em São Paulo, em relação aos principais conhecimentos e atitudes para a prontidão para o aprendizado interprofissional.

Os resultados mostram que na comparação do desenvolvimento de competências colaborativas dos discentes em cada curso não houve diferenças significativas. Estes achados vão de encontro ao artigo de Maharajan et. al. (2016)⁽⁵⁸⁾ no qual as pontuações médias para os domínios RIPLS de ‘trabalho em equipe e colaboração’, ‘identidade profissional positiva’ e suas ‘funções e responsabilidades’ não foram diferentes entre os alunos de diferentes cursos. Isso mostra que os alunos de todas os cursos estavam prontos para o trabalho em equipe, incentivando o relacionamento profissional positivo. A fim de compreender melhor o papel de outros profissionais de saúde na equipe de saúde, cada estudante da área de saúde deve compreender sua própria identidade profissional no estágio inicial de sua carreira.

Em relação ao trabalho em equipe e colaboração, adiciona-se dados da literatura em relação ao gênero e mostram que mulheres têm atitudes mais significativamente positivas em relação a este fator no RIPLS. Alguns estudos da Suécia^(59, 60) que utilizaram o RIPLS ou a escala de Jefferson, que é uma escala de atitudes relacionadas a colaboração interprofissional, também mostram atitudes mais positivas para o trabalho em equipe nas mulheres. Berger-Estilita. et al. (2020)⁽⁶¹⁾ utilizaram a G-IPAS (Escala Alemã de Atitudes Interprofissional) e observaram

atitudes mais positivas nas mulheres não apenas no trabalho em equipe, funções e responsabilidades, mas também na atenção centrada no paciente e na escala de forma geral. O achado deste estudo se deu tanto em relação aos discentes como em relação aos docentes.

Hansson, Foldevi e Mattsson em 2010 ⁽⁵⁹⁾ compararam as atitudes dos alunos do primeiro e do último ano dos cursos de Enfermagem e Medicina em relação ao desenvolvimento de competências colaborativas e observou que ambas as profissões apresentam a mesma atitude em relação a colaboração. Estes achados vão de encontro aos resultados deste estudo, nas quais o desenvolvimento das competências colaborativas dos discentes dos cursos de Fisioterapia, Enfermagem e Medicina não apresentaram diferenças na colaboração. Porém outros estudos mostram resultados diferentes, apontando que os alunos de Enfermagem pareciam acolher mais o trabalho em equipe e a colaboração do que estudantes de Medicina ^(35, 60).

Na comparação da formação dos docentes dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina houve diferença no desenvolvimento das competências colaborativas na atenção centrada no paciente, observando que os docentes do curso de Medicina mostram mais disposição à atitudes colaborativas em relação aos docentes de Fisioterapia e os docentes de Enfermagem também demonstram scores superiores nas competências colaborativas em relação aos docentes de Fisioterapia. Os achados na literatura indicam que os enfermeiros têm uma melhor atitude em relação a colaboração interprofissional e educação interprofissional do que outros profissionais de saúde ⁽⁶²⁾ e que os docentes de Medicina apresentam pontuação menor do que os docentes de Enfermagem quanto à atitude em relação à EIP ⁽⁶³⁾. Em estudo semelhante, os docentes de Enfermagem também foram relatados como tendo

uma atitude mais favorável do que qualquer outra profissão ⁽⁶⁴⁾. A atitude positiva dos enfermeiros em relação às equipes de saúde interprofissionais e EIP pode ser devido à natureza da profissão, que requer cooperação constante com outras pessoas. profissionais no desempenho das suas funções e também devido à maior expectativa da profissão de Enfermagem em obter melhores resultados com a EIP para melhorar a qualidade da colaboração entre as equipes de saúde. Enquanto isso, as características da educação médica, que enfatizam a importância da independência e confiança na prática assistencial, podem influenciar menor disposição ao trabalho colaborativo interprofissional e à educação interprofissional dos profissionais ⁽⁴⁸⁾.

No estudo de Prentice et al. (2015) ⁽⁶⁵⁾ foram observados que os estudantes de Medicina tinham mais exposição a eventos organizados de EIP porque isso faz parte do currículo e, portanto, foram mais críticos do que os estudantes de Enfermagem e expressado melhor expectativas de EIP. Por outro lado, os alunos de Enfermagem não tinham experiências anteriores formalizadas em EIP e, portanto, desconhecem os objetivos do EIP ou sua importância e satisfação com sua realização nos eventos ⁽⁶⁵⁾. Esses dados corroboram com os achados deste estudo quando observamos os projetos pedagógicos e a matriz curricular dos cursos, nos quais o curso de Medicina possui uma ênfase maior nas ementas e na disposição das unidades curriculares em relação as atividades interprofissionais no decorrer da trilha de aprendizagem de suas formações. Outro dado que pode somar a esses achados é que os alunos deste estudo estão no último ano do curso e estes possuem os estágios em hospitais e clínicas integradas. Nessas rotações clínicas, os alunos têm a chance de se comunicar, interagir e trabalhar em equipe uns com os outros e com a equipe do hospital em diferentes níveis.

Outros resultados deste estudo são na comparação de discentes que possuem experiências prévias ou cursaram outros cursos de formação superior em relação aos que não possuem e foi verificado que os que as possuem nos fatores identidade profissional, atenção centrada no paciente e no score total apresentaram resultados superiores aos que não possuem outras formações ou experiências acadêmicas prévia. Estes dados somados à literatura ⁽⁶⁵⁾ mostram que quanto maior a exposição às atividades interprofissionais e experiências prévias, os estudantes reconhecem os objetivos da EIP, tem mais objetivos clínicos, autonomia em relação a sua identidade profissional, atitudes positivas e disponibilidade para entender as necessidades do paciente.

Os participantes compreendem o significado de EIP, que ficou evidente nas descrições que usaram. Os discursos dos docentes revelaram “junção de áreas diferentes atuando simultaneamente” e “profissionais de áreas diferentes ministrando aula juntos para um curso”. Essas definições divergem nos objetivos finais da EIP, seja a atuação para o ensino ou para o cuidado. Nos discursos dos discentes educação interprofissional é “aprender junto com outras áreas”, “união de áreas diferentes para um objetivo comum” e “atuação de diversas áreas em conjunto”, nos quais são exibidos o objetivo em comum da EIP está relacionado tanto ao aprendizado para a formação, como para a atuação profissional de assistência à saúde. Outros dados relevantes são do estudo recente de Alaradi et al. (2021) ⁽⁶⁶⁾, nas quais os participantes do estudo mostram o conhecimento sobre a definição da EIP quando relatam compartilhamento de experiências e conhecimentos, desenvolver relacionamentos, mas ambas definições não ilustram todos os elementos definidos na literatura sobre EIP ^(67, 68). Porém, Alaradi et. al. (2021) ⁽⁶⁶⁾ observam nos discursos

dos participantes a colaboração também e isto diverge dos nossos resultados, pois poucos discursos são referentes a este quesito, mesmo que os participantes vejam a aprendizagem entre as áreas e profissões, não correlacionam com a colaboração. Existe também um certo equívoco quanto a definição de educação interprofissional de alguns participantes, pois fazem correlação com multidisciplinaridade. Entretanto, a literatura aponta imprecisões quanto às definições de alguns termos. Segundo Alvarenga et al. (2013) ⁽⁶⁹⁾, a fragmentação do cuidado é comum na multiprofissionalidade, a qual seria a justaposição de disciplinas distintas, em que os saberes especializados balizarão a atuação de cada profissional. Já a interprofissionalidade vincula-se: à noção do trabalho em equipe de saúde, marcado pela reflexão sobre os papéis profissionais, a resolução de problemas e a negociação nos processos decisórios, a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades e diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais ⁽⁷⁰⁾. Extrapolar o trabalho em equipe multiprofissional, para uma perspectiva de interprofissionalidade, reduz custos e melhora a produção do cuidado aos usuários, especialmente em se tratando de situações de elevada complexidade, como são os casos das residências multiprofissionais hospitalares ⁽⁷¹⁾.

Os docentes participantes deste estudo, quando abordados sobre as vivências interprofissionais, relatam serem atividades acadêmicas juntas com outras profissões, como por exemplo a execução de uma pesquisa sobre um tema juntos ou quando na mesma sala de aula tem outras áreas da saúde para aprendizagem de um conteúdo, sem troca de experiências. Além disso, relatam não ter a experiência com educação interprofissional na docência ou na vida profissional e alguns ainda acham um

modelo de ensino difícil. E na descrição das vivências interprofissionais, tanto docentes como discentes falam das experiências vividas nos estágios ou internato médico ou em projetos de extensão. Os estudantes destacam as atividades interprofissionais em cenários acadêmicos de simulação, mas também exibem em alguns discursos vivências acadêmicas interprofissionais quando tem disciplinas em comum de diversas áreas com aprendizado de forma individual e sem troca de experiências.

Santos et al. (2018) ⁽⁷²⁾ realizaram uma pesquisa de natureza qualitativa com estudantes de graduação da área da Saúde que buscou compreender a experiência destes interlocutores com a EIP nas disciplinas de interação universidade-serviço-comunidade e os relatos dos estudantes dos cursos de Medicina e Enfermagem são de experiências positivas nos serviços de saúde e nas unidades básicas de saúde com bons exemplos de práticas colaborativas pela oportunidade de aprenderem juntos, compartilharem saberes e acompanharam a atuação conjunta de membros da equipe de diferentes profissões.

Outra temática apresentada a partir do estudo de Santos et al. (2018) ⁽⁷²⁾ é o docente como mediador do processo de ensino-aprendizagem e isso expressa o modo como muitos interlocutores reconhecem o docente um importante papel na viabilização e fortalecimento da EIP no cotidiano das disciplinas. Há aqui um desafio para o docente, pois, ao mesmo tempo em que precisa valorizar as singularidades das diferentes profissões da saúde e sua complementaridade na ação da equipe, precisa também lidar com as identidades uniprofissionais muito fortes de alguns estudantes que percebem a EIP e a prática colaborativa como ameaças para seus próprios limites profissionais ⁽⁷³⁾. A EIP demanda um processo contínuo e crítico de formação

docente, dado que “aprende-se a ensinar na perspectiva da EIP, ensinando e refletindo sobre as experiências, construindo saberes, estratégias e projetos coletivos”⁽⁷⁴⁾.

O principal aprendizado para os discentes é o trabalho em equipe e a troca de experiências e conhecimento, e são relatados nos discursos como “promove benefícios para o paciente” e “promove o melhor entendimento do indivíduo como um todo”. Esses achados foram consistentes com o estudo de Alaradi et al. (2021)⁽⁶⁶⁾ qual os participantes destacaram o trabalho em equipe, compreensão das funções de cada um, redução dos erros médicos e melhora da saúde dos pacientes como os principais impactos da EIP. Homeyer et al. (2018)⁽⁷⁵⁾ mostraram que o EIP para estudantes de Medicina e Enfermagem pode encorajar atitudes mútuas positivas, melhor compreensão de papéis profissionais no cuidado de pacientes e seus cuidadores, bem como melhoria da troca de informações e conhecimentos para cooperar durante seu trabalho prático diário. Outros estudos enfatizaram que a atitude dos alunos em relação ao trabalho em equipe aumentou o respeito mútuo e a compreensão entre diferentes grupos de profissionais de saúde^(16, 76). Além disso, o EIP oferece oportunidades para exercitar como cooperar em uma equipe interprofissional⁽⁷⁷⁾.

Na análise dos projetos pedagógicos dos cursos, as principais competências de educação interprofissional colaborativa descritas pela IPEC⁽⁷⁸⁾ não são contempladas nos PPCs dos Cursos, apenas aparecem como competências gerais. Os mesmos se pautam nas DCNs dos cursos no que diz respeito as competências profissionais e observando as DCNs dos cursos de Medicina^(26, 29), Fisioterapia⁽²⁸⁾, e Enfermagem⁽²⁷⁾ as competências interprofissionais são descritas com equívocos de

entendimento e nomenclaturas, sendo exibidos dizeres como “multiprofissionais”, “interdisciplinares”, “interação com outros profissionais de saúde”, “comunicar-se adequadamente com os colegas de trabalho”, não deixando clara a atuação interprofissional e como consequência os projetos pedagógicos dos cursos também não apresentam claramente a descrição das competências interprofissionais.

No que os métodos de ensino descritos nos PPCs dos cursos, os cenários de simulação interprofissional, as práticas clínicas ambulatoriais e hospitalares no âmbito da atuação profissional nos estágios supervisionados ou internato em Medicina e as atividades de extensão interprofissionais são as propostas metodológicas interprofissionais acadêmicas. Batista et al. (2018) ⁽⁷⁰⁾ relataram a experiência da implementação dos projetos pedagógicos dos cursos de saúde no campus da Baixada Santista pautado na formação de um profissional da área da saúde na perspectiva do trabalho em equipe interprofissional, com ênfase na integralidade no cuidado ao usuário, articulando as dimensões éticas, políticas, técnico-científicas e humanas na formação e atuação no campo da saúde. Para essa formação, adotaram-se diversos princípios direcionadores como a implementação de estágios curriculares na lógica interprofissional; o desenvolvimento de módulos eletivos interdisciplinares e de atividades curriculares interunidades realizadas por dois ou mais eixos; a rearticulação do programa de desenvolvimento docente; a criação de mais cenários da prática e do trabalho colaborativo que articulem universidade e serviços, todos embasados na EIP como direcionadora desse projeto e isto implicou em uma proposta formativa que rompesse com estrutura tradicional centrada nas disciplinas e na formação específica de determinado perfil profissional ⁽⁷⁰⁾.

Neste estudo foi observado os programas de ações de desenvolvimento docente oferecidos pela instituição de ensino descritos nos PPCs, porém estas ações são voltados para os métodos de ensino e dinâmicas em sala de aula, não evidenciando capacitação e inserção dos docentes no contexto de educação interprofissional. Como as faculdades têm um papel muito crítico no fornecimento de EPI, Alruwaili et al. (2020) ⁽⁷⁹⁾ sugerem que a realização de programas de desenvolvimento do corpo docente é essencial para preparar e apoiar os facilitadores de EIP, a fim de fornecer educação interprofissional de forma eficaz e esses relatos corroboram com os achados de Batista et al. (2018) ⁽⁷⁰⁾ que observaram que a inserção dos educadores (docentes e técnicos administrativos educadores) no conhecimento dos princípios norteadores da EIP, a interdisciplinaridade, as métodos ativos e políticas indutoras, foram importantes para a implementação da EIP nos projetos dos cursos de saúde e do campus Baixada Santista.

Lima et al. (2018) ⁽⁸⁰⁾ fazem uma análise de 57 projetos pedagógicos dos cursos para as profissões que compõem as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf) das temáticas envelhecimento e educação interprofissional e em nenhum dos cursos investigados contemplou uma discussão mais profunda acerca desses temas, e estes autores concluem que esses fatos podem estar ligados à desarticulação das instituições de ensino com a dinâmica social e, por conseguinte, com a dinâmica dos serviços de saúde, além do desinteresse do corpo docente em transformar as suas práticas de ensino.

Podemos destacar como pontos fortes deste artigo a aplicação dos questionários com docentes e discentes, além da análise das documentações acadêmicas dos cursos, visto que os modelos de estudo na área são no geral

segmentados no aspecto do público-alvo e somado às documentações acadêmicas. Suas fraquezas podem estar no fato de que o estudo foi realizado apenas em uma universidade particular em São Paulo e a análise de dados foi limitada a este público e documentos da mesma. Outra limitação pode ter sido em relação a quantidade de cursos estudados nesta universidade, pois a mesma possui um portfólio de 16 cursos na área da saúde que integram em algumas atividades acadêmicas.

Como perspectivas futuras, podemos objetivar abranger o estudo para um maior número de cursos e universidades, bem como aprofundar a análise documental das ementas e matrizes curriculares no que diz respeito aos métodos abordadas na educação interprofissional durante a formação e experiências proporcionada à comunidade acadêmica.

6 CONCLUSÃO

6 CONCLUSÃO

Exploramos as percepções dos estudantes e docentes de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina sobre o conhecimento e vivências da EIP nas formações. Esta pesquisa sugeriu que a formação em Medicina e Enfermagem apresentam maior facilidade para a educação interprofissional do que a formação em Fisioterapia. O que pode explicar esse dado é que o tipo de formação dessas profissões são mais voltadas para uma interação em equipe.

Quando se compara a percepção da comunidade acadêmica no que diz respeito ao gênero, evidenciamos que os participantes do sexo feminino apresentam maior disponibilidade ao trabalho em equipe e às práticas colaborativas. Estas evidências podem ser relacionadas às mulheres, nos dias atuais, terem posições e expectativas semelhantes aos homens no mercado de trabalho, podendo contribuir para o espírito colaborativo, mas este tema deve ser aprofundado em pesquisas futuras.

Na comparação da percepção acerca da educação interprofissional entre os docentes e discentes, os resultados sugerem que os docentes apresentam mais autonomia profissional e objetivos clínicos de cada profissão do que os discentes.

Outra evidência é que existem diferentes entendimentos em relação a definição de interprofissionalidade com outros termos como interdisciplinariedade e multiprofissionalidade, tanto na fala dos estudantes e docentes, como na escrita do projeto pedagógico dos cursos.

Este estudo identificou que as iniciativas da educação interprofissional nos projetos pedagógicos de todos os cursos são pontuais durante toda a formação acadêmica, visto que poucas unidades curriculares abordam o tema em suas ementas. O curso que evidenciou uma quantidade maior de vivências acadêmicas interprofissionais foi o de Medicina, mas ainda de forma superficial e isso pode ser explicado pelo fato de que ainda existe pouca sinergia das instituições de ensino com os serviços de saúde.

Quando observadas as competências interprofissionais nos PPCs, evidencia-se a ausência dos conteúdos direcionados para a prática colaborativa, trabalho em equipe interprofissional, comunicação interprofissional e valores para a prática interprofissional e isto pode justificar as poucas iniciativas de educação interprofissional nas unidades curriculares dos três cursos pesquisados.

Fica evidente a necessidade de um programa de formação docente nos princípios da EIP, visto que o mesmo não foi evidenciado nas documentações acadêmicas dos cursos, afim de melhorar o conhecimento e mediação dos docentes na prática colaborativa. O estudo que se conclui identifica que é preciso mobilizar atores das instituições de ensino e atores dos serviços de saúde para discutir e construir coletivamente projetos pedagógicos que promovam a formação interprofissional.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- 1 Lary MJ, Lavigne SE, Muma RD, Jones SE, Hoeft HJ. Breaking down barriers: multidisciplinary education model. *J Allied Health*. 1997;26(2):63-9.
- 2 Khan NS, Shahnaz SI, Gomathi KG. Currently available tools and teaching strategies for the interprofessional education of students in health professions: literature review. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2016;16(3):e277-85.
- 3 Peduzzi M, Norman IJ, Germani AC, da Silva JA, de Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(4):977-83
- 4 Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010 Dec 4;376(9756):1923-58.
- 5 Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprofessional Care*, 1998;12(2):181-8.
- 6 Peduzzi, M. Trabalho em equipe. In: Pereira IB, Lima JCF. (orgs.). *Dicionário de educação profissional em saúde*. 2 ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. p. 419-426.
- 7 Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(59):905-16.
- 8 Lumague M, Morgan A, Mak D, Hanna M, Kwong J, Cameron C, Zener D, Sinclair L. Interprofessional education: the student perspective. *J Interprof Care*. 2006;20(3):246-53.

- 9 Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
- 10 Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS; 2010.
- 11 Barr H. Interprofessional education: today, yesterday and tomorrow: a review. London, UK: Higher Education Academy, Health Sciences and Practice Network; 2005.
- 12 Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *J Interprof Care*. 2018;32(1):1-3.
- 13 Peduzzi M, Agreli HLF, Silza JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saúde*, Rio de Janeiro. 2020;18(suppl 1);e0024678.
- 14 Furtado JP. Equipes de referências: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre as disciplinas e profissões. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu. 2007;11(22):239-55.
- 15 Reeves S. Developing and delivering practice-based interprofessional education. Berlin: Verlag Dr. Müller; 2008.
- 16 Karim R, Ross C. Interprofessional education (IPE) and chiropractic. *J Can Chiropr Assoc*. 2008;52(2):766-78.
- 17 Craddock D, O'Halloran C, Borthwick A, McPherson K. Interprofessional education in health and social care: fashion or informed practice? *Learn Health Soc Care*. 2006;5(4):220-42.

-
- 18 Jones RV. Working together - learning together. Occasional Paper, J R Coll Gen Pract Occas Pap. 1986;33:1-26.
- 19 Batista NA. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. Caderno FNEPAS, 2012. Volume 2.
- 20 Barr H. Interprofessional Education: the genesis of a global movement. United Kingdom: Center for the Advancement of Interprofessional Care; 2015.
- 21 Silva JAM, Peduzzi M, Orchard, C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(supl2):16-24.
- 22 Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec. 2004. p. 259-278.
- 23 Costa MV, Patricio KP, Câmara AMCS, Azevedo GD, Batista SHSS. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. Interface. 2015;19(supl 1):709-720.
- 24 Germani AC, Oliver FC, Rocha FF, Carvalho YM, Peduzzi M, Sangaleti C.. Aprender a trabalhar juntos: desafios no ensino da prática interprofissional e colaborativa. [Internet]. 2013.
- 25 Oandasan I, Reeves S. Key elements of interprofessional education. Part 2: Factors, processes and outcomes. J Interprof. Care. 2005;19(supl 1):39-48.
- 26 Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. [online]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf> [Acesso em 05 julho de 2017].

- 27 Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. *Resolução CNE/CES N° 4*, de 7 de novembro de 2001. [online]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf> [Acesso em 05 julho de 2017].
- 28 Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. *Resolução CNE/CES N° 4*, de 19 de fevereiro de 2002. [online]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf> [Acesso em 05 julho de 2017].
- 29 Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação. *Resolução CNE/CES N° 3*, de 20 de junho de 2014. [online]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-rces003-14&category_slug=junho-2014-pdf&Itemid=30192 [Acesso em 05 julho de 2017].
- 30 Matsumoto KS. A formação do enfermeiro para atuação na Atenção Básica: uma análise segundo as diretrizes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2010.
- 31 Bandali KS, Craig R, Ziv A. Innovations in applied health: Evaluating a simulation-enhanced, interprofessional curriculum. *Medical Teacher*. 2012;34 :176-184.
- 32 Braithwaite J, Westbrook M, Nugus P, Greenfield D, Travaglia J, Runciman W, Foxwell AR, Boyce RA, Devinney T, Westbrook J. A four-year, systems-wide intervention promoting interprofessional collaboration. *BMC Health Serv Res*, 2012;12:99. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/99>.

- 33 Aguilard-da-Silva RH, Scapin LT, Batista NA. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. *Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior*. 2011;16(1):167-182.
- 34 McNair R, Stone N, Sims J, Curtis C. Australian evidence for interprofessional education contributing to effective teamwork preparation and interest in rural practice. *J Interprof Care*. 2005;19(6):579-94.
- 35 Hind M, Norman I, Cooper S, Gill E, Hilton R, Judd P, Jones SC. Interprofessional perceptions of health care students. *J Interprof Care*. 2003;17(1):21-34.
- 36 Rossit RAS, Batista SH, Batista NA. Formação interprofissional em saúde: percepção de egressos de cursos de graduação da UNIFESP-Baixada Santista. In: *Atas do IX Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências – IX ENPEC*. Águas de Lindóia, SP – 10 a 14 de Novembro de 2013.
- 37 Casto R, Nystrom E, Burgess-Elison J. Interprofessional collaboration: attitude changes among students engaged in interprofessional education. In: *Interdisciplinary Health Team Care*, ed. Proceedings of Seventh Annual Conference. Chicago, IL: Center for Educational Development, University of Chicago; 1986. p. 201-16.
- 38 Young L. Knowing your allies: medical education and interprofessional exposure. *J Interprof Care*. 2007;21(2):155-63.
- 39 Freire Filho JR, Silva CBG, Costa MV, Forster AC. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro. 2019;43(1):86-96.
- 40 Almeida F.N. Higher education and health care in Brazil. *Lancet*, 2011;377(9781):1898-900.

- 41 Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2018.
- 42 Peduzzi M, Agreli HF. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(supl. 2):1525-34.
- 43 Peduzzi, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública, São Paulo*. 2001;35(1):103-109.
- 44 Agreli HLF. Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde [tese]. São Paulo, SP: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.
- 45 Agreli HF, Peduzzi M, Bailey C. The relationship between team climate and interprofessional collaboration: Preliminary results of a mixed methods study. *J Interprof Care*. 2017a;31(2):184-186.
- 46 Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(56):185-96.
- 47 Costa MV. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. *Interface: Comunicação Saúde Educação*. 2016;20(56):197-8.
- 48 Parsell G, Bligh J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). *Med Educ*. 1999;33(2):95-100.
- 49 Peduzzi M, Norman I, Coster S, Meireles E. Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(Esp 2):7-15.

- 50 Nuto SAS, Lima Junior FCM, Camara AMCS, Gonçalves CBC. Avaliação da disponibilidade para aprendizagem interprofissional de estudantes de ciências da saúde. *Rev Bras Educ Med. Rio de Janeiro.* 2017;41(1):50-7.
- 51 Alves-Mazzotti AJ, Gewandsznajder F. O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira; 1998.
- 52 Flick U. Introdução à pesquisa qualitativa. São Paulo: Artmed; 2009.
- 53 Minayo MCS. (Org.). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.
- 54 Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo, Edições; 2011. 70p.
- 55 Bardin L. L'Analyse de contenu. Paris: Presses Universitaires de France, 1977.
- 56 Fossá MIT. Proposição de um constructo para análise da cultura de devoção nas empresas familiares e visionárias [Tese (Doutorado em Administração)]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre; 2003.
- 57 Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In.: Deslandes SF, Gomes R, Minayo MCS. (org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 26 ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2007. p. 79-108.
- 58 Maharajan MK, Rajiah K, Khoo SP, Chellappan DK, De Alwis R, Chui HC, Tan LL, Tan YN, Lau SY. Attitudes and Readiness of Students of Healthcare Professions towards Interprofessional Learning. *PLoS One.* 2017 Jan 6;12(1):e0168863.
- 59 Hansson A, Foldevi M, Mattson B. Medical students' attitudes toward collaboration between doctors and nurses - a comparison between two Swedish universities. *J Interprof Care,* 2010;24(3):242-50.

- 60 Wilhelmsson M, Ponzer S, Dahlgren LO, Timpka T, Faresjö T. Are female students in general and nursing students more ready for teamwork and interprofessional collaboration in healthcare? *BMC Med Educ.* 2011;11:15.
- 61 Berger-Estilita J, Chiang H, Stricker D, Fuchs A, Greif R, McAleer S.. Attitudes of medical students towards interprofessional education: a mixed-methods study. *PLoS One*, 2020;15 (10):e0240835.
- 62 Lestari E, Stalmeijer RE, Widyandana D, Scherpbier A. Understanding attitude of health care professional teachers toward interprofessional health care collaboration and education in a southeast Asian country. *J Multidiscip Healthc.* 2018;11:557-71.
- 63 Curran VR, Sharpe D, Forristall J. Attitudes of health sciences faculty members towards interprofessional teamwork and education. *Med Educ.* 2007;41(9):892-6.
- 64 Hoffman J, Redman-Bentley D. Comparison of faculty and student attitudes toward teamwork and collaboration in interprofessional education. *J Interprof Care.* 2012;26(1):66-8.
- 65 Prentice D, Engel J, Taplay K, Stobbe K. Interprofessional Collaboration: The experience of nursing and medical students' interprofessional education. *Glob Qual Nurs Res.* 2015;2: 2333393614560566.
- 66 Alaradi M, Abdulsalam M, Albenjasim K, Alwahoush OA, Abdulmalek S, Alsherooqi W. Nursing and medical students' perceptions of interprofessional education and social interactions: A qualitative study. *Clinical Nursing Studies*, 2021;9(2):12-9.
- 67 Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;2013(3):CD002213.

- 68 Buring M, Bhushan A, Broeseker A, Conway S, Duncan-Hewitt W, Hansen L, Westberg S. Interprofessional education: definitions, student competencies, and guidelines for implementation. *Am J Pharm Educ.* 2009;73(4):59.
- 69 Alvarenga JPO, Meira AB, Fontes WD, Xavier MMFB, Trajano FMP, Chaves Neto G, Silva FWB, Almeida FVH. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. *Rev Enferm UFPE.* 2013;7(10):5944-51.
- 70 Batista NA, Rossit RAS, Batista SHSS, Silva CCB, Uchôa-Figueiredo LR, Poletto PR. Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista. Santos, Brasil. *Interface (Botucatu).* 2018; 22(Supl. 2):1705-15.
- 71 Van Schaik S, Plant J, O'Brien B. Challenges of interprofessional team training: a qualitative analysis of residents' perceptions. *Educ Health.* 2015; 28(1):52-7.
- 72 Santos LC, Simonetti JP, Cyrino AP. Interprofessional education in the undergraduate Medicine and Nursing courses in primary health care practice: the students' perspective. *Interface (Botucatu).* 2018;22(Supl. 2):1601-11.
- 73 Khalili H, Orchard C, Laschinger HK, Farah R. An interprofessional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. *J Interprof Care.* 2013;27(6):448-53.
- 74 Batista NA, Batista SHSS. Educação interprofissional na formação em saúde: tecendo redes de práticas e saberes. *Interface (Botucatu).* 2016;20(56):202-4.
- 75 Homeyer S, Hoffmann W, Hingst P, Oppermann RF, Dreier-Wolfgramm A. Effects of interprofessional education for medical and nursing students: enablers, barriers, and expectations for optimizing future interprofessional collaboration - a qualitative study. *BMC Nurs.* 2018;17:13.

- 76 Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I. Interprofessional education: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;Jan;23(1):CD002213.
- 77 Institute of Medicine Committee on the Health Professions Education Summit. Health professions education: a bridge to quality. In Greiner AC, Knebel E. (eds.) *Healthprofessions education: a bridge to quality*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2003. p. 192.
- 78 Interprofessional Education Collaborativer IPEC. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative; 2016.
- 79 Alruwaili A, Mumenah N, Alharthy N, Othman F. Students' readiness for and perception of Interprofessional learning: a cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2020;20(1):390.
- 80 Lima RRT, Vilar RLA, Castro JL, Lima KC. Educação interprofissional e a temática sobre o envelhecimento: uma análise de projetos pedagógicos na área da Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018;22(Supl. 2):1661-73.
81. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Resolução MS/CNS N° 569, de 8 de dezembro de 2017. [online]. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf> [Acesso em 08 abril de 2022].

ANEXOS

ANEXOS

Anexo I: Termo de consentimento livre e esclarecido eletrônico

Anexo II: Questionário Sócio-Demográfico

Anexo III: Questionário *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS)
validado em português

Anexo IV: Análise dos Projetos Pedagógicos dos Cursos

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME: :.....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : SEXO : .M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE

CEP:..... TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M F

DATA NASCIMENTO.:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....).....

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA: Percepção da Educação Interprofissional na Formação na Saúde.

2. PESQUISADOR : Profa. Patricia Tempski.

CARGO/FUNÇÃO: Pesquisadora do Centro de Desenvolvimento de Educação Médica

INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 144200 (ST)

UNIDADE DO HCFMUSP: Faculdade de Medicina

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

✓	RISCO MÍNIMO	RISCO MÉDIO	<input type="checkbox"/>
	RISCO BAIXO <input type="checkbox"/>	RISCO MAIOR	<input type="checkbox"/>

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 24 meses

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

- 1 – As informações que se seguem estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem por objetivo central Avaliar a percepção e vivência dos estudantes e professores da área de saúde da universidade Anhembi Morumbi sobre a educação interprofissional.
- 2 – Participarão do estudo alunos e professores dos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Medicina que estejam inseridos nos programas e atividades de educação interprofissional.
- 3 – A participação do estudante e docente implica na resposta aos instrumentos da pesquisa com questões sobre a educação interprofissional.
- 4 - O tempo total de resposta varia em média entre 30 e 60 minutos.
- 5 – Não há benefício direto para o participante.
- 6 - Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Profa. Dra Patrícia Tempski, que pode ser encontrado no seguinte endereço: Av. Dr. Arnaldo, 455 – sala 1210 – FMUSP – São Paulo - SP – Telefone: (11) 3061-7317. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 1º andar– tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004– E-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br.
- 7 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo na sua Instituição de ensino;
- 8 – Direito de confidencialidade – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgado a identificação de nenhum paciente;
- 10 – Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, e dos resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;
- 11 – Despesas e compensações: não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
- 12 - Compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo ” **Percepção da Educação Interprofissional na Formação na Saúde**”

Eu discuti com a Profa. Dra. Patricia Tempski sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no minha instituição de ensino.

Assinatura do paciente/representante legal Data ____/____/____

Assinatura da testemunha Data ____/____/____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo Data ____/____/____

ANEXO II – Questionário Sócio-demográfico**QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO – CATEGORIA PROFESSOR**

1. Idade:

2. Sexo:

Masculino

Feminino

3. A quanto tempo está na docência no ensino superior?

Até 2 anos

De 3 a 5 anos

De 6 a 8 anos

Acima de 9 anos

4. Qual a sua formação profissional (múltiplas respostas)?

Biologia

Biomedicina

Educação Física

Enfermagem

Farmácia

Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Fonoaudiologia

Medicina

Nutrição

- ☐ Odontologia
- ☐ Psicologia
- ☐ Serviço Social
- ☐ Técnicos em Radiologia
- ☐ Veterinária
- ☐ Pedagogia
- ☐ outros fora da área da saúde. Especifique _____

5. Qual curso e semestre você ministra aula (múltiplas respostas)?

- ☐ Biologia. Semestre: _____
- ☐ Biomedicina. Semestre: _____
- ☐ Educação Física. Semestre: _____
- ☐ Enfermagem. Semestre: _____
- ☐ Estética. Semestre: _____
- ☐ Estética e Cosmética – Maquiagem Profissional. Semestre: _____
- ☐ Farmácia. Semestre: _____
- ☐ Fisioterapia. Semestre: _____
- ☐ Medicina. Semestre: _____
- ☐ Naturologia. Semestre: _____
- ☐ Nutrição. Semestre: _____
- ☐ Podologia. Semestre: _____
- ☐ Psicologia. Semestre: _____
- ☐ Quiropraxia. Semestre: _____
- ☐ Veterinária. Semestre: _____

ç Visagismo e Terapia Capilar. Semestre: _____

6. Você tem algum cargo de gestão de ensino (múltiplas respostas)?

ç Coordenação de Curso

ç Colegiado de Curso

ç NDE (Núcleo Docente Estruturante)

ç Outros. Especifique _____

ç Não

7. Qual sua carga horária semanal na Instituição?

ç Até 12hs

ç De 13 a 24hs

ç De 25 a 40hs

8. Você participa de algum projeto interprofissional (múltiplas respostas)?

ç Ensino

ç Pesquisa

ç Extensão

ç Não participo

9. O que você entende por educação interprofissional, descreva com suas palavras.

10. Você tem ou teve experiência em educação interprofissional?

a. Se sim, descreva.

b. Se não, quais obstáculos?

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO – CATEGORIA ESTUDANTE

1. Idade:

2. Sexo:

Masculino

Feminino

3. Você participa de algum dos seguintes programas?

FIES

PROUNI

Aluno bolsista

Aluno cotista ou proveniente de programa de inclusão social

Nenhum

4. Qual curso de graduação você está matriculado(a)?

Enfermagem

Fisioterapia

Medicina

5. Qual semestre da graduação você está cursando?

1º semestre

2º sem da graduação

3º sem da graduação

4º sem da graduação

☐ 5º sem da graduação

☐ 6º sem da graduação

☐ 7º sem da graduação

☐ 8º sem da graduação

☐ 9º sem da graduação

☐ 10º sem da graduação

☐ 11º sem da graduação

☐ 12º sem da graduação

☐ Desperiodizado (cursando DPs/ Adaptações)

6. Você tem outra formação profissional prévia?

☐ Sim. Especifique _____

☐ Não

7. Você participa de algum projeto interprofissional:

☐ Ensino

☐ Pesquisa

☐ Extensão

☐ Não participo

8. O que você entende por educação interprofissional, descreva com suas palavras.

9.Descreva uma vivência em educação interprofissional e seu principal aprendizado.

ANEXO III – Questionário *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS) validado em português

ITENS	1 = Discordo Totalmente	2 = Discordo	3 = Não Concordo e Nem Discordo	4 = Concordo	5 = Concordo Totalmente
1- A aprendizagem junto com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde					
2 - Em última análise os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes					
3 - Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumentará minha capacidade de compreender problemas clínicos					
4 - A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde durante a graduação melhorará os relacionamentos após a graduação					
5 - Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde					
6 - A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais					
7 - Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros					
8 - Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde					
9 - A aprendizagem compartilhada me ajudará a compreender minhas próprias limitações					
10 - Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde					
11 - Não é necessário que estudantes de graduação da área da saúde aprendam juntos					
12 - Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso					
13 - A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais					
14 - Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões da saúde					
15 - A aprendizagem compartilhada ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes					
16 - A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe					
17 - A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos					
18 - Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde					
19 - Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu					
20 - Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional (autonomia profissional)					
21 - Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional (objetivo clínico)					
22 - Minha principal responsabilidade como profissional será tratar meu paciente (objetivo clínico)					
23 - Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente (situação do paciente)					
24 - Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim (situação do paciente)					
25 - Procuro transmitir compaixão aos meus pacientes (situação do paciente)					
26 - Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto (situação do paciente)					
27 - Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes (situação do paciente)					

Luciana G. Auad Viscardi