**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

JOSÉ RODRIGUES FREIRE FILHO

**Educação e práticas interprofissionais no Programa Mais Médicos:
implicações na formação e no trabalho em saúde do contexto brasileiro**

**Ribeirão Preto
2018**

JOSÉ RODRIGUES FREIRE FILHO

**Educação e práticas interprofissionais no Programa Mais Médicos:
implicações na formação e no trabalho em saúde do contexto brasileiro**

Versão Corrigida

(A versão original encontra-se disponível tanto na Biblioteca da Unidade que aloja o Programa, quanto na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD))

Tese de doutorado apresentada à
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração: Saúde na
Comunidade

Orientadora: Profa. Dra. Aldaísa Cassanho
Forster.

Coorientador: Prof. Dr. Ricardo Burg
Ceccim

Ribeirão Preto

2018

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

Freire Filho, José Rodrigues.

Educação e práticas interprofissionais no Programa Mais Médicos: implicações na formação e no trabalho em saúde do contexto brasileiro. Ribeirão Preto, 2018.

201 fl. : il.

Tese de doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Cassanho Forster, Aldaísa.

1. Educação Interprofissional. 2. Trabalho em equipe. 3. Estratégia Saúde da Família.

Nome: FREIRE FILHO, José Rodrigues

Título: Educação e práticas interprofissionais no Programa Mais Médicos: implicações na formação e no trabalho em saúde do contexto brasileiro.

Tese de doutorado apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: 12/07/2018

Banca Examinadora

Prof. Dra. Aldaísa Cassanho Forster Instituição: Universidade de São Paulo - USP

Julgamento: Presidente Assinatura: _____

Prof. Dra. Regina Yoneko D. Carretta Instituição: Universidade de São Paulo - USP

Julgamento: Aprovado Assinatura: _____

Prof. Dra. Luciane Loures dos Santos Instituição: Universidade de São Paulo - USP

Julgamento: Aprovado Assinatura: _____

Prof. Dra. Clélia Maria de Sousa F. Parreira Instituição: Universidade de Brasília - UNB

Julgamento: Aprovado Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Esta pesquisa é dedicada a todos que lutam por uma saúde integral, resolutive e de qualidade, e que acreditam que, para alcançá-la, deve-se iniciar pela transformação da educação das profissões da saúde.

AGRADECIMENTOS

São tantas as pessoas e circunstâncias que estiveram envolvidas neste estudo que, sinceramente, torna-se um desafio agradecer de forma nominal a contribuição de cada um nesta importante conquista da minha vida profissional.

De todo modo, seguindo os padrões estabelecidos para apresentação de teses, elencarei, a seguir, personalidades estratégicas que me influenciaram na produção desta obra.

À minha orientadora e querida amiga, Prof.^a Dr.^a Aldaísa Cassanho Forster, por mais uma vez me impulsionar rumo a novos desafios e busca por mais conhecimentos. Jamais esquecerei da sua terna expressão de educadora me incentivando e ensinando.

Ao Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim, por me desacomodar com seus intrigantes questionamentos e me permitir romper com paradigmas que já não mais me pertenciam.

Ao professor Dr. Marcelo Viana da Costa que, além das suas preciosíssimas contribuições como colaborador deste estudo, marcou forte presença em minha trajetória pessoal e profissional nos últimos anos. Grande parte do que aqui está hoje se deve a ele. O meu muito obrigado, meu amigo.

À amiga Dra. Carinne Magnago. É um desafio descrever, em poucas palavras, o quanto dedico este estudo a ela. Na verdade, tudo isto aqui também pertence a ela. Muito obrigado por sempre estar aberta e disponível para colaborar comigo. Admiro sua personalidade e objetividade. Nossa parceria foi uma complementação de perfis.

Ao professor Scott Reeves. Sua influência sobre o tema da Educação Interprofissional deve ser reconhecida em todo o mundo. Pessoalmente, contribuiu, e muito, com este estudo. Aqui tem achados que encontramos juntos. Infelizmente ele nos deixou dias antes de eu finalizar a redação desta obra. A minha eterna gratidão a ele.

À Prof.^a Dr.^a Ana Maria Palmar Santos, por mais uma vez oportunizar a

realização do meu estágio do doutorado na Universidade Autônoma de Madri – Espanha.

A todos os profissionais envolvidos com o Programa Mais Médicos. A todos, sem exceção, o meu muito obrigado.

À amiga Valéria Mariana Atella Barbosa. Jamais posso esquecer da sua forte presença em minha vida. Você foi imprescindível para a realização deste estudo, sobretudo por me levar para atuar no campo da macrogestão da educação na saúde, onde pude colocar em prática meus conhecimentos. Muito obrigado pela amizade e confiança.

À amiga Cláudia Brandão, por sempre acreditar em mim e me desafiar. A confiança depositada em mim foi um estímulo para a produção deste estudo.

Ao Paulo Cesar Cardoso, por acreditar em mim, escutar minhas lamúrias e me incentivar, sempre, sempre, sempre.

À profissional Andréa Martins Teixeira. Você me deixou marcas que até hoje ressoam. Este é mais um resultado da sua fantástica e inesquecível intervenção.

E, por último, agradeço à minha família. Ao meu pai José, minha mãe Helena, meus irmãos Carina, Cinara, Cibele e Heleno, a todos os meus sobrinhos e cunhados, o meu mais sincero agradecimento por reconhecerem a importância de se investir nos estudos e me incentivarem sempre a seguir.

Alguns acordam para que outros durmam;
realizam para que outros desfrutem.

Em proporções que nunca saberemos mensurar,
estamos todos sob o movimento da cooperação.

Não cabe nenhuma arrogância, não se justifica
nenhuma prepotência.

Apenas gratidão.

RESUMO

FREIRE FILHO, José Rodrigues. **Educação e práticas interprofissionais no Programa Mais Médicos: implicações na formação e no trabalho em saúde do contexto brasileiro**. 2018. 201fl. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), desde a sua criação, enfrenta dificuldades de expansão relacionada à escassez e à distribuição desigual do médico, que, por consequência, traz graves comprometimentos quanto ao seu grau de resolubilidade. Como forma de enfrentar essa situação, em 2013 foi criado o Programa Mais Médicos (PMM), que se caracteriza como política de provimento e de educação na saúde, no qual a Educação Interprofissional (EIP) aparece como uma importante abordagem para a mobilização de mudanças das práticas profissionais e do modelo assistencial. Esta pesquisa pretendeu explorar a tese de que o PMM apresenta potencial desencadeador de mudanças no modelo de educação das profissões da saúde no Brasil para a adoção de estratégias educacionais ancoradas nos pressupostos da EIP. Para tanto, realizou-se um estudo exploratório, desenvolvido por meio de análise documental e pesquisa de campo. A pesquisa documental teve por objetos de estudo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação em medicina de 2001 e de 2014 e de nove projetos políticos pedagógicos (PPP) dos cursos de Especialização em Saúde da Família ofertados no âmbito do PMM. A pesquisa de campo foi operacionalizada no estado de Minas Gerais, por entrevistas em profundidade, grupos focais e aplicação da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI), com médicos integrantes do eixo do provimento emergencial do PMM, tutores, supervisores e profissionais das equipes de Atenção Básica as quais os médicos do PMM estão vinculados. Os resultados demonstram que a explicitação da EIP nas novas DCN é um avanço para a sua incorporação no cenário brasileiro. Quanto aos PPP, embora não se evidenciem neles propostas pedagógicas sistematizadas com base nos fundamentos teórico-conceituais e metodológicos da EIP, eles se mostraram potentes para a adoção dessa abordagem. A aplicação da EJARCI demonstrou que não há diferenças estatísticas quanto à atitude profissional em relação à colaboração interprofissional em decorrência do perfil do médico/equipe - brasileiro, intercambista ou cubano, mas maiores pontuações foram obtidas pelos enfermeiros e médicos estrangeiros. As entrevistas e grupos focais revelaram que elementos centrais da EIP se enunciam nos ciclos formativos do PMM, como a promoção do conhecimento sobre o papel de cada profissão, a interdependência, o compartilhamento de experiências no cotidiano do trabalho, a resolução de conflitos e a centralidade do cuidado no usuário. Apreendeu-se que há o reconhecimento de que a política de provimento médico possibilitou a reversão de cenários de saúde, nos quais as equipes de ESF, incompletas pela ausência desse profissional, estavam consideravelmente limitadas para promover atenção integral às populações por meio da colaboração profissional. É possível afirmar que o PMM se qualifica como uma oportunidade pujante para o desenvolvimento de competências colaborativas e para a adoção de práticas pedagógicas alicerçadas na EIP, especialmente porque sua proposta se assenta na lógica da educação permanente e integração ensino-serviço, pilares estruturantes do SUS.

Palavras-chave: Educação Interprofissional. Trabalho em equipe. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

FREIRE FILHO, José Rodrigues. **Education and interprofessional practices in the 'More Doctors' (Mais Médicos) Program: implications for training and health work in the Brazilian context.** 2018. 201fl. Doctorate Thesis - Faculty of Medicine, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018.

Since its inception, The Family Health Strategy (Estratégia Saúde da Família - ESF) has faced difficulties of expansion related to scarcity and unequal distribution of physicians, which consequently brings serious compromises to its degree of solvability. As a way of coping with this situation, the 'More Doctors' Program (Programa Mais Médicos - PMM) was created in 2013, which is characterized as a policy of health provision and education and in which Interprofessional Education (IPE) appears as an important approach for mobilizing changes in professional practices and the care model. This research aimed to explore the thesis that the PMM presents a potential trigger for changes in the education model of health professions in Brazil, based on an adoption of educational strategies anchored in the assumptions of IPE. Regarding this, an exploratory study was carried out through documentary analysis and field research. The documentary research had the National Curricular Guidelines (DCN) of the undergraduate medical courses of 2001 and 2014 as its object of study, and nine political pedagogical projects (PPP) of Specialization courses in Family Health offered in the domain of the PMM. Field research was carried out in the state of Minas Gerais by in-depth interviews, focus groups and application of the Jefferson Scale of Attitudes Related to Interprofessional Collaboration (JeffSATIC), with physicians who are members of the PMM emergency provision, tutors, supervisors and professionals of the Primary Care teams that PMM physicians are linked to. The results demonstrate that the IPE explicit in the new DCN is an advance for its incorporation into the Brazilian scenario. Although systematized pedagogical proposals based on the theoretical-conceptual and methodological foundations of IPE are not evident in the PPPs, they have proven to be potent in adopting this approach. Application of the JeffSATIC showed that there are no statistical differences regarding the professional attitude towards interprofessional collaboration due to the profile of the doctor/team (Brazilian, foreign exchange or Cuban), but higher scores were obtained by foreign nurses and doctors. The interviews and focus groups revealed that central elements of IPE are set out in the PMM formative cycles, such as promoting knowledge about the role of each profession, interdependence, sharing experiences in daily work, conflict resolution and centrality of care for the user. It was noted that there is recognition that the health care policy enabled the reversal of health scenarios, in which FHS teams (incomplete due to the absence of this professional) were considerably limited to promote comprehensive care to the population through professional collaboration. It is possible to affirm that the PMM qualifies as a thriving opportunity for developing collaborative skills and for adopting pedagogical practices based on IPE, especially since its proposal is based on the logic of permanent education and teaching-service integration, which are structuring pillars of the Brazilian Public Healthcare System (SUS).

Keywords: Interprofessional Education. Teamwork. Family Health Strategy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVASUS	Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAPES	Contrato Organizativo de Ação Pública Ensino Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
CTIS	Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EIP	Educação Interprofissional
	Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional
EJARCI	
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIES	Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEC	Ministério da Educação
MGFC	Medicina Geral de Família e Comunidade
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PISUS	Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PMM	Programa Mais Médicos
PMMB	Projeto Mais Médicos para o Brasil
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPP	Projetos Políticos Pedagógicos
PROVAB	Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica
SMSA-BH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UR	Unidades de Registro
US	Unidades de Significação
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFC	Universidade Federal do Ceará
UFU	Universidade Federal de Uberlândia
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFMS	Universidade Federal do Mato Grosso do Sul
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFSJ	Universidade Federal de São João del Rei
UFVJM	Universidade Federal do Vale do Jequitinhonha e Mucuri
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
Unimontes	Universidade Estadual de Montes Claros
UR	Unidade de Registro
US	Unidade de Significação

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	17
1 INTRODUÇÃO.....	21
1.1 OBJETIVOS.....	26
1.1.1 Geral.....	26
1.1.2 Específicos	26
1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA.....	27
2 MAIS MÉDICOS: A GÊNESE DO PROGRAMA E AS IMPLICAÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA	29
2.1 PROVIMENTO EMERGENCIAL.....	33
2.2 FORMAÇÃO MÉDICA	37
2.3 MELHORIA DA INFRAESTRUTURA.....	43
3 EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL ENQUANTO ABORDAGEM PARA MELHORAR A PRÁTICA COLABORATIVA E A QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE	49
4. MATERIAL E MÉTODOS	57
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	57
4.2 PESQUISA DOCUMENTAL	57
4.2.1 Análise das DCN dos cursos de graduação em medicina	58
4.2.2 Análise dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de Especialização em Saúde da Família.....	58
4.3 PESQUISA DE CAMPO	60
4.3.1 População e amostra	60
4.3.2 Coleta de dados e instrumentos	62
4.3.3 Análise dos dados.....	64
4.4 O CONSTRUCIONISMO SOCIAL COMO BASE EPISTEMOLÓGICA ADOTADA PARA A PESQUISA	65
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	68
5 RESULTADOS	71
6 DISCUSSÃO.....	141
7 CONCLUSÃO	151
REFERÊNCIAS	157
APÊNDICES	169
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre esclarecido	169
APÊNDICE B – Roteiro do Grupo Focal	171
APÊNDICE C – Roteiro para entrevista com os médicos	172
APÊNDICE D – Proposta de roteiro para entrevista com os tutores e supervisores do PMMB.....	173
APÊNDICE E – Artigo 1 publicado	174
APÊNDICE F – Comprovante de submissão do Artigo 2.....	182
APÊNDICE G – Comprovante de aprovação de publicação do Artigo 3	183

ANEXOS	184
ANEXO A – Autorização das instituições supervisoras do PMMB e secretarias de saúde para realização da pesquisa	187
ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP	194
ANEXO C – Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI)	198
ANEXO D – Autorização para utilização da EJARCI/ JeffSATIC	200

APRESENTAÇÃO

Tenho um pensamento estratégico. Em sua acepção e, nesta ocasião, este termo está associado a pensar o novo para traduzi-lo em ações que, de fato, possam beneficiar o ser humano. A estratégia, então, seria a inovação, o diferente, o desacomodar, o afetar, o acreditar e o fazer acontecer. E assim é delineada minha personalidade.

Sou farmacêutico de formação, e um fanático em buscar estratégias para melhorar a saúde da população. Nesta condição, me sinto pertencente a todas as profissões da área da saúde. Isso me inquieta e me impulsiona a estudar cada vez mais. E, nesta incessante busca, já alcancei importantes espaços.

Para este estudo, a minha passagem pelos Ministérios da Saúde e da Educação do Brasil, no período de 2014 a 2017, influenciou o meu interesse em discutir um tema que, para mim, faz-se cada vez mais necessário: recursos humanos em saúde, sobretudo no que se refere à educação das profissões da área. Sim, esta pesquisa é genuinamente de caráter educacional, com produção de evidências e implicações em mudanças na conformação do modelo de trabalho em saúde.

De modo singular, estudar o Programa Mais Médicos com enfoque na Educação Interprofissional em Saúde (EIP) consistiu em um dos maiores desafios em minha trajetória de pesquisador. Isto porque, não obstante às críticas e polêmicas que lhe envolvem, o referido programa apresenta reconhecido valor público, em cujo âmbito a EIP encontra terreno fértil para ser implementada no País. Essa conjectura dá ânimo para investir e avançar em estudos nesta abordagem.

O amadurecimento e aprofundamento em experiências no tema da EIP se tornaram mais efetivos quando fui aprovado para a função de consultor nacional na área de educação na saúde da Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde, no ano de 2017, ocasião que ratificou que eu estava no caminho certo. E, em paralelo a esta seleção de consultor nacional OPAS/Brasil, optei por seguir mais adiante e assumir a função de consultor internacional no escritório regional da OPAS, na cidade de Washington, EUA, para atuar no tema específico da EIP.

Conquistas? Não há dúvidas. O desacomodar e o esforço para alcançar os objetivos previstos são chaves para as realizações. E esta é mais uma conquista.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A singularidade da política pública de saúde brasileira, na forma como foi concebida e se estruturando ao longo dos anos, se caracteriza como excepcionalidade no contexto das reformas mundiais da saúde, sobretudo em um país com vasta dimensão territorial e complexidade epidemiológica, demográfica e social (1).

Impulsionada pela sociedade civil, e não por governos e partidos políticos, a reforma do setor saúde no Brasil ganha notoriedade por ter sido desencadeada em uma conjuntura simultânea ao processo de democratização que ocorreu na década de 1980, o que possibilitou o desenvolvimento de um sistema de saúde dinâmico e complexo, ancorado no princípio de que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado. O resultado foi a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1990, organizado de maneira descentralizada, com comando político e financiamento em cada nível de governo, e em rede integrada, propiciando condições históricas para a efetivação de ações ao enfrentamento dos determinantes sociais de saúde, redução da pobreza e das desigualdades socioeconômicas regionais (1,2).

O SUS coloca a saúde pública no centro do debate da política e da sociedade, sendo destaque no cenário internacional e cujos avanços se relacionam aos cuidados voltados para a Atenção Primária à Saúde (APS), aos investimentos em recursos humanos, às ações com enfoque na ciência e tecnologia e à maior participação social com crescente consciência pública do direito à saúde.

A respeito dos recursos humanos, o SUS se operacionaliza a partir de composições de natureza multiprofissional, favorecendo sobremaneira o desenvolvimento do trabalho em equipe. Na APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi assumida como modelo de reorientação da lógica de atenção à saúde a partir do fortalecimento da Atenção Básica brasileira e do desenvolvimento do trabalho em equipe, minimamente composta pelo médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS) (3).

No entanto, a ESF, desde a sua criação, enfrenta dificuldades de expansão relacionada à escassez e à distribuição desigual do médico, especialmente em territórios de grande vulnerabilidade social, que, por consequência, traz graves

comprometimentos quanto ao grau de resolubilidade desse nível de atenção, considerado porta de entrada preferencial do SUS (4,5).

Como forma de enfrentar essa situação, no ano de 2013, foi criado o Programa Mais Médicos (PMM) que compreende um conjunto de ações que se propõe responder à insuficiência de médicos na Atenção Básica, como também à carência da capacidade do Brasil de formar médicos para as necessidades presentes e futuras do sistema público de saúde (6). Os pilares do programa estão estruturados em medidas de curto, médio e longo prazo, relacionadas ao provimento emergencial de médicos para a ESF de regiões desassistidas e afetadas por diversos fatores sociais; à ampliação da oferta de vagas para a graduação em medicina e de residência médica em locais onde há carência de profissionais; e à reformulação do currículo médico e reestruturação física das unidades básicas de saúde.

O eixo do PMM que trata do provimento emergencial (Projeto Mais Médicos para o Brasil - PMMB) é um componente estratégico para garantir de forma célere o médico na Atenção Básica. Com esse objetivo, em dois anos de programa foram incluídos mais de 18 mil médicos brasileiros e intercambistas em equipes multiprofissionais de ESF, garantindo assistência a 63 milhões de brasileiros (4).

Para além da conformação numérica das equipes e expansão da Atenção Básica, espera-se que o contexto promovido pelo PMMB desencadeie repercussões positivas na dinâmica do processo de trabalho e no atendimento às necessidades da população. Isto porque, com a equipe completa, há possibilidades de se estabelecer respostas colaborativas mais efetivas, viabilizadas pelo trabalho interprofissional, melhorando, assim, a qualidade do cuidado ao usuário.

Além do preenchimento de postos de trabalho, o PMMB apresenta em seu escopo componentes educacionais que visam promover o aperfeiçoamento de médicos na Atenção Básica, por meio de ações pedagógicas alicerçadas na integração ensino-serviço, com a oferta de cursos de especialização, de aperfeiçoamento e de extensão acadêmica.

Em que pese à importância dos outros eixos do programa, cabe destacar que o eixo pertinente à formação propõe a reorientação da educação médica, a qual obrigatoriamente deve ser atendida pelas escolas de medicina brasileiras, bem como traz alterações na lógica de expansão de vagas. Esta nova proposta reformula o currículo a partir de novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de

graduação em medicina, com o objetivo de adequar o ensino médico aos novos desafios da educação contemporânea, colocando o aluno como protagonista da relação ensino-aprendizagem e redirecionando as atividades de formação prática, a partir do fortalecimento da integração ensino, serviço e comunidade (4,6). Mais ainda, a mudança na formação médica deve considerar o desenvolvimento de competências comuns, específicas e colaborativas, no entendimento de que competência é a capacidade de mobilizar e combinar atributos cognitivos, psicomotores e afetivos, para solucionar com pertinência, responsabilidade e eficácia inúmeras situações da prática profissional (7).

As ações em torno da educação médica, previstas pelo PMM, acontecem tanto em nível de graduação e pós-graduação, como nas ações relacionadas aos itinerários formativos presentes no eixo do provimento emergencial (8). Esses são espaços importantes para investir esforços na formação de novas bases para o trabalho médico e o desenvolvimento de práticas profissionais colaborativas, uma vez que, no âmbito do PMMB, as ações educativas ocorrem no cotidiano do trabalho, com a presença do médico junto aos demais profissionais da equipe de Atenção Básica, na condição de profissional-educando (9).

Com os esforços de mudança da lógica da educação médica, por meio do PMM, importantes conflitos precisam ser enfrentados como forma de fortalecer a produção dos serviços de saúde na Atenção Básica, dentre eles a necessidade de formar profissionais mais aptos ao trabalho em equipe, na medida em que a lógica da ESF, como modelo para reorientação dos serviços da APS brasileira, é o enfrentamento dos problemas de saúde pela equipe profissional, de forma eficiente, eficaz e resolutive.

Posto isso, no tocante ao eixo do provimento emergencial do PMM, além da medida de curto prazo, cuja finalidade principal é diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde, há também ações de caráter eminentemente educativas disponibilizadas aos médicos do projeto. Tais ações são estruturadas em ciclos formativos, organizadas por eixos e apoiadas por ferramentas de aprendizagem.

No primeiro ciclo oferta-se o Curso de Especialização em Saúde da Família, com a finalidade de aproximar o profissional aos princípios e diretrizes do SUS, da Atenção Básica e da realidade do território; e as atividades de supervisão, realizadas por um profissional médico vinculado a uma instituição de ensino superior, para dar

suporte ao médico participante no desenvolvimento de competências necessárias para as ações da Atenção Básica (8).

A supervisão se dá por meio de visitas periódicas *in loco* e acompanhamento longitudinal, que consiste em atividade de supervisão específica que possa ser mediada e acompanhada por meio de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) – e-mail, telefone ou web conferência, mediante registro. Tal atividade pode ser a proposição de uma discussão de caso clínico por escrito; relato de um processo de trabalho específico; encaminhamento de soluções para alguma pendência anterior registrada pelo supervisor; atividade de aprimoramento clínico; descrição de uma ação em saúde específica no território ou outro aspecto que o supervisor considere relevante e pertinente para aquele contexto. O supervisor também promove encontros de supervisão locorregional, sendo esse um dispositivo de educação permanente, que se caracteriza pelo encontro presencial dos atores participantes do PMMB de uma determinada região (9).

O segundo ciclo formativo, que também inclui atividades de supervisão, se desenvolve por meio de atividades de aperfeiçoamento e extensão acadêmica, programadas de acordo com as necessidades dos médicos participantes do projeto (9).

Nesse cenário, em que se revela a natureza educacional do processo de provisão emergencial de médicos na Atenção Básica brasileira, a Educação Interprofissional (EIP) aparece como uma importante estratégia para a mobilização de mudanças das práticas profissionais e do modelo assistencial (10). Isto porque esta abordagem educacional apresenta sólidos elementos que visam preparar o profissional para a colaboração profissional, na produção do cuidado frente às exigências de um novo modelo de atenção à saúde capaz de oferecer respostas adequadas às necessidades de saúde da população (11,12), e que, para tanto, a atuação uniprofissional, isolada e fragmentada se mostra incompatível (13,14).

No Brasil, experiências que utilizam a EIP ainda são incipientes, bem como são recentes os debates em torno do tema (12,14,15), que passou a ter maior notoriedade no meio científico a partir do ano de 2010, haja vista duas publicações apontarem a EIP como elemento de uma necessária reforma no modelo de formação profissional em saúde (16). Apesar disso, evidências já demonstram a magnitude da intervenção da EIP, que apresenta a capacidade de melhorar a

qualidade da atenção à saúde a partir do desenvolvimento de competências profissionais para o efetivo trabalho em equipe (17).

A EIP, em sua concepção, sustenta a proposta que visa promover a interação entre estudantes e/ou profissionais das mais diversas áreas da saúde, para que aprendam de modo compartilhado sobre o trabalho em conjunto e sobre as especificidades de cada profissão para o aprimoramento da colaboração e da qualidade do cuidado (10,12).

O aperfeiçoamento de médicos no âmbito do PMMB, que utiliza os serviços da Atenção Básica como recurso pedagógico para a formação, representa uma oportunidade para aplicação das bases metodológicas da EIP, por meio do desenvolvimento de competências voltadas para as práticas colaborativas no cotidiano do trabalho em saúde. Isso, pois, os fundamentos dessa abordagem educacional coadunam-se com os princípios do SUS de integralidade, equidade, universalidade e participação, apresentando, ainda, relação recíproca e de mútua influência entre a atenção e a educação na saúde, com interface entre o sistema de saúde e o educacional (4,12).

Nesse sentido, a EIP se configura como um potente meio de formação em saúde para superar a assimetria entre as diferentes profissões, e como uma aposta para transformar o vigente modelo biomédico de atenção à saúde, cujo agente principal é o profissional médico, para uma perspectiva sócio-histórico-cultural, com foco na integralidade do cuidado e na equipe de saúde (18).

No conjunto de medidas instituído pelo PMM, a frente relacionada à formação médica também apresenta subsídios para utilização da abordagem da EIP no processo formativo do exercício profissional do futuro médico, tanto no âmbito da graduação, como da pós-graduação. Há explícitas intenções nas propositivas do programa, como nas DCN dos cursos de graduação em medicina, que favorecem a aplicação de abordagens formativas com ênfase no compartilhamento de saberes e na integração entre as diversas categorias profissionais em uma concepção ampliada de saúde e articulada com o SUS (18,19).

Como possibilidade de apoiar o crescente reconhecimento da complexidade e abrangência das necessidades de saúde, a EIP traz uma proposta de formação em saúde que, incorporada às políticas de promoção de processos de mudanças na educação dos profissionais de saúde, como o PMM, pode promover transformações na realidade brasileira.

Para aprofundar a investigação sobre a temática da EIP no Brasil e as implicações ocorridas a partir do PMM, alguns questionamentos parecem cabíveis: Qual a interface entre as novas DCN para os cursos de graduação em medicina com as prerrogativas da EIP, para que se promova o desenvolvimento de competências para a atuação do médico direcionada para o efetivo trabalho em equipe? Há diferenças de atitudes em relação à colaboração interprofissional de profissionais componentes de equipes de ESF participantes do PMM? O conjunto de ações formativas previstas no eixo do provimento emergencial do PMM se alinham aos marcos teóricos e metodológicos da EIP para promoção de mudanças nas práticas profissionais em direção ao desenvolvimento da colaboração interprofissional em saúde?

Esta investigação foi delineada assumindo tais perguntas como norteadoras.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Analisar as propostas e as ações pedagógicas desenvolvidas no âmbito do PMM, a partir dos referenciais teóricos e metodológicos da Educação Interprofissional e das práticas colaborativas em saúde.

1.1.2 Específicos

- a) Identificar nas recentes Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina, instituídas a partir do PMM, princípios da EIP enquanto dispositivo para a reorientação da formação médica no Brasil;
- b) Analisar os projetos políticos pedagógicos (PPP) dos Cursos de Especialização em Saúde da Família ofertados aos participantes do eixo do provimento emergencial do PMM, na perspectiva dos elementos teóricos e metodológicos da EIP;
- c) Comparar as atitudes em relação à colaboração interprofissional de profissionais de saúde componentes de equipes de Saúde da Família participantes do eixo do provimento emergencial do PMM;
- d) Identificar nas ações formativas do eixo do provimento emergencial do PMM aspectos que se apoiam em pressupostos teóricos e metodológicos da EIP, na perspectiva dos participantes do programa.

1.2 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

O Brasil apresenta uma trajetória de esforços na formulação de políticas públicas de saúde orientadas para as necessidades dos usuários (20). Nessa direção é instituído o PMM, que se apresenta como um importante conjunto de ações para o enfrentamento das dificuldades de organização da Atenção Básica no Brasil. Propõe resolver a carência de médicos de uma forma sustentável, capaz de assegurar o aumento de vagas a médio e longo prazo, além de investir na mudança da lógica de formação, em um claro compromisso de não apenas aumentar a quantidade, mas principalmente de elevar a qualidade da atenção oferecida no sistema público de saúde brasileiro (13).

O PMM, configurado como parte de uma política pública de educação e saúde, apresenta características que demonstram o comprometimento do Estado brasileiro com a melhoria da qualidade da atenção à saúde, sustentado por elementos que buscam compreender que a melhoria da qualidade da atenção perpassa pela mudança na formação em saúde. Trata-se de estratégia inovadora no cenário nacional, para reformular a formação médica e qualificar a Atenção Básica, sobretudo nas regiões de maior carência de provimento médico, sendo composta por um amplo repertório de medidas que apresentam consonância com os pilares básicos do SUS (8).

O programa apresenta potencial desencadeador de mudanças no modelo de educação das profissões da saúde no Brasil, passando de uma formação uniprofissional, que atualmente ainda vigora no Brasil, para uma nova configuração em que se considera a contribuição de outros profissionais da área da saúde para a produção do cuidado. Considera, então, a interprofissionalidade como forma de superar o modelo biomédico, cujo foco se dá na assistência à doença, nas especialidades médicas e no hospital, para um modelo centrado no território e nas necessidades de saúde do usuário (21).

Sendo assim, a agenda do PMM oportuniza a adoção de estratégias educacionais para melhorar a interação entre os profissionais de saúde, tendo como base ideal a abordagem ancorada nos pressupostos da EIP, o que poderá produzir implicações na reorientação do modelo de atenção e da força de trabalho em saúde, com contribuições para o fortalecimento do sistema de saúde e da melhoria dos resultados (11).

Pelo exposto, esse estudo se justifica pela necessidade de apresentar a proposta da EIP, na sua perspectiva teórica e metodológica, como estratégia potencial a ser adotada nas frentes do PMM. Espera-se fornecer fundamentação e sistematização de ordem científica sobre a EIP e as práticas colaborativas, enquanto necessidade de se ampliar a compreensão do tema, seus conceitos, teorias e repercussões sobre as práticas de saúde (12,14).

Trata-se de estudo inédito que implicará contribuições para a literatura em torno da educação das profissões da saúde, apontando as lacunas nessa direção, e para o trabalho em saúde que poderá se beneficiar dos princípios desse estilo educacional para o fortalecimento das práticas colaborativas, e, por conseguinte, para a qualidade da atenção e cuidado em saúde.

Estudos indicam que a EIP permite alcançar uma prática colaborativa mais eficaz, otimizando os serviços de saúde e fortalecendo os sistemas de saúde na melhoria dos resultados. Paciente atendido por uma equipe interprofissional apresenta maior índice de satisfação, recebendo melhores cuidados e, conseqüentemente, melhores resultados, aspectos que vem ao encontro das prerrogativas do PMM (22).

Portanto, essa investigação poderá contribuir para o aperfeiçoamento das políticas de orientação da formação em saúde, oferecendo aos gestores aportes analíticos da implementação dos elementos da EIP para possíveis ajustes no que diz respeito à qualificação das ações de formação e sua implicação na atenção à saúde, tendo-se como foco central o usuário do SUS.

MAIS MÉDICOS: A GÊNESE DO
PROGRAMA E AS IMPLICAÇÕES NA
POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

2 MAIS MÉDICOS: A GÊNESE DO PROGRAMA E AS IMPLICAÇÕES NA POLÍTICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Os sistemas públicos universais de saúde, para cumprir os seus princípios, precisa contar, dentre outros elementos, com recursos humanos suficientes em quantidade e qualidade, pois sem uma força de trabalho robusta é impossível atingir cobertura universal, contexto esse que é reforçado pela máxima: “não há saúde sem trabalhadores de saúde”. Para tanto, diante das atuais mudanças dos padrões de saúde, é requerida uma força de trabalho, em número satisfatório, mais afinada com as necessidades sociais e compatível com a organização dos serviços de saúde (23).

Em se tratando do Brasil, país que apresenta um sistema público de saúde orientado pela universalidade do acesso e pela integralidade do cuidado, torna-se imperioso explorar a realidade dos recursos humanos em saúde para uma melhor compreensão das mais recentes políticas públicas brasileiras quanto aos aspectos do provimento e fixação de profissionais de saúde.

Para atender às prerrogativas do sistema nacional de saúde brasileiro, é comprovado que a escassez e má distribuição de profissionais na saúde pública, em especial de profissionais médicos constitui-se fator agravante. Estudos apontam que, quando comparado aos demais países com configurações de saúde semelhantes, o Brasil apresenta uma razão de médicos muito menor do que a necessidade da população e do SUS, sobretudo em áreas remotas, de difícil acesso e de elevada vulnerabilidade social. Tal contexto traz graves prejuízos para a consolidação do sistema de saúde, que apresenta a Atenção Básica como porta de entrada prioritária da rede de serviços, estruturada a partir de equipes de ESF (14,24).

No âmbito da ESF, um fator limitador para sua expansão é a incompatibilidade entre o perfil profissional e as demandas do sistema de saúde que, no caso do médico, se caracteriza pela baixa quantidade de médicos com formação em Medicina Geral de Família e Comunidade (MGFC). Pode-se, portanto, confirmar que este cenário é um óbice para a consolidação da saúde pública nacional, não obstante aos esforços empreendidos com a finalidade de superá-lo (15,25).

Cabe destacar que na trajetória do SUS várias iniciativas foram adotadas com a finalidade de solucionar a questão da carência de médicos em áreas vulneráveis,

mas que não desencadearam respostas efetivas para atender a demanda dos territórios para ocupação dos vazios assistenciais do profissional médico. Entre as primeiras ações citam-se o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS - 1976), o Programa de Interiorização do Sistema Único de Saúde (PISUS - 1993), e o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS – 2001), sendo todas insuficientes para resolver o problema (6).

Entre as ações mais recentes inclui-se a Lei nº 12.202, de 14 de janeiro de 2010, que determina vantagens a médicos que se formaram com apoio do Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES), como abatimento de percentual do saldo devedor para os profissionais integrantes de equipes da ESF de áreas carentes ou com dificuldades de retenção do médico, conforme indicação do Ministério da Saúde (6).

Posteriormente, no ano de 2011, houve o lançamento do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), cuja finalidade principal foi estimular e valorizar o profissional de saúde com atuação no âmbito da Atenção Básica e da ESF, entre eles o médico, em áreas de maior carência de força de trabalho em saúde. Entre as medidas do programa, destaca-se o oferecimento de propostas formativas para o aprimoramento da prática profissional, utilização de tecnologias de informação e comunicação nos moldes do Telessaúde, pontuação complementar em concursos de residência médica e bolsas de estudos. Nesse mesmo ano, dado o diagnóstico da insuficiência de médicos na Atenção Básica e da dificuldade de contratação desse profissional, a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) incluiu a flexibilização da carga horária de médicos da ESF (6).

Face aos resultados iniciais incipientes das medidas anteriormente citadas e da conjuntura política nacional, o movimento de reivindicações em todo o País, em especial a presença de médicos nos serviços de saúde, fez com que a pauta fosse retomada na agenda governamental e estratégias de enfrentamento fossem adotadas (14). Reivindicações essas ancoradas em pesquisas, como a do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) que, no ano de 2011 divulgou que 58,1% da população entendeu que o maior problema de saúde pública no País era a falta de médicos (6,26).

Nessa conjuntura, em 2012, a Frente Nacional dos Prefeitos realizou o evento “Cadê o médico?”, conduzido pelos prefeitos eleitos nas eleições municipais de

2012, que pressionou o governo federal para tomar medidas para enfrentamento do problema da escassez de médicos por meio da contratação de médicos estrangeiros (26).

O enfrentamento da carência de médicos para universalizar o acesso da população aos serviços de saúde se intensificou a partir dos reflexos dos anseios da população brasileira, com as manifestações de junho de 2013, em que se clamava por mais médicos e mais saúde (6,26). A conquista decorrente da atuação de forças sociais e da maior aproximação entre os interesses do Estado e da sociedade, em uma arena política decisória, se consolidou na formulação da Medida Provisória nº 621, de 08 de julho de 2013, que instituiu o PMM, posteriormente convertida na Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 (8).

Em um período de disputas e conflitos sociais intensos, o PMM, inicialmente, veio para dar resposta à “voz das ruas” – ampliação do acesso social aos serviços públicos de saúde –, que o tornou prioridade na agenda governamental sob a égide de atender uma demanda histórica por mais médicos nas unidades de Atenção Básica do País, por meio de um conjunto de medidas que visam melhorar a qualidade e a capacidade de atendimento do SUS (4,27,28).

Com três frentes estratégicas, o PMM prevê mais vagas e novos cursos de medicina baseados nas novas DCN, investimentos na construção de unidades básicas de saúde (UBS) e o provimento emergencial de médicos brasileiros e estrangeiros em áreas onde há carência desses profissionais. Este último pilar é o que tem recebido maior visibilidade pública e o que mais suscita controvérsias e polêmicas (15,26).

2.1 PROVIMENTO EMERGENCIAL

Denominado de Projeto Mais Médicos para o Brasil, o eixo visa prover profissionais médicos para a atuação na Atenção Básica por meio de recrutamento regido por editais publicados pelo Ministério da Saúde, para a adesão de municípios e médicos, mediante a assinatura de um termo de compromisso entre as partes. São considerados elegíveis médicos brasileiros ou estrangeiros com registro no Brasil conferido por um Conselho Regional de Medicina (CRM) ou formados no exterior e sem registro no Brasil, sendo prioridade os médicos de nacionalidade brasileira com formação no País (8).

O projeto determina que os profissionais devam atuar por um período de três anos no território em que for alocado, período que poderá ser estendido por mais três anos. Para os médicos intercambistas estrangeiros inscritos, o visto temporário de aperfeiçoamento do profissional foi prorrogado para mais três anos, de acordo com a Medida Provisória nº 723, de 29 de abril de 2016 (29).

Com o provimento emergencial, em 2015 computava-se 18.240 médicos atuando em 4.058 municípios brasileiros e 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), sendo a maioria estrangeiros provenientes de mais de 45 países, com formação acadêmica diversa. Do conjunto de médicos participantes, mais de 80% são de nacionalidade cubana, com atuação no projeto por meio de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (30). Como resultado imediato do projeto se pode citar a ampliação do acesso à saúde, que beneficiou 63 milhões de brasileiros (4,18).

O gráfico abaixo representa a distribuição de médicos do eixo do provimento emergencial do PMM por unidades da federação, o que expressa alinhamento com a prerrogativa do programa, levar médicos em locais de maior carência, levando em consideração a população do território.

Gráfico 1 - Distribuição de médicos do eixo do provimento emergencial do PMM, em atuação, por estados da federação. Brasil, 2016.

Fonte: SGTES/MS, 2016

Antes do PMMB, os estados do Acre, Amapá, Maranhão, Pará e Piauí possuíam menos de um médico para cada 1.000 habitantes; e 700 municípios que

não dispunham de nenhum médico na Atenção Básica, passaram a contar com o profissional para realização de cuidados primários em saúde (4).

Os médicos participantes ao ingressarem no projeto incorporam-se a um processo de formação complementar no nível pós-graduação, extensão e aperfeiçoamento, com propostas metodológicas voltadas para temas que aprimoram a prática da MGFC, com ênfase na integração ensino e serviço, que visa qualificá-los com os conhecimentos essenciais e necessários à atuação nos municípios a que serão destinados (15,26). Além disso, recebem uma bolsa de formação custeada pelo Ministério da Saúde (8), órgão que define os espaços prioritários de atuação dos médicos participantes do projeto.

Para determinação das prioridades, consideram-se as áreas com percentual elevado de população em extrema pobreza, baixo índice de desenvolvimento humano ou regiões muito pobres; semiárido e região amazônica; áreas com população indígena e quilombola; e locais com grande dificuldade de atrair e fixar profissionais (8). As ações dos médicos nesses territórios visam fortalecer e expandir a capacidade de intervenção e resolução dos problemas por meio da atuação conjunta com os demais profissionais que compõem a equipe de Atenção Básica, cenário com potencialidade para o desenvolvimento de processos educativos na lógica da Educação Permanente em Saúde (EPS).

A EPS é entendida como um processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho em saúde como meio para a formação dos profissionais, a partir da utilização de processos pedagógicos formais e da dinamicidade da micropolítica das práticas dos serviços de saúde, que se revela como pujante espaço pedagógico (31).

A estrutura pedagógica das ações educacionais do PMMB está distribuída em dois ciclos formativos, operacionalizados em ambiente virtual de aprendizagem e/ou em atividades presenciais. O primeiro ciclo é composto de curso de especialização com ênfase na Atenção Básica, conduzido por uma instituição de ensino superior integrante da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), e atividades realizadas pelos supervisores no território. Para os médicos intercambistas há, inicialmente, um módulo de acolhimento e avaliação para apresentação da política nacional de saúde e familiarização com o idioma. Somente após aprovação nesse módulo será permitido o ingresso no primeiro ciclo (4,9).

O segundo ciclo objetiva efetivamente aprofundar o conhecimento do médico

em temas relevantes relacionados à Atenção Básica. Integram este eixo as atividades de supervisão acadêmica e de aperfeiçoamento e extensão (32).

Ambos os ciclos contam com a figura do médico supervisor e do médico tutor. O supervisor é responsável pela supervisão contínua e permanente do médico participante do PMMB e o tutor é um docente responsável pela orientação acadêmica e pelo planejamento das atividades do supervisor. Ambos estão vinculados a uma instituição de ensino superior, que recebe a denominação de instituição supervisora (32). Tais atores desempenham a função de supervisão acadêmica, que visa o fortalecimento da EPS, da integração ensino-serviço, da Atenção Básica, da formação de profissionais nas redes de atenção à saúde e da articulação com os outros eixos educacionais do projeto (9).

Nesse processo de supervisão, as atividades que deverão ser realizadas são: supervisão clínica individual por meio de realização de visita mensal no espaço de atuação do médico, avaliação das condições de estrutura das unidades de saúde onde atua o médico participante, averiguação dos aspectos gerenciais e administrativos do processo de trabalho relacionado à equipe, comunidade e gestão (32).

Ademais, como parte das atividades do supervisor, prevê-se a realização de reuniões coletivas, sendo o público alvo constituído por participantes do projeto. Tais reuniões, intituladas de encontros locorregionais, visam reunir o coletivo de médicos que atuam em localidades próximas, supervisionados pela mesma instituição, para troca de experiências, bem como para o compartilhamento de conhecimentos científicos e técnicos pertinentes ao trabalho na APS (9,32).

Cabe ressaltar que além dos dois ciclos formativos com as atividades educacionais previstas, as coordenações do PMMB poderão estruturar outros ciclos conforme necessidade educacional dos médicos participantes. Para isso, um conjunto de ferramentas de aprendizagem institucional na modalidade a distância está disponível para o desenvolvimento das práticas educacionais durante a atuação no território, para apoiar a qualificação dos médicos participantes do PMMB, como o Programa Telessaúde Brasil Redes; o Portal Saúde Baseada em Evidências; os Protocolos Clínicos da Atenção Básica; a Comunidade de Práticas; e o Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS (AVASUS) (9).

Diante da apresentação do processo de estruturação das ações do PMMB, destaca-se que, para além do seu foco principal de prover médicos, tal frente do

PMM se consubstancia em mudanças estruturais voltadas para um novo perfil do profissional médico e, conseqüentemente, das demais categorias profissionais que compõem as equipes da Atenção Básica. Isto porque a vertente formativa fundamentada nos pressupostos pedagógicos da EPS, delineia-se pela valorização de experiências que visam enfatizar o aprendizado que ocorre na micropolítica do trabalho vivo em saúde, a partir das rodas de conversa como instrumentos pedagógicos (32).

Embora o eixo do provimento emergencial seja considerado por alguns autores como uma falsa premissa de que trazer mais médicos resolverá o problema de saúde da população, com propostas desconectadas de evidências científicas relevantes, reconhece-se que a medida promoveu benefícios imediatos a milhões de brasileiros, ampliando o acesso e garantindo direitos à saúde e aproximando a universidade do SUS. Mais ainda, resultados preliminares já apontam para a melhoria da satisfação dos usuários e da integralidade do cuidado (6,15,18,27,33).

Cabe destacar, ainda, que a iniciativa apresenta consonância com experiências internacionais, como a da Austrália, que tem a mesma proporção de médicos por habitantes que o Brasil e uma grande área de escassez desse profissional, e que, por isso, aplica políticas de provimento e de fixação de profissionais de saúde semelhantes, apresentando resultados satisfatórios a curto prazo (13,34). Logo, parece que o programa, em especial este eixo, está fundamentado em robustas evidências científicas de impacto sobre as condições de saúde da população (30).

Outras medidas mais sólidas e de longo prazo também estão previstas no PMM, com a finalidade de promover mudanças no paradigma de formação da profissão médica no Brasil.

2.2 FORMAÇÃO MÉDICA

Esse eixo do PMM é tido como o mais estruturante e com expectativas mais promissoras em médio e longo prazo quando comparado aos dois outros eixos, pois objetiva promover processos de mudanças na educação médica.

O PMM também apresenta em seu escopo o estímulo a mudanças profundas em todas as escolas médicas do País, públicas e privadas, como ampliação e abertura de novas vagas em medicina, a partir de uma nova lógica, regulada e planejada pelo Estado, com parâmetros definidos em função da necessidade social

da oferta da formação, que correlacionam a proporção de habitantes por médicos e ofertas de vagas em cursos de medicina nos locais com vazios assistenciais (6).

Nesse sentido, os novos cursos de medicina, a partir do PMM, foram e serão criados com o objetivo de priorizar os municípios e regiões com maior necessidade de médicos e com baixa oferta formativa, com prioridade para as cidades com índice de médicos por mil habitantes menor que 2,7; localizadas a pelo menos 75 quilômetros de qualquer curso de medicina existente; que não sejam capitais de estado; e que ainda não tenham curso de graduação em medicina. Não obstante, precisam apresentar mais de 50 mil habitantes, e estar localizadas em região com estrutura e equipamentos públicos de saúde que cumpram os requisitos de suficiência definidos pelos Ministérios da Saúde e Educação (4).

O processo estratégico de interiorização dos cursos visa possibilitar que os estudantes se formem nos territórios onde vivem, sendo, portanto, mais um estímulo para que o exercício da profissão do médico também se dê próximo à sua comunidade, na ideia de reforçar a capacidade de fixação do futuro profissional à região de formação e, conseqüentemente, aumentar a proporção de médicos por mil habitantes que, antes do PMM, era de 1,8, com diferenças de distribuição pelo território nacional (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Proporção de médicos por 1.000 habitantes por Unidade da Federação. Brasil, 2012

Fonte: Brasil, 2015 (4)

Não há referência validada¹ para o estabelecimento da proporção ideal de médicos por habitantes, por isso o PMM adotou como parâmetro a referida, sendo a mesma proporção de 2,7 médicos por 1.000 habitantes apresentado pelo Reino Unido no ano de 2012, que também apresenta o sistema de saúde de caráter universal orientado pela Atenção Básica (14). Considerando tal parâmetro como referência, apenas os estados do Rio de Janeiro e o Distrito Federal se encontravam no limiar almejado.

Antes do PMM, contabilizava-se 380 mil médicos no Brasil e 17.931 vagas em cursos de graduação em medicina. Dados esses valores, no intento de se alcançar o parâmetro estabelecido como meta, o Governo Federal assumiu como projeção, com o PMM, alcançar 600 mil médicos até o ano de 2026 e, para isso, adotou como uma das medidas a abertura de 11.400 novas vagas de medicina.

Até o ano de 2016 já haviam sido abertas 3.807 vagas em instituições privadas e 2.100 vagas em instituições públicas federais, total correspondente a mais de 50% da meta prevista (Figura 1).

Figura 1 - Mapa de distribuição nacional de autorização de novas vagas de medicina, por unidade da federação, a partir do Programa Mais Médicos. Brasil, 2016.

Fonte: SGTES/MS, 2016

¹ Também se adotou como referência publicação da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), que aponta a recomendação ideal de 2,7 médicos por mil habitantes para os países com sistemas universais de saúde (OECD. Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris; 2013).

A análise do mapa permite certificar que apenas nos estados do Amazonas e do Espírito Santo não foram abertas novas vagas de graduação em medicina. Outro aspecto identificado é que os estados da região Sudeste e Sul apresentam o maior número de novas vagas novas, embora não apresentem as piores proporções de médicos por mil habitantes, circunstância que parece estar em contradição com as prerrogativas do programa. Deve-se levar em conta, no entanto, que há diferenças importantes de distribuição de médicos nesses estados, com maior concentração nas capitais e dificuldade de atração para o interior (4).

De acordo com os editais já publicados pelo MEC, estão previstas a abertura de 4.347 vagas em instituições privadas, em 61 municípios, e 1.598 em instituições federais (Figura 2).

Figura 2 - Mapa de distribuição nacional de previsão de autorização de novas vagas, por unidade da federação, a partir do Programa Mais Médicos. Brasil, 2016

Fonte: SGTES/MS, 2016

O aprimoramento da formação médica, por meio da ampliação da oferta de vagas para a graduação em medicina, constitui, de certo modo, uma medida que

elevará a quantidade de médicos no território nacional. Contudo, há críticas sobre o processo utilizado, que se relacionam, por exemplo, com o critério de priorização de escolas privadas e a insuficiência de estrutura dos locais onde serão formados os futuros médicos (35,36).

Outra ação de destaque desta frente, que corresponde à qualificação da formação médica brasileira, é a exigência de que os cursos de medicina façam a adequação de seus currículos às novas DCN, definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE), com ampla participação do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e instituídas pela Resolução MEC/CNE nº 03, de 20 de junho de 2014. A sua implantação será objeto de avaliação e auditoria do MEC, conforme prevê a Lei do Mais Médicos. Um aspecto novo, visto que a utilização das DCN anteriores era de autonomia das instituições de ensino (6).

Com o objetivo de “atualizar a nova formação médica aos renovados desafios da educação contemporânea, de modo que a formação do médico seja voltada às reais necessidades de saúde da população e do sistema de saúde”, as DCN da graduação em medicina representam um avanço para a formação de médicos para a construção do papel social da profissão (19,26).

Esse aspecto reforça a tendência do Brasil em acompanhar as mudanças globais da atual reforma médica que vem ocorrendo, com mecanismos inovadores no modo de formar o médico, ancorados no desenvolvimento de competências para superar os desafios dos sistemas de saúde locais (6). Assim, o novo currículo médico prevê ampliação da carga horária de estágio nos serviços de saúde, aproximando o estudante de medicina à realidade do trabalho em saúde e permitindo maior integração ensino-serviço e interação com estudantes e profissionais de saúde de outras categorias na perspectiva das práticas interprofissionais (12,35).

A promulgação das DCN enfatiza o currículo como prática social, colocando como centralidade do processo orientador das práticas de ensino-aprendizagem o princípio ético-político de ter o SUS como ordenador da formação médica (19).

As novas DCN também apontam para os desafios da aproximação e articulação da universidade com os serviços de saúde, bem como a concretização de novos cenários de aprendizagem, priorizando os espaços da Atenção Básica e os serviços de urgência e emergência, nos quais se deve cumprir, por meio de estágios, 30% do total da carga horária do curso. Nessa perspectiva, será

imprescindível a construção de estratégias inovadoras no âmbito da universidade que possibilitem o envolvimento de todos os atores para a reconstrução do novo currículo médico (19,37).

As diretrizes para reorientação do currículo médico brasileiro incorporam processos pedagógicos baseados no sistema de saúde, evidenciando que o PMM, em seu eixo da formação médica, além da meta de abertura de dezenas de novos cursos de medicina, apresenta o poder indutor de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (CTIS). Nessa concepção, o setor saúde passará a ser o lócus privilegiado para as práticas de ensinar e aprender, exigindo da diversidade de novas e intensas culturas institucionais que repensarão o currículo tendo como marco político e conceitual o SUS como ordenador da formação, assumindo competências comuns para todas as profissões da saúde e com potencialidades para o desenvolvimento de competências colaborativas, em um novo modelo curricular com expectativas de superação de grades curriculares (10,19).

Com a finalidade de aprimorar as práticas de ensino-aprendizagem voltadas para o cotidiano do trabalho em saúde, o PMM também prevê mecanismos que estabelecem a contratualização dos serviços de saúde como recursos pedagógicos para a formação médica e para as demais profissões da área da saúde em uma perspectiva que visa reorganizar o acesso do ensino superior aos estabelecimentos de saúde. Trata-se dos Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES), que se encontra em fase de implementação, cujo objetivo é estabelecer compromisso solidário entre a rede de serviços de saúde e as instituições de ensino para favorecer a formação dos estudantes, e como contrapartida melhorar os indicadores de saúde do território, ofertar ações de EPS para os profissionais da rede em uma clara finalidade de consolidar a formação mais atrelada à realidade (38).

No conjunto de medidas do PMM, constata-se uma complexidade de processos de mudanças que visam interferir sobre os aspectos quantitativos e qualitativos da educação médica brasileira. As propostas delineadas em métodos empregados em países com sistemas públicos universais de saúde inscrevem elementos que buscam promover impactos positivos no que tange à compatibilização dos currículos com as DCN, também concentram esforços para a garantia da universalidade, da integralidade e sustentabilidade do SUS, tendo o Estado como regulador do processo (13,26,35).

2.3 MELHORIA DA INFRAESTRUTURA

Além de contemplar ações relacionadas ao provimento emergencial e à melhoria da formação, o PMM, como uma ampla política que busca melhorar a qualidade da atenção à saúde, também incorpora, em seu escopo, intervenções que visam investir na infraestrutura dos serviços básicos de saúde.

A ausência de infraestrutura mínima para assistência humanística é uma das críticas realizadas por uma parcela mais conservadora da sociedade, que utiliza dessa justificativa para argumentar que um dos problemas mais estruturais do sistema público de saúde se deva a essa questão e não à carência de profissionais para atendimento, como médicos. Nesse sentido, o PMM observa esse aspecto e prevê a melhoria das condições de infraestrutura da Atenção Básica, determinando o prazo de cinco anos para que as UBS tenham qualidade de equipamento e estrutura física para servirem como campos de prática para a formação médica (6,33).

O Governo Federal, quando da publicação da Lei do Mais Médicos, já dispunha do Programa de Requalificação das UBS (Requalifica UBS), criado em 2011, cujo objetivo é melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde e modernizar e qualificar o atendimento à população. Para sua operacionalização, são repassados recursos financeiros aos municípios para a construção, reforma e/ou ampliação dos espaços físicos e informatização com investimentos de equipamentos de informática, implantação de Telessaúde e conexão com banda larga (4).

Com o lançamento do PMM, o orçamento para financiamento da infraestrutura triplicou, passando para 4,9 bilhões de reais, destinados a mais de 23 mil obras em aproximadamente cinco mil municípios brasileiros, o que demonstra que o programa, a partir do PMM, representa o maior investimento em infraestrutura em Atenção Básica realizado no País (4).

Outro aspecto de destaque desta frente está relacionado com a melhoria da qualidade dos espaços físicos das UBS. Com o PMM, áreas físicas das UBS passaram a ter um padrão ampliado, de 300m² a 600m², com a distribuição de salas padronizadas e equipadas, o que confere avanços na capacidade de oferta de serviços, com ambiência mais adequada para os profissionais viabilizarem o direito à saúde, bem como para o processo de ensino-aprendizagem para o aprimoramento da formação dos estudantes da área da saúde (4).

O PMM, enquanto um conjunto de ações que almeja impactar positivamente o processo de provisão e formação médica e a infraestrutura das unidades de saúde, apresenta características que possibilitam avaliá-lo como potencial cadeia de valor público, que se assenta em elementos que realçam a sua experiência inédita nas Américas, que visa, sobretudo, ser exemplo para o fortalecimento dos sistemas de saúde baseados na APS (30).

Os resultados desta política certamente serão verificados em longo prazo. Porém, tendências positivas já se destacam e parecem confirmar o valor social e público do programa nas mais diversas áreas, como: na redução das desigualdades em saúde; na satisfação e aceitação da população em relação aos profissionais estrangeiros; na melhoria das condições de saúde da população beneficiária; na qualidade da APS e na efetividade clínica; no fortalecimento do sistema de saúde e do modelo de atenção centrado nas pessoas; na mudança do paradigma de formação dos médicos; e na sustentabilidade da intervenção (30).

Não obstante à escassez de estudos sobre o impacto e avaliação do PMM, os já publicados conferem aspectos positivos da iniciativa que se relacionam, sobretudo, aos processos de trabalho na Atenção Básica e ao aprimoramento da gestão municipal. Como exemplo: pesquisa recente comprova os efeitos positivos do PMM no processo de integração do profissional médico participante para as ações de ampliação da capacidade de diagnóstico de problemas no território, bem como demonstra as influências sobre a reorganização dos serviços com ênfase no trabalho em equipe. Tais proposições se aproximam das práticas interprofissionais em saúde por meio da adoção de medidas colaborativas entre os profissionais, o que se configura em um modelo de atenção capaz de englobar as mais diferentes demandas (26).

Por outro lado, há publicações que caracterizam o programa como emergencial e complementar, destacando que investimentos em recursos humanos por si só podem não ser suficientes para alcançar resultados satisfatórios para a melhoria da saúde pública. Para tanto, são necessários mais investimentos em infraestrutura e em políticas públicas de saúde efetivas e consistentes, sendo o programa uma proposta meramente eleitoreira (18,33,34).

Constata-se que as bases estruturais do PMM também passam por uma profunda e complexa discussão em torno do embate ideológico que se inscreve no contexto político e social do País, que traz na pauta a contaminação político-

partidária como prioridade, relegando a segundo plano a análise do potencial do PMM em suas mais diversas áreas.

É inegável que movimentos de transformação estão sendo produzidos na Atenção Básica brasileira, sobretudo na micropolítica do cotidiano do cuidado em saúde, como no ineditismo do encontro do médico com a comunidade, na reformulação de nova proposta de formação da profissão médica mais atrelada às necessidades do sistema de saúde, no aumento de escolas médicas e na reestruturação dos espaços físicos de cuidados primários à saúde. Diante do dinamismo conferido ao processo, torna-se imperativa a realização de estudos que forneçam mais evidências sobre esta iniciativa na política de saúde brasileira.

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL
ENQUANTO ABORDAGEM PARA
MELHORAR A PRÁTICA COLABORATIVA
E A QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

3 EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL ENQUANTO ABORDAGEM PARA MELHORAR A PRÁTICA COLABORATIVA E A QUALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE

A complexidade e a natureza multifacetada da saúde exigem profundas mudanças no modo de produção de seus serviços, para que se possa garantir a oferta de atenção integral e segura, sobretudo no contexto marcado pela transição epidemiológica, em que se acentua o envelhecimento populacional e o aumento de doenças crônicas não transmissíveis (12,39,40).

Diante do reconhecimento das múltiplas dimensões de saúde e doença, que resulta em maior demanda por cuidados em saúde mais eficazes, medidas para superação dos problemas relacionados à coordenação e à colaboração entre os diferentes profissionais de saúde e os serviços prestados são tidas como prioridades para o fortalecimento dos sistemas de saúde, já que uma força de trabalho em saúde integrada e disposta a atuar conjuntamente está diretamente associada à melhoria da assistência em saúde (40,41).

As transformações nos padrões de atenção à saúde exigiram, portanto, um novo perfil profissional e uma força de trabalho em saúde mais integrada, o que desencadeou reflexões sobre os modelos de formação dos profissionais de saúde e as estratégias capazes de preparar o profissional para a prática colaborativa (42).

O debate sobre a necessidade do fortalecimento das práticas colaborativas em saúde ganhou destaque com um recente chamado da Organização Mundial da Saúde (OMS), cuja finalidade foi sensibilizar os formuladores de políticas de saúde e educação para a importância da colaboração entre os profissionais. A publicação objetivou promover ampla divulgação de estratégias de formação em saúde voltadas para o efetivo trabalho interprofissional e colaborativo entre as diversas profissões da área da saúde (41,43).

Para atender as atuais exigências requeridas pelos sistemas de saúde, a EIP se apresenta como estratégia de formação robusta, e que tem sido apontada como abordagem relevante no cenário da educação das profissões da saúde, por apresentar resultados promissores na formação de profissionais mais aptos ao efetivo trabalho em equipe, com importantes repercussões na melhoria da qualidade da atenção à saúde. Nas últimas três décadas foi reconhecida pelas políticas de saúde, assumindo o posto de vanguarda em muitas pesquisas de caráter

internacional (41,43,44).

A EIP tem elementos que a coloca como uma potente estratégia capaz de estabelecer relação de mútua influência entre a educação e as necessidades da atenção à saúde, aproximando o sistema de saúde e educacional.

A literatura apresenta importantes evidências de seu papel no enfrentamento de problemas do modelo de atenção e da força de trabalho em saúde. Consolida-se enquanto abordagem educacional, com atributos que fortalece os sistemas de saúde, na medida em que utiliza de metodologias de aprendizagem para desenvolver competências profissionais relacionadas à comunicação e interação profissional, o que justifica a sua magnitude perante o processo de reorientação da educação das profissões da saúde (42,45,46).

Uma série de conceitos sobre EIP são apontados pela literatura, com semelhanças em seus aspectos centrais. Contudo, há certa confusão polissêmica que coloca a EIP como sinônimo de alguns outros termos, e que são, na verdade, meios propulsores para o alcance da interprofissionalidade, tais como a interdisciplinaridade, a multidisciplinaridade, a transdisciplinaridade e a multiprofissionalidade.

Em linhas gerais, a EIP pode ser definida como um meio de formação em saúde para o trabalho em equipe, para prover a colaboração entre as profissões de diferentes áreas, cujo objetivo é melhorar a resposta dos serviços de saúde e a qualidade do cuidado. Consiste em intervenções em que os membros de mais de uma profissão de saúde aprendem em conjunto de forma interativa, por meio de atividades que envolvem duas ou mais profissões que aprendem com, para e sobre cada uma delas (41,44,46).

Com potencial para transformar as práticas em saúde, a EIP direciona a formação em saúde para o trabalho em equipe, na medida em que apresenta bases teóricas e metodológicas para o desenvolvimento de competências interprofissionais para o enfrentamento coletivo das necessidades sociais e de saúde. Ela carrega, em sua concepção, alguns atributos que visam preparar o indivíduo para a colaboração, promover o estímulo para atuação em grupo e melhorar a produção dos serviços de saúde.

O debate sobre a EIP ainda é recente, sendo sua proposta complementar aos objetivos da educação uniprofissional e multiprofissional, mas com características estruturantes que visam superar a tendência histórica dos profissionais atuarem

isoladamente. Como oportunidade profícua, a EIP desponta como tendência na área da formação dos profissionais de saúde, o que justifica intensificar sua utilização, conhecer mais sobre sua proposta e priorizar investimentos, já que a realidade do trabalho em saúde, em sua maior parte, ainda permanece marcada pela competição e fragmentação das relações profissionais (41).

Desde o início de sua utilização, a teoria sobre a EIP foi considerada incipiente e aplicada de maneira implícita, e não foi bem recebida por parte de alguns educadores que apresentavam resistência em utilizá-la. Esta atitude pode ter fundamento nas raízes histórico-sociais do corporativismo profissional, marcado pelas assimetrias existentes entre as diversas profissões que compõem o campo da saúde. Outros métodos de aprendizado mascaravam os seus reais valores e papéis, pois eram utilizados como se fossem EIP (41,45).

Ao longo dos anos, a utilização da teoria da interprofissionalidade apresenta avanços, devido ter conquistada uma base sólida com capacidade para gerar e comprovar resultados sobre as práticas profissionais, o que passou a ganhar reconhecimento por educadores, profissionais, pesquisadores e formuladores das políticas de saúde e educação (41).

A abrangência da EIP é um dos fatores que reforça o crescimento de sua aplicação, direcionada tanto para a graduação das diferentes profissões de saúde como para o aperfeiçoamento de profissionais componentes dos serviços de saúde. Alguns autores trazem essa mesma abordagem com outra nomenclatura, sendo a EIP aplicável na qualificação e na pós-qualificação, em referência ao período da graduação e da pós-graduação, respectivamente (19,41,44).

Os benefícios da EIP, como proposta de formação para reorientação das profissões da saúde, confirmam que essa abordagem eleva a prontidão dos estudantes para a atuação colaborativa, reduz as posturas estereotipadas e hostis entre as profissões, promove o desenvolvimento de competências colaborativas, oferece conhecimentos e habilidades de comunicação para o trabalho em equipe, com influências na prática organizacional e na resolução dos problemas dos pacientes (19,41,46)**Erro! Indicador não definido..**

Para colocar a EIP em prática, alguns importantes desafios precisam ser superados nos níveis educacionais, organizacionais e profissionais, como: maior investimento em qualificação docente; desenvolvimento de lideranças com capacidade para condução da abordagem; oferta de suporte organizacional com o

compromisso da gestão educacional e da política institucional para apoio da sua implementação; constituição de programas educacionais e currículos que a incluem; financiamento adequado para execução da proposta; e, acima de tudo, o reconhecimento de que esse estilo de formação direciona para o trabalho colaborativo, que demonstra ser mais efetivo no atendimento da complexidade da atenção à saúde (41,44,45).

No contexto brasileiro, a EIP apresenta características que possibilitam reconhecê-la como uma abordagem que garante aderência e alinhamento às políticas de saúde e de criação do SUS, que tiveram seus princípios conquistados no processo da reforma sanitária, com incorporação de importantes desafios, como a reorientação do modelo de atenção à saúde, o que repercutiu em mudanças na forma de atuação profissional (42,44).

Desse modo, o SUS e seus usuários exigem um novo modelo de organização da saúde, bem como outras formas de produzir cuidado, o que deve ser acompanhado por um processo de formação dos profissionais de saúde coerente com as necessidades requeridas (47).

Ao considerar que a educação tradicional e as práticas uniprofissionais não oferecem subsídios para a operacionalização dos princípios adotados pelo SUS (59, 62), a EIP ganha força, pois apresenta capacidade para inverter a lógica da educação verticalizada e tradicionalmente estabelecida, favorece aprendizado em grupo sobre o trabalho em conjunto e específico, oportuniza avanços para a consolidação dos processos de equipes de saúde, por meio da efetiva colaboração entre os profissionais, e prioriza métodos de aprendizagem que favorece a interação e o compartilhamento de saberes e práticas (42,47).

Por todos esses aspectos, a EIP começa a se fazer presente em importantes bases legais da educação na saúde no âmbito da graduação na realidade brasileira. As recentes DCN do curso de medicina, publicadas no ano de 2014, apresentam aspectos que possibilitam abordar processos de ensino-aprendizagem sobre o trabalho em equipe, com o desenvolvimento de competências voltadas para a integração e interprofissionalidade (19,48).

Nos últimos anos são reconhecidos importantes avanços na formação em saúde do Brasil, sobretudo nas iniciativas relacionadas à superação do modelo biomédico e individual, que utilizam os pressupostos da EIP. As experiências de destaques aparecem no Programa UNI - Uma Nova Iniciativa na Educação dos

Profissionais do Setor de Saúde, da década de 1990, que propôs uma mudança de paradigma na educação desses profissionais a partir, principalmente, da crítica ao modelo flexneriano de formação médica em uma perspectiva interdisciplinar e multidisciplinar, com abordagens que se aproximam da EIP (49).

A publicação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), no ano de 2004, representou um marco para a EIP no Brasil, pois contemplou aspectos que viabilizaram a integração entre profissionais, universidades, gestores e controle social em um amplo processo educativo tendo como pano de fundo o cotidiano do trabalho em saúde e as suas potencialidades para o desenvolvimento da interprofissionalidade (49).

O Fórum Nacional da Educação das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS), criado no ano de 2004, é uma instância constituída 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. Também se utiliza da proposta da EIP para desenvolvimento de suas ações (49,50).

Outras políticas de saúde começam a pensar a interprofissionalidade como um dos eixos de mudança da lógica da formação em saúde, como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), criado pelos Ministérios da Saúde e da Educação, no ano de 2008 (51).

O PET-Saúde trouxe como proposta para as instituições de ensino participantes o desenvolvimento de ações de interação e comunicação entre os diferentes cursos de graduação na área da saúde, por meio da inserção dos estudantes nos serviços de saúde, o que possibilitou a experiência do trabalho coletivo com ênfase na integração ensino-serviço. Houve reconhecimento de que o programa trouxe avanços para o debate da EIP no País, porém os resultados demonstraram que as instituições de ensino necessitam de maior suporte para dar sustentabilidade às ações desenvolvidas nessa perspectiva e, que ocorra a legitimação do ensino interprofissional nas políticas de reorientação da formação em saúde (44,50).

A trajetória de experiências com enfoque na EIP aparece nos currículos de instituições de ensino brasileiras, sendo a maior parte delas voltadas aos processos de integração ensino-serviço-comunidade, em articulação com a Atenção Básica. As universidades e escolas dos estados do Ceará, Rio Grande do Sul, Rio Grande do

Norte, Rio de Janeiro, Minas Gerais, São Paulo e o Distrito Federal são exemplos que adotaram iniciativas inovadoras em seus processos educacionais relacionadas à EIP, o que demonstra o esforço brasileiro em fortalecer o ensino baseado na interprofissionalidade (50).

Embora o cenário da educação em saúde no Brasil expresse um espaço fértil para aplicação da proposta da EIP, tanto na graduação como na pós-graduação, as experiências de ensino, em sua maior parte, avançaram em propostas que utilizaram como base conceitual e metodológica a interdisciplinaridade e multiprofissionalidade (46).

De modo geral, com relação às estratégias da EIP, no País, houve maior avanço do trabalho em equipe e da prática interprofissional no cotidiano dos serviços de saúde, embora a utilização dessa abordagem no ensino na saúde ainda seja incipiente. O conjunto de experiências mapeado demonstraram certa superficialidade e frágil suporte teórico com ênfase na EIP, circunstância que impulsiona para a necessidade de elaborar estratégias para apoiar os processos de implementação da EIP, como de se estabelecer uma rede colaborativa de educação e prática interprofissional, discussão que avança no cenário brasileiro (45,49,52).

A compreensão de que a EIP opera na interface entre os sistemas de saúde e educação e que o processo histórico da política pública de saúde do Brasil favorece o desenvolvimento da educação e das práticas interprofissionais são aspectos que sustentam o valor para sua implementação, cuja finalidade é prover profissionais de saúde com habilidades e conhecimentos necessários para trabalhar efetivamente com outros profissionais e aumentar a qualidade da atenção à saúde (41,46,53).

A despeito disso, recomendações relacionadas à revisão de base de evidências da EIP para melhor compreensão de experiências sobre essa abordagem em uma perspectiva contextual, e o entendimento da sua natureza, a partir da teoria das ciências sociais, são aspectos que favorecerão a implementação da EIP no Brasil, que apenas recentemente aderiu a esse estilo de formação de profissionais de saúde, mas que possui iniciativas potentes e em curso para o seu desenvolvimento e consolidação (41,53,54).

MATERIAL E MÉTODOS

4. MATERIAL E MÉTODOS

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de estudo de natureza aplicada, exploratório, com delineamento de pesquisa de campo e documental, que conjugou métodos de abordagem qualitativa e quantitativa.

A pesquisa exploratória se caracteriza por permitir explorar um tema em específico com mais obstinação, ampliando os conhecimentos e levantando possíveis problemas de pesquisa em torno do objeto de estudo. Proporciona, assim, maior familiaridade com o problema, o que o torna mais explícito e viabiliza o aprimoramento de ideias ou o esclarecimento de impressões. Características que se aproximam do objeto dessa pesquisa (55,56).

A utilização de métodos que combinam elementos qualitativos e quantitativos é tendência crescente nas pesquisas, pois favorece a amplitude na obtenção de resultados, sobretudo naquelas com enfoque no campo da educação (57).

Os elementos característicos da abordagem quantitativa demonstram potencialidades na medida em que favorecem a mensuração mais acurada dos dados, com a capacidade de conduzir comparações e demonstrar, de forma mais clara, possíveis associações. A abordagem qualitativa, por sua vez, traz um relevante benefício por conseguir captar informações mais detalhadas da experiência humana, como crenças, emoções e comportamentos, e permite interpretar as relações e estruturas sociais, possibilitando obter significados concretos dos atos (58).

Nesse sentido, para a condução dessa pesquisa, as questões supramencionadas justificam a escolha e decisão para utilização de métodos que combinam procedimentos qualitativos e quantitativos, supondo-se que, para o alcance dos resultados previstos, a junção de métodos para coleta e interpretação de dados poderá garantir um melhor entendimento do problema do estudo.

4.2 PESQUISA DOCUMENTAL

A pesquisa documental foi empreendida em duas etapas, conforme objetos de análise.

4.2.1 Análise das DCN dos cursos de graduação em medicina

Na primeira etapa da investigação documental os objetos de análise foram as DCN de 2001 e de 2014 para os cursos de graduação em medicina, acessadas e capturadas no site oficial do MEC, em janeiro de 2016.

A coleta das informações se deu com o auxílio de uma matriz de análise, cujas variáveis exploradas foram: o desenvolvimento docente para a EIP, as competências profissionais para o trabalho em equipe, a estrutura curricular, as metodologias de ensino e a avaliação do aluno.

A análise dos dados foi fundamentada pela análise de conteúdo temática, proposta por Bardin (59), que preconiza três etapas a serem percorridas: pré-análise; exploração; e interpretação e inferência.

Na pré-análise foram desenvolvidos os processos de organização do material que incluiu a leitura flutuante, cujo objetivo foi gerar impressões iniciais acerca do material a ser analisado; e constituição do corpus de análise.

Na etapa de exploração do material, os recortes de texto relevantes para o estudo foram agrupados por similaridades, segundo critérios semânticos, nos eixos de análise previamente elaborados, conforme variáveis constantes na matriz.

E, na fase de inferência e interpretação, as informações foram condensadas e destacadas, possibilitando interpretações e análise crítica quanto às fortalezas e potencialidades para implementação da EIP no âmbito da graduação em medicina.

4.2.2 Análise dos projetos políticos pedagógicos dos cursos de Especialização em Saúde da Família

No segundo momento da pesquisa documental constituíram-se objetos de análise os nove projetos políticos pedagógicos (PPP) dos cursos de Especialização em Saúde da Família ofertados no âmbito do PMM, cujas instituições proponentes são a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA; a Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG; a Universidade Federal do Maranhão – UFMA; a Universidade Federal do Ceará – UFC; a Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ; a Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – UFMS; a Universidade Federal de Pernambuco – UFPE; a Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC; e a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

Os PPP foram disponibilizados pela Secretaria Executiva do Sistema UNASUS, após solicitação realizada pelo pesquisador ao Ministério da Saúde, em maio de 2017.

A apreciação exploratória dos PPP teve por objetivo responder às questões propostas por Barr (60), que subsidiaram a construção de uma matriz analítica (Quadro 1). Tais questionamentos direcionam a construção e avaliação de contextos educacionais e revelam seu potencial para a promoção de mudanças na lógica da educação e do trabalho em saúde.

Quadro 1 - Matriz orientadora da análise dos projetos pedagógicos na perspectiva da Educação Interprofissional. Brasil, 2017

Categorias	Subcategorias	Unidades de sentido
Abordagens metodológicas reflexivas	1 - Uso de metodologias reflexivas 2 - Foco no ensino pelo trabalho na atenção 3 - Integração ensino serviço comunidade	Aprendizagem misturada; Ensino à distância; Aprendizagem baseada em problemas; Situações-problemas; Problematização; Formação por competências; Educação no trabalho; Troca de conhecimentos.
Desenvolvimento de competências específicas, comuns e colaborativas	1 - Formação dos núcleos profissionais 2 – Temáticas comuns ao trabalhador de saúde 3 – Formação para o trabalho em equipe	Respeitos as especificidades das profissões; Atuação na equipe de saúde da família; Alinhamento aos problemas complexos de saúde; Interdisciplinaridade; Atenção integral; Políticas públicas; Responsabilidade compartilhada; Ações multiprofissionais; Trabalho colaborativo;
Avaliação para fortalecimento do processo ensino-aprendizagem	1 – Avaliação processual	Avaliação diagnóstica; Avaliação formativa; Avaliação somativa.

Fonte: Adaptado de Barr (60), elaborado a partir das fases para Análise Temática Categorical de Bardin.

A exploração documental foi fundamentada no método de análise de conteúdo descrito por Bardin (59). Inicialmente foi empreendida leitura de todos os documentos para familiarização do conteúdo e para composição do *corpus* analítico. Na sequência, os extratos textuais relevantes foram destacados e agrupados tendo por referência as variáveis temáticas dispostas na matriz analítica. Finalmente, os dados foram resumidos para uma interpretação crítica à luz dos pressupostos teóricos e metodológicos da EIP.

4.3 PESQUISA DE CAMPO

A pesquisa de campo foi desenvolvida em Minas Gerais, no território sob atuação de quatro das cinco instituições supervisoras do PMMB no estado: Região Central - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH); Norte - Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes); Vale do Jequitinhonha - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM); e Triângulo Mineiro - Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

Essas instituições, em conjunto com a Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), são responsáveis pela supervisão de aproximadamente 7,5% (n=1.316) do total de médicos do PMMB, conforme mostra a Tabela 1.

Tabela 1 - Número de municípios, médicos/equipes da Estratégia Saúde da Família, supervisores e tutores por instituições supervisoras do Projeto Mais Médicos para o Brasil no estado de Minas Gerais. Brasil, 2016

Instituições supervisoras	Médicos	Supervisores	Tutores
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	60	11	2
Universidade Federal de São João del-Rei	868	113	12
Universidade Estadual de Montes Claros	153	23	3
Universidade Federal de Uberlândia	106	13	2
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri	129	20	2
Total	1.316	180	21

Fonte: Dados extraídos do SIG EBSERH, 2016

Considerando o tamanho do território, optou-se por selecionar um conjunto de municípios para o desenvolvimento deste estudo, quais sejam: Belo Horizonte, Montes Claros e Uberlândia, sob supervisão da SMSA-BH, Unimontes e UFU, respectivamente; e Diamantina e Couto Magalhães, sob supervisão da UFVJM.

A escolha desses municípios se deu em razão de fazer parte do território de atuação do pesquisador, no período de coleta de dados.

4.3.1 População e amostra

A população da pesquisa de campo foi constituída pelos médicos integrantes do PMMB do estado de MG, os tutores, os supervisores e os profissionais das equipes de Atenção Básica, as quais os médicos participantes do projeto estão vinculados.

Para determinação da amostra representativa do território, intentou-se incluir três equipes da ESF por instituição supervisora, a saber: uma equipe com integrantes do PMMB de perfil brasileiro, isto é, médicos de nacionalidade e formação brasileiras; uma equipe com integrantes do PMMB com perfil intercambista; e uma equipe com integrantes do PMMB com médicos advindos da cooperação estabelecida entre a OPAS e Cuba.

Para fins de seleção dos envolvidos na pesquisa foram, foram adotados os seguintes **critérios de inclusão**: (a) para os médicos: ser vinculado ao PMM pelo eixo do provimento emergencial e ter realizado o 1º ciclo formativo do projeto (Curso de Especialização em Saúde da Família); (b) para os profissionais: ser profissional da saúde que atua diretamente com o médico do PMM, preferencialmente, mas não exclusivamente, componente da equipe mínima de ESF (enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde), com tempo mínimo de atuação na ESF de um ano; (c) para os tutores e supervisores: estar vinculado a uma das instituições supervisoras escolhidas por este estudo há, no mínimo, um ano.

O tempo mínimo de um ano para a atuação dos profissionais, tutores e supervisores foi determinado por se acreditar que esse tempo seja suficiente para conhecer e se apropriar do cotidiano do trabalho em equipe na ESF.

Os **critérios de exclusão** delimitados foram: encontrar-se ausente, impossibilitado, em férias, licença ou afastado de suas funções durante o período da coleta de dados; e a recusa em participar de uma ou mais etapas da coleta de dados. A amostra final totalizou 82 sujeitos, como exposto na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos de pesquisa segundo campo de estudo. Minas Gerais, 2016

Sujeitos	UFU	Unimontes	SMSA-BH	UFVJM		Total
	Uberlândia	Montes Claros	Belo Horizonte	Diamantina	Couto Magalhães	
Tutor	2	2	2	1	0	7
Supervisor	3	3	3	3	0	12
Médico brasileiro	1	1	1	0	1	4
Médico cubano	1	1	1	1	0	4
Médico intercambista	1	1	1	0	0	3
Profissionais da ESF	18	18	10	5	1	52
Total	26	26	18	10	2	82

Fonte: Dados da pesquisa, 2016

4.3.2 Coleta de dados e instrumentos

As técnicas de coleta de dados da pesquisa de campo foram a entrevista em profundidade, o grupo focal e a aplicação de uma escala de pontos - Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI). Também foi utilizado um formulário autoaplicável composto por variáveis caracterizadoras relativas à nacionalidade, sexo, idade, formação acadêmica e atuação profissional. Os dados foram capturados nos meses de novembro e dezembro de 2016.

A **entrevista em profundidade** foi direcionada aos médicos (n=11), tutores (n=7) e supervisores (n=12), e realizada com auxílio de roteiro não estruturado, composto por sete questões relacionadas aos ciclos formativos do PMMB e processo de trabalho na ESF com foco na abordagem da EIP. As entrevistas, agendadas previamente, foram realizadas em local de escolha dos sujeitos e gravadas em equipamento digital para posterior transcrição.

A **EJARCI**, com recente tradução e adaptação transcultural para a língua portuguesa do Brasil e validação na Atenção Básica, é um instrumento que permite avaliar como é percebido o trabalho interprofissional desenvolvido entre profissionais de saúde. É composta de 20 itens que devem ser respondidos utilizando uma escala de concordância/discordância do tipo Likert com sete níveis, sendo o menor nível *discordo completamente* e o maior *concordo completamente* (61).

Para se obter autorização para uso do instrumento, Marcelo Viana Costa², colaborador desta pesquisa, realizou contato com Mohammadreza Hojat³, autor da escala (62), por meio de correio eletrônico, o qual deu anuência a solicitação.

A escala foi aplicada aos médicos (n=11), antes das entrevistas em profundidade, e aos profissionais das equipes (n=52), no momento inicial dos grupos focais.

Os grupos focais foram realizados com os profissionais (n=52), exceto médicos, que compõem equipes de Atenção Básica integrantes do PMMB, em cada um dos territórios de atuação das instituições supervisoras do projeto selecionadas. Os locais, datas e horários, para o desenvolvimento dos encontros, foram acordados

² Enfermeiro, Doutor em Ciências, Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.

³ Psicólogo, Doutor em Educação, Professor do Department of Psychiatry and Human Behavior e Diretor do Jefferson Longitudinal Study at the Center.

com os profissionais que aceitaram participar da pesquisa.

Para a condução dos grupos, foi utilizado roteiro com quatro questões disparadoras relacionadas ao PMMB, processo de trabalho nas equipes de Atenção Básica e processos formativos acadêmicos e em serviço, tendo por foco a EIP.

Foram conduzidos nove grupos focais, com média de sete participantes, que ocorreram conforme os seguintes passos:

1. Acolhimento dos profissionais no local de realização da pesquisa, com apresentação dos pesquisadores, sendo que um assumiu o papel de moderador do encontro, e outro, de observador;
2. Apresentação do projeto de pesquisa, com enfoque no detalhamento do objeto de pesquisa e objetivos;
3. Leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ratificando o anonimato do participante e a possibilidade de desistência em participar do estudo a qualquer tempo;
4. Disponibilização e preenchimento de formulário para caracterização dos sujeitos de pesquisa e da EJARCI;
5. Condução do grupo focal com auxílio do roteiro.

As sessões duraram, em média, 93 minutos, tempo suficiente para apreensão das informações relevantes para análise e alcance dos objetivos propostos, sem dispersar os participantes do tema em estudo.

Para o registro das discussões do grupo focal, realizou-se gravação das falas dos participantes por meio de gravador portátil, principal forma de capturar as informações desta pesquisa.

Em razão de o pesquisador e autor desta pesquisa ser também profissional inserido no campo de estudo, esclarece-se que as entrevistas em profundidade e os grupos focais foram conduzidos por pesquisadores devidamente treinados e capacitados para este fim, de modo a evitar interferências e interpretações precipitadas. Tais pesquisadores também auxiliaram no tratamento dos dados, no intuito de garantir que o desfecho refletisse para além da experiência profissional individual do autor da pesquisa.

4.3.3 Análise dos dados

Os dados pertinentes ao formulário de caracterização foram tratados por estatística descritiva, por meio de frequência e percentuais, e uso de medidas de tendência central, representadas pela média ($\bar{X}$), mediana ($\tilde{X}$), valor máximo (Mx) e valor mínimo (Mn).

Os dados da EJARCI foram analisados por estatística descritiva e inferencial, por meio do *Statistical Package for the Social Sciences* - SPSS versão 21. Assumiu-se para os testes de hipóteses uma significância de 5%.

Dos 20 itens da escala, oito são cotados de forma inversa e, por isso, para a análise, tais itens foram recodificados, isto é, realizou-se a inversão dos pontos de forma equivalente conforme recomendação dos autores (61,62).

A consistência interna do instrumento foi testada a partir do teste Alfa de Cronbach, considerando como bom nível de consistência um valor superior a 0.7.

As comparações das pontuações totais da EJARCI foram feitas nas pontuações brutas: média, mediana e desvio padrão. Para identificar o grau de associação entre as respostas da EJARCI com o tempo de formação, de atuação profissional, de atuação no SUS e na ESF realizou-se o teste de correlação de Spearman.

Para compreender as diferenças na distribuição de resposta da escala entre profissionais com diferentes graus de instrução foi adotado teste U de Mann-Whitney, e para testar a diferença entre as respostas de acordo com a categoria profissional e tipo de equipe foi adotado o teste de Kruskal-Wallis. Nessa análise, quando da ocorrência de rejeição da hipótese nula aplicou-se o teste de múltiplas comparações de Dunn com correção de Bonferroni, com a finalidade de identificar quais pares apresentaram distribuição estatisticamente significativa.

As informações provenientes dos grupos focais e entrevistas foram tratadas por análise de conteúdo temática, seguindo os passos pressupostos por Bardin (59).

Os processos, para a análise propriamente dita, foram desenvolvidos na pré-análise. Realizou-se a transcrição integral das entrevistas e grupos focais, dando origem ao corpus analítico, seguida da leitura do material. Na etapa de exploração do material, três fases foram realizadas: a determinação das unidades de registro (UR), as quais se configuram como recortes de ordem semântica do corpus; a definição de unidades de significação (US), que consistiu na associação das UR por

temática e categorização segundo reagrupamentos de unidades equivalentes.

E, finalmente, na fase de inferência e interpretação, as informações foram condensadas e destacadas, possibilitando interpretações e análise crítica do material. Para garantia do anonimato dos participantes do grupo, as falas sistematizadas e apresentadas em UR na seção de resultados, foram identificadas apenas pelo município ao qual pertence o sujeito da pesquisa. As análises interpretativas foram realizadas tendo como referencial epistemológico o Construcionismo Social.

4.4 O CONSTRUCIONISMO SOCIAL COMO BASE EPISTEMOLÓGICA ADOTADA PARA A PESQUISA

Com a finalidade de definir e estabelecer um referencial teórico epistemológico que sustente a produção do conhecimento advindo desta investigação, várias perspectivas foram levantadas como possibilidades para selecionar a que mais se adequasse ao objeto central da pesquisa.

Reflexões para se obter uma base teórica com a capacidade de oportunizar certa criticidade frente à objetividade e ao rigor da ciência positivista, sem, contudo, desmerecer as contribuições desses aspectos no processo de legitimação para a produção do conhecimento, foram exaustivamente realizadas. Intentou-se buscar outros elementos que se relacionam com os pressupostos e interesses do pesquisador.

Nesse processo, levou-se em conta o contexto da pesquisa, os sentidos postos pelos sujeitos investigados e, sobretudo, a finalidade de se garantir a forma de se conceber ciência em sua vertente que prioriza o rigor do fundamento epistemológico.

Nesse sentido, críticas a uma visão meramente racional e o desejo de se romper com a busca da verdade universal permearam a trajetória para a definição da base teórica epistemológica para a condução desse estudo (63).

Dentre a multiplicidade de discursos, a perspectiva do Construcionismo Social pareceu, sobremaneira, ser a mais adequada, sendo essa abordagem dotada de elementos que mais se aproximam com o objeto do estudo e que apresenta uma base metodológica alinhada ao campo das ciências humanas e sociais, no qual se

insere esta pesquisa.

O Construcionismo Social parte de uma proposta que se utiliza do discurso científico pós-moderno, tendo a sua base sustentada na teoria relacional, isto é, que privilegia o caráter construído, situado e relacional do conhecimento (64). Para tanto, faz parte dessa abordagem a busca pela compreensão de como são elaborados os sentidos pelas pessoas, contemplando, nesse processo, o contexto real, as relações, as diversas maneiras de interações interpessoais, valorizando, sobretudo, os diálogos, a linguagem, a natureza social e a historicidade das práticas sociais (65,66).

Para defesa dessa perspectiva, o psicólogo Kenneth Gergen é tido como o representante clássico, de destaque e com abordagem profunda, por oferecer ideias como possibilidade de não se haver restrição a uma única medida de produção de conhecimento. Ele defende o Construcionismo Social não como um fundamento da razão, mas como um método de argumentação que permite estabelecer uma postura reflexiva, de modo que o pesquisador esteja também atento ao processo de construção de sentidos. E, nesse movimento, produz conhecimento situado, histórico, pluralístico e que de fato faça sentido, tendo como foco o reconhecimento das crenças e valores como parte da conquista científica.

O autor dá aportes de ordem estruturante e que de certo modo visa conferir confiabilidade e permitir a escolha de outros caminhos teóricos para o delineamento de uma pesquisa, oportunizando a superação do desejo de se obter uma verdade última e a insistente defesa pela tradicional dicotomia existente entre fatos e valores (65).

O Construcionismo Social rompe com os padrões das teorias modernas, como alternativa às formas empiristas de se conceber ciência, contemplando elementos simbólicos, sociais e culturais, tais como a linguagem, as interações e os diálogos (67,68).

Críticas acerca dessa vertente epistemológica também são apontadas sob a justificativa de demonstrar cuidados que o pesquisador deverá ter em adotá-la como referencial. Contudo, os aspectos levantados na literatura e que podem ser óbice para a adoção do Construcionismo Social são esclarecidos de modo a utilizá-lo com maior rigor. Um deles é a noção de realidade, cujo caráter dinâmico e cuja natureza específica devem ser considerados de interesse para a pesquisa, priorizando a questão contextual e os diálogos e trocas conversacionais estabelecidas entre os

sujeitos (69).

Outro aspecto é a crítica relacionada ao caráter das pesquisas sociais e humanas, as quais têm aproximação com o Construcionismo Social, e que, por isso, são circundadas de questionamentos acerca de sua validade, porque estão sustentadas em conversas psicológicas e emocionais, atribuídas como características internas que privilegiam a memória e a percepção dos sujeitos. De acordo com os defensores do Construcionismo Social, o posicionamento nesses contextos conversacionais depende da forma da atuação do pesquisador frente ao processo, e não necessariamente reflete uma realidade interna (69).

Destarte, pode-se confirmar que os aspectos questionáveis, sobretudo no contexto acadêmico no tocante à produção do conhecimento e à utilização do Construcionismo Social como base epistemológica, estão solidamente esclarecidos e justificados de modo a demonstrar que tal perspectiva visa destacar a natureza do conhecimento. Conhecimento esse que assume como pressuposto o seu caráter de responsabilidade social, pautada em uma realidade ancorada no paradigma situado e relacional, que possibilita maior liberdade para ampliação do campo da ciência, a fim de torná-lo mais dinâmico, conferindo à pesquisa uma implicação que seja de ordem prática na vida cultural e social (69).

Por todas essas questões, o Construcionismo Social não requer *status* de verdade, tampouco dispõe de um repertório teórico que seja melhor ou o mais verdadeiro; trata-se de mais uma possibilidade de compreensão de ordem epistemológica para a construção dialógica do conhecimento, sendo um convite à multiplicidade para o mundo atual, que apresenta contexto pluralístico, com realidades socialmente construídas e que não podem ser negadas (65).

Nessa seara, partindo do questionamento “que postura trazer para esta pesquisa?”, a perspectiva construcionista social parece ser a resposta mais apropriada, por apresentar uma robusta base teórica que considera a natureza social do mundo vivido, bem como a historicidade das práticas sociais. Tal característica confere aderência com o objeto deste estudo e seu delineamento metodológico, uma vez que o percurso escolhido tende a capturar, para os objetivos previstos, elementos que visam explorar o produto das relações estabelecidas a partir da inclusão do profissional médico nas equipes de Atenção Básica brasileira e a possibilidade do desenvolvimento de práticas colaborativas orientadas pelos pressupostos da EIP.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, em obediência às diretrizes da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do CNS, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Uma vez avaliado, o projeto foi aprovado em outubro de 2015, sob o Parecer nº 1.264.019 (70).

Para a realização da pesquisa, foi solicitado assentimento às instituições supervisoras do PMMB e às secretarias municipais de saúde as quais os sujeitos do estudo atuam, sendo encaminhado aos responsáveis o pré-projeto de pesquisa e carta de anuência. A autorização para desenvolvimento do estudo foi dada pelas instâncias mediante emissão de documento de autorização.

A pesquisa seguiu o princípio da eticidade, tendo como base a resolução supracitada, que aprova normas éticas sob a ótica do indivíduo e das coletividades, conhecidas como princípios bioéticos da pesquisa, a saber: a) a autonomia, segundo a qual o pesquisador deve respeitar o direito do participante em decidir fazer ou buscar aquilo que seja o melhor para si, considerando-o em sua dignidade e defendendo-o em sua vulnerabilidade; b) beneficência, que apregoa que se deve sempre fazer o bem de maneira prática, isto é, o pesquisador tem a obrigação moral de agir para o benefício do outro; c) previsão da não maleficência, garantindo que danos previsíveis possam ser evitados e que a realização da pesquisa que possa estar causando mal de qualquer tipo ao seu partícipe seja impedida/interrompida; e d) justiça e equidade, que estão associadas às atitudes éticas, enquanto pesquisador, de, preferencialmente, construir relações com os grupos sociais, preocupando-se em igualar as oportunidades de acesso aos benefícios da pesquisa (70):

A todos os convidados para participar da pesquisa foram explicitados os objetivos e etapas da pesquisa, e assegurada a participação voluntária, esclarecendo que a recusa não acarretaria em penalidades de nenhuma natureza. Àqueles que aceitaram participar do estudo foi disponibilizado o TCLE e solicitada assinatura em duas vias, uma para o participante, outra para arquivamento do pesquisador.

RESULTADOS

5 RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa encontram-se consolidados em quatro artigos elaborados como produtos desta tese, os quais respondem aos objetivos delineados para este estudo e estão apresentados na sequência.

Artigo 1 - *New national curricula guidelines that support the use of interprofessional education in the Brazilian context: an analysis of key documents*

Publicado no *Journal of Interprofessional Care*, volume 31, número 6, 2017⁴.

Artigo 2 - Cursos de especialização ofertados no âmbito do Mais Médicos: análise documental na perspectiva da Educação Interprofissional

Submetido na Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação, em novembro de 2017⁵

Artigo 3 - Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos

Submetido e aprovado para publicação na Revista Latino-Americana de Enfermagem, em 2018⁶

Artigo 4 - A educação interprofissional e as ações formativas do eixo do provimento emergencial do Programa Mais Médicos

Em processo de submissão.

⁴ Publicado em inglês, conforme Apêndice E.

⁵ Comprovante de submissão no Apêndice F.

⁶ Comprovante de aprovação para publicação no Apêndice G.

Artigo 1

Novas Diretrizes Curriculares Nacionais que apoiam o uso da educação interprofissional no contexto brasileiro: uma análise dos principais documentos

José Rodrigues Freire Filho; Marcelo Viana da Costa; Aldaísa Cassanho Forster; Scott Reeves

Introdução

O debate global em torno da força de trabalho em saúde aponta como desafio alinhar os processos de formação a projetos de fortalecimento dos sistemas de saúde. Nesse sentido, observando as demandas impostas, pelas dinâmicas e complexas necessidades sociais e de saúde, aos sistemas nacionais de saúde, é cada vez mais necessário fortalecer as mudanças na dinâmica da produção dos serviços de saúde com vistas ao fortalecimento do trabalho colaborativo nos diversos cenários, aperfeiçoando o efetivo trabalho em equipe e melhorando a qualidade da atenção à saúde das populações¹.

No cenário brasileiro, o processo de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde a partir dos princípios de universalidade e integralidade tem encontrado importantes referenciais que sustentam a necessidade de reformas na produção dos serviços de saúde baseadas no trabalho colaborativo, interdisciplinar com vistas à integralidade da atenção. Na mesma direção, importantes recomendações mundiais apontam a necessidade de maiores esforços no sentido de fortalecer e consolidar a Educação Interprofissional (EIP) e as práticas colaborativas como sustentação de uma nova lógica de trabalho em saúde, que ressitua as necessidades de saúde na centralidade do processo de produção dos serviços de saúde².

No entanto, no Brasil, ainda são escassos os estudos que versam sobre esse tema, que ganhou notoriedade a partir de 2010, após duas publicações apontarem a EIP como elemento de uma necessária reforma no modelo de formação profissional em saúde^{1,2}.

A literatura traz importantes contribuições no sentido de definir aEIP, marcando a sua intencionalidade de melhorar a capacidade de colaboração e, consequentemente, qualificar a atenção à saúde. O *Center for the Advancement of*

Interprofessional Education - CAIPE, no Reino Unido, é que traz a definição mais amplamente socializada na literatura internacional, também compartilhada pela OMS, definindo a EIP enquanto ocasião quando duas ou mais profissões da área da área da saúde aprendem com, para e sobre a outra para melhorar a colaboração no trabalho em saúde³.

Nessa direção importantes experiências brasileiras têm investido em iniciativas potentes na efetivação da educação interprofissional em saúde, tanto na graduação como na pós-graduação em saúde. Importantes políticas de reorientação da formação das profissões de saúde vem, ao longo dos últimos anos, estimulando mudanças curriculares, com foco na adoção de metodologias ativas, fortalecimento da articulação ensino-serviço-comunidade e, mais recentemente, na implementação da educação interprofissional^{4,5}.

Na conjuntura atual merece destaque a adoção de importantes políticas indutoras de mudanças no trabalho em saúde e no processo de formação dos profissionais de saúde. Nos últimos 15 anos importantes iniciativas marcaram os esforços em torno desse tema: A elaboração das diretrizes curriculares nacionais dos cursos da saúde, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-Saúde e o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde – PET-Saúde são exemplos de experiências bem-sucedidas no enfrentamento dos principais desafios da formação em saúde.

Outro marco nesse movimento foi a criação de uma política de ampliação dos cursos de graduação em medicina, uma vez que após estudos de dimensionamento da força de trabalho da categoria, constatou a necessidade de se criar vagas para a referida graduação e a consequente necessidade de revisão das propositivas curriculares. Para subsidiar essa necessidade foi publicada a Lei no 12.871 de 22 de outubro de 2013 que institui o Programa Mais Médicos, o qual dentre outras ações preconiza aprimorar a formação médica no país⁶.

Embora o propósito central desse artigo não seja apenas a formação médica, vale destacar que o Programa Mais Médicos integra uma série de medidas no âmbito da gestão federal, sob coordenação dos Ministérios da Saúde e Educação, que dentre as suas finalidades visa combater as desigualdades de acesso com vistas a promover uma Atenção Primária à Saúde mais resolutiva.

O programa apresenta-se estruturado em três eixos de ação, sendo o primeiro voltado para investimento na melhoria da infraestrutura da rede de saúde,

particularmente nas unidades básicas de saúde. O segundo consiste em promover a ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência médica no país, e o terceiro intitulado Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB), que contempla as ações de provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis.

Como desdobramento dessa nova política foram elaboradas novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação em medicina no intuito de sustentar as mudanças apontadas pelo Programa Mais Médicos. A partir dessa conjuntura surge o seguinte questionamento: qual a interface das diretrizes curriculares para os cursos de graduação em saúde com as prerrogativas da EIP, para que se promova o desenvolvimento de competências para a atuação do médico direcionada para o efetivo trabalho em equipe?

Assim, o estudo tem como objetivo discutir as diretrizes curriculares dos cursos de enfermagem, medicina e odontologia como base jurídico-legal capaz de sustentar a adoção de estratégias facilitadoras para a EIP, em diferentes dimensões da realidade do processo de formação nas instituições de ensino superior no Brasil.

Atualmente o Brasil possui 14 categorias profissionais e para esse estudo fez-se a opção de trabalhar com enfermagem, medicina e odontologia, que compõem as equipes mínimas da Estratégia Saúde da Família, da Política Nacional de Atenção Básica.

Contexto

O debate sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais - DCN para os cursos de graduação em saúde aponta para a necessidade de compreender, mesmo que de forma breve, a história da educação das profissões da saúde no Brasil, bem como entender o momento atual que busca, cada vez mais, aproximar o processo de formação a um projeto mais amplo de fortalecimento do sistema de saúde brasileiro.

As primeiras DCN elaboradas foram as do curso de enfermagem e medicina, no ano de 2001. Em 2002 o Conselho Nacional de Educação publicou as diretrizes do curso de odontologia. Os primeiros documentos surgem numa conjuntura que possibilitou ampla discussão e participação das mais diversas instâncias envolvidas, configurando-se um movimento social coletivo com ampla representação, dentre as quais professores, alunos, pós-graduandos e gestores⁷.

De forma geral, as DCN dos cursos de graduação da área da saúde foram

construídas tomando como base o perfil do formando/egresso/profissional, a partir de um perfil estabelecido por meio de aquisição de competências. Destaca-se, na organização do documento, a inclusão das competências gerais e específicas, o estabelecimento dos conteúdos curriculares, os estágios e as atividades complementares, a organização do curso e o acompanhamento e avaliação⁸.

O desenvolvimento de competências proposto pelas DCN rompe com o modelo tradicional de ensino, baseado no currículo mínimo, e propõe a utilização de metodologias ativas de aprendizagem, as quais orientam o aprendizado para a autonomia, e estimulam a relação com o contexto da sociedade. Isto requer saberes acadêmicos, dos profissionais de serviços, do indivíduo e da comunidade, de tal modo que implica em uma maior articulação com os serviços de saúde e sociedade, bem como mudanças na prática docente⁹.

Passados mais de dez anos, as DCN começam a passar por um processo de revisão de seus textos. Na área da educação médica, o documento de 2001 começou a ser revisado como desdobramento da Lei no 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o denominado Programa Mais Médicos⁶.

O arcabouço legal do Programa Mais Médicos trouxe, entre outros aspectos, estímulo a um novo desenho constitutivo de orientações voltadas para o currículo médico, primariamente para fins de cumprimento legal. Além disso, busca alcançar os objetivos de aprimoramento da formação médica no país, dado que os instrutivos constantes no documento de 2001 tornaram-se obsoletos diante das necessidades de promover transformações no ensino médico.

Por meio da Resolução nº 03, de 20 de junho de 2014¹⁰, instituíram-se as mais recentes DCN do curso de graduação em medicina. Um documento constituído de 41 artigos, os quais incorporam conceitos novos como áreas de competência, competência e domínios de competência e apresentam proposições, tais como o fortalecimento do ensino em áreas estratégica da atenção básica, da urgência e emergência e da saúde mental, ratificando a informação constante na Lei do Programa Mais Médicos.

Essas diretrizes foram criadas com base na anterior, acarretando, no entanto, a incorporação de novos avanços na educação médica, cujo objetivo principal é atender aos princípios doutrinários do SUS e, por conseguinte, as necessidades de saúde da população brasileira.

Método

O estudo adotou uma análise documental comparativa e exploratória para “descrever e comparar usos e costumes, tendências, diferenças e outras características”¹¹. O *corpus* da pesquisa foi constituído por quatro documentos: as diretrizes curriculares nacionais de 2001 dos cursos de enfermagem e medicina, as diretrizes curriculares nacionais do curso de odontologia, de 2002 e o texto mais recente das DCN dos cursos de graduação em medicina, de 2014¹⁰.

A escolha de apenas quatro documentos para a realização da pesquisa se justifica pela importância que eles exercem na orientação da formação dos profissionais de saúde no Brasil. Os desenhos curriculares, a escolha de metodologias de ensino e aprendizagem, escolha de conteúdo na construção dos programas dos cursos da área da saúde são orientados pelas diretrizes curriculares nacionais para a graduação dos cursos da saúde.

Cada profissão possui uma diretriz específica e o curso de medicina foi o único que atualizou recentemente o texto que orienta os processos de formação do profissional médico em todo o País. Pesquisar as diretrizes curriculares nacionais para a graduação em enfermagem, medicina e odontologia é um importante passo para futuros estudos sobre a adoção da EIP no contexto da educação das profissões da saúde no Brasil.

Coleta dos dados

A amostra foi composta por documentos escritos primários, de caráter legislativo, especificamente aqueles que tratam das DCN para os cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia, versões de 2001 e 2014^{10,12-14}, os quais foram acessados e capturados nos sites oficiais do MEC e Ministério da Saúde, em janeiro de 2016.

Levando em consideração o problema e objetivo da pesquisa foi adotado o seguinte critério de inclusão de documentos para a pesquisa: documentos orientadores das mudanças na formação dos profissionais de saúde no Brasil, em especial enfermagem, medicina e odontologia. No contexto brasileiro são as DCN que exercem essa função e apenas o curso de medicina fez atualização dos documentos – as primeiras versões são de 2001 e a última atualização foi publicada em junho de 2014.

Análise dos dados

A análise dos dados foi fundamentada pela análise temática. Após a seleção e acesso aos documentos oficiais, realizou-se leitura flutuante dos mesmos, etapa que consiste no contato inicial com o material, realizando a pré-exploração buscando uma compreensão global do conteúdo.

Na pré-análise foram desenvolvidos os processos de organização do material que incluiu leitura flutuante, atividade esta que objetivou gerar impressões iniciais acerca do material a ser analisado; e constituição do corpus de análise. Na etapa de exploração do material os recortes de texto foram agrupados por similaridades dando origem aos eixos de análise. E, na fase de inferência e interpretação, as informações foram condensadas e destacadas, possibilitando interpretações e análise crítica.

Posteriormente à leitura flutuante é recomendável a seleção de uma série de indicadores afim de organizar o material, de modo que na etapa de exploração do material os dados sejam codificados e agregados em unidades para então realizar o processo de categorização¹⁵.

Nesse estudo o processo de escolha das categorias se deu por meio de critérios semânticos, com a finalidade de agrupar as características comuns capturadas no material e que possibilitou a comparação por similaridade entre os documentos, sendo os temas relacionados à formação docente e recursos curriculares os quais permitiram identificar as fortalezas e potencialidades para implementação da EIP no âmbito da graduação em medicina.

Assim, a coleta de informações para a organização em temas se deu com o auxílio de uma matriz obtendo as seguintes categorias de análise: desenvolvimento docente para a EIP, competências profissionais para o trabalho em equipe, estrutura curricular, metodologias de ensino e avaliação do aluno.

Resultados

A análise das versões das diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem (2001), medicina (2001 e 2014) e odontologia (2002) traz importantes aspectos de discussões sobre a educação interprofissional no contexto da formação profissional em saúde no Brasil.

As versões de 2001 e 2002 de todos os cursos, de uma forma geral, não apresentam aspectos relacionados às bases teóricas da educação interprofissional e

do trabalho colaborativo. Apresentam de uma forma genérica a valorização da interdisciplinaridade e do trabalho em equipe, mas sem fazer referência às relações interprofissionais. Na totalidade dos textos apresentam destaque nas competências específicas, com poucos elementos para a formação das habilidades colaborativas.

Assim, apenas as diretrizes do curso de medicina permitem fazer comparações no sentido de identificar a inserção da educação interprofissional como fundamento das transformações do processo de formação.

A comparação entre as DCN de 2001 e 2014, do curso de medicina, permitiu a construção de quatro categorias temáticas: desenvolvimento docente para a EIP, competências profissionais para o trabalho em equipe, estrutura curricular e avaliação do aluno. A comparação entre os textos traz importantes elementos para pensar as potencialidades e oportunidades que as diretrizes para a educação médica apontam na direção para a EIP.

Desenvolvimento docente para a EIP

Na versão das diretrizes de 2001, não aparecem quaisquer aspectos que estejam direcionados à indução de iniciativas para a formação docente, nem a temáticas que possam estar associadas à capacitação voltada para a EIP.

Sobre esse aspecto, o texto das diretrizes de 2014 traz de forma explícita que o curso de graduação em medicina deverá pensar em estratégias voltadas ao corpo docente, a fim de dar sustentabilidade aos processos de mudanças idealizados pelo novo texto das diretrizes.

O texto mais atual apresenta, ainda, como instrumento orientador, os objetivos das ações de desenvolvimento docente: valorização do trabalho docente, envolvimento dos professores com o projeto pedagógico do curso, aprimoramento profissional em relação à proposta formativa com foco em estratégias de ensino ativas e interdisciplinares.

O Curso de Graduação em Medicina deverá manter permanente Programa de Formação e Desenvolvimento da Docência em Saúde, com vistas à valorização do trabalho docente na graduação, (...) que englobe estratégias de ensino ativas, pautadas em práticas interdisciplinares, de modo a assumirem maior compromisso com a transformação da escola médica¹⁰.

Competências profissionais para o trabalho em equipe

No que se refere às competências, o texto de 2001 menciona a necessidade

de formar competências no profissional médico para o trabalho em equipe. Apresenta-se constituída por seis competências e habilidades gerais, com destaque para a comunicação, liderança e educação permanente. Apresenta vinte e duas competências e habilidades específicas, dentre elas atuar em equipe multiprofissional.

A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: (...) no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade¹⁴.

O texto de 2014 traz, por sua vez, maior detalhamento das competências necessárias ao desenvolvimento do trabalho interprofissional colaborativo, a partir da interação com outros profissionais de saúde. Na seção das competências, apresenta de forma desagregada novos conceitos como as áreas de formação do graduado em medicina (atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde) numa referência à articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas do egresso para o exercício da medicina.

Merece destaque a área da Atenção em Saúde, na qual aparece orientações voltadas para o desenvolvimento do trabalho interprofissional, em equipe, e responsabilidades comuns entre os profissionais de saúde e usuários no cuidado.

Na área da Educação em Saúde enfatiza que o graduando em medicina deverá aprender interprofissionalmente, a partir da troca de saberes com profissionais da área da saúde, estimulando o aprimoramento da colaboração. O texto também menciona o desempenho relacionado ao compartilhamento do processo terapêutico, favorecimento do envolvimento da equipe, inclusão da perspectiva de outros profissionais na elaboração dos projetos em saúde. O trabalho colaborativo em equipe de saúde, a participação em conjunto, o compartilhamento de conhecimentos, também são competências esperadas para o egresso da medicina.

Cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe, com o desenvolvimento de relação horizontal, compartilhada, respeitando-se as necessidades e desejos da pessoa sob cuidado, família e comunidade (....) e responsabilidades comuns entre profissionais de saúde e usuários no cuidado.

Trabalho colaborativo em equipes de saúde, respeitando normas institucionais dos ambientes de trabalho e agindo com compromisso ético-profissional, superando a fragmentação do processo de trabalho em saúde¹⁰.

Estrutura curricular

Em relação à estrutura curricular, os dois textos apresentam importantes diferenças, com implicações distintas para a EIP. As DCN de 2001 orienta que o currículo esteja organizado a fim de contemplar as necessidades de saúde dos indivíduos e populações; favorecer integração ensino-serviço; desenvolver estágio curricular obrigatório nas mais diversas áreas do sistema de saúde; assegurar a autonomia da IES para inserção de componentes relacionados às demandas e expectativas da regionalização da saúde.

Promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais. Utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional¹⁴.

As diretrizes de 2014 reforça alguns pontos do texto de 2001, importantes ao cenário brasileiro, no processo de fortalecimento e consolidação do sistema único de saúde e acrescenta novas perspectivas que consigam atender as demandas mais atuais ao processo de formação, explicitando a relevância da inserção da formação interprofissional.

Merece especial atenção a orientação para a inserção precoce do aluno nos cenários de ensino-aprendizagem para conhecer e vivenciar a prática do trabalho em equipe multiprofissional; desenvolvimento de proposta de formação flexível e interprofissional, em consonância com os problemas reais de saúde da população; desenvolvimento do estágio curricular obrigatório enfatiza áreas prioritárias como Atenção Básica e Urgência e Emergência; articulação entre as ciências humanas e sociais como eixo transversal na formação do profissional.

Promover a integração do Projeto Pedagógico de Curso, a partir da articulação entre teoria e prática, com outras áreas do conhecimento, bem como com as instâncias governamentais, os serviços do SUS, as instituições formadoras e as prestadoras de serviços, de maneira a propiciar uma formação flexível e interprofissional, coadunando problemas reais de saúde da população¹⁰.

Avaliação do aluno

A construção dessa categoria de análise surgiu pelas oportunidades

apresentadas para a sustentabilidade do processo de formação em saúde pautado na interprofissionalidade. Os trechos que tratam da avaliação do aluno não mencionam de forma clara os termos interprofissionalidade ou trabalho colaborativo, mas apresenta aspectos que sustentam os demais processos de formação. Assim, essa categoria é apresentada como oportunidade de fortalecimento da EIP nos diferentes contextos de formação dos profissionais médicos.

O texto de 2001 estimula a avaliação baseada nas competências, habilidades e conteúdos curriculares. O trecho referente à avaliação dos alunos apresenta redação que caracteriza subjetividades, o que permite múltiplas interpretações e, de certo modo, fragiliza o processo avaliativo do aluno, bem como da implementação das diretrizes no currículo do curso.

O Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence¹⁴.

A DCN de 2014, por sua vez, orienta que a avaliação específica do estudante deva acontecer a cada dois anos de forma obrigatória, processual, contextual e formativa.

Fica instituída a avaliação específica do estudante do Curso de Graduação em Medicina, a cada 2 (dois) anos, com instrumentos e métodos que avaliem conhecimentos, habilidades e atitudes, (...) de caráter obrigatório, processual, contextual e formativo, considerando seus resultados como parte do processo de classificação para os exames dos programas de Residência Médica¹⁰.

Discussão

A adoção da EIP exige importantes mudanças em vários aspectos do processo de formação dos profissionais em saúde. Efetivar a EIP exige um conjunto de ações articuladas que possam dar sustentação a processos que possam realmente contribuir para a formação de profissionais mais colaborativos e aptos para o trabalho em equipe. Experiências em todo o mundo têm relatado importantes dificuldades na implementação da EIP decorrentes da força do modelo tradicional de formação, que estabelece barreiras para a EIP¹⁶.

A análise dos dois textos das DCN encontra importante referencial no trabalho de Oandasan e Reeves¹⁷ que traz três dimensões da realidade que interferem na

efetivação de experiências bem sucedidas de EIP: o nível macro - transformações relacionadas às políticas que orientam as instituições formadoras; nível médio – mudanças nas estruturas curriculares, programas dos cursos, metodologias de ensino e formação docente o nível micro – estímulo às mudanças nas relações interpessoais e interprofissionais.

Articular esse referencial à realidade brasileira se mostra adequado, na medida em que é possível perceber importantes esforços no país na adoção da EIP, a exemplo das novas DCN, como ferramenta capaz de reorientar o processo de formação em saúde e que merecem ser aperfeiçoadas para assegurar resultados que provoquem impacto na melhoria da atenção à saúde.

Por se constituir marco legal, as DCN se inserem na dimensão macro e trazem orientações importantes a serem observadas tanto no nível médio como no micro, com implicações nos desenhos curriculares, na adoção do conteúdo e das metodologias, bem como nas mudanças nas relações interpessoais e interprofissionais¹⁷.

Um importante avanço das DCN de 2014 em relação ao texto de 2001 é a orientação para a adoção de estratégias de desenvolvimento docente nas instituições formadoras. Esse é um aspecto fundamental para experiências de EIP bem-sucedidas. Importantes relatórios em todo o mundo estimulam que o corpo docente esteja preparado para desenvolver competências para o trabalho em equipe entre diferentes profissões da saúde¹⁸, tais como compartilhar tomadas de decisões, criar condições para que alunos compreendam o papel do outro, desenvolvimento de liderança colaborativa entre outras^{19,20}.

No cenário brasileiro a discussão sobre interprofissionalidade é nova e isso implica na necessidade de investir fortemente em processos que permitam que os docentes compreendam as bases teóricas e metodológicas da EIP como forma de assegurar coerência entre o perfil de profissionais que estão sendo formados e as necessidades de fortalecimento do sistema único de saúde.

Historicamente os professores da área da saúde tendem a assumir os mesmos modelos de formação pelos quais foram formados, implicando num processo de reprodução e legitimidade das práticas educativas mais tradicionais. Investir esforços no desenvolvimento docente para a EIP é um grande avanço, na medida em que é possível inserir na dinâmica de formação dos profissionais de saúde discussões relacionadas às teorias pedagógicas, métodos de ensino e

aprendizagem mais ativos e que estimulem a aprendizagem interprofissional e a cultura de colaboração entre os diferentes profissionais de saúde^{21,22}.

Lampert²³, por sua vez, destaca que uma das maiores fragilidades para implementação das DCN se deve à formação do docente:

(...) na grande maioria, formados no modelo anterior, tradicional, flexneriano, modelo ainda hegemônico na assistência, e com muito pouco tempo para refletir sobre sua inserção e responsabilidade enquanto docente, que deve orientar e facilitar o processo ensino-aprendizagem, carro mestre das transformações que estão em construção.

No entanto, ações de desenvolvimento docente também podem ser desafiadoras na medida em que há a necessidade de enfrentar o modelo atual de formação, que apresenta resistência para práticas mais inovadoras. Diferentes agendas, estruturas físicas distintas, diferentes desenhos curriculares devem ser pensados no planejamento das atividades de desenvolvimento docente²⁴. Assim, a orientação para programas de desenvolvimento docentes nas novas DCN é importante ferramenta na adoção de EIP nos cursos de medicina.

Vale salientar que a inserção do debate da interprofissionalidade nas iniciativas de desenvolvimento docente e da formação permanente dos profissionais de saúde exige, a priori, apoio e interesse institucional na qualificação desses atores para essa perspectiva. Esse apoio institucional, por sua vez, é disparado pelo eixo das competências, quando traz a necessidade de formação de competências capazes de avançar na interprofissionalidade, mostrando forte articulação nos eixos que compõem as novas diretrizes²⁵.

Se a nova diretriz ousa em trazer termos antes ausentes no texto de 2001, demonstra avanço ao trazer a lógica interprofissional como prerrogativa para a formação de trabalhadores mais aptos ao trabalho colaborativo nas equipes de saúde. Nessa dimensão as instituições de ensino se veem diante de dois caminhos a seguirem de forma concomitante: valorizar iniciativas interprofissionais e qualificar os docentes para dar sustentação às mudanças trazidas no texto da diretriz.

Assim, a formação docente para a EIP é prerrogativa para ações bem-sucedidas. Nessa direção, documentos recentes da OMS apontam que os educadores, para atuarem com as práticas da EIP, precisam ser estimulados à capacitação, com o objetivo de aprimorarem a formação².

No que se refere às competências para o trabalho em equipe é importante

discutir aspectos centrais dos dois textos. Nas versões de 2001, as diretrizes para formação do profissional médico do Brasil, já trazia a relevância de formar o profissional médico capaz de trabalhar nas equipes de saúde, mas ainda fazendo referência ao trabalho multiprofissional. Em 2014, as DCN apresentam um texto mais coerente, no sentido de apresentar conceitos mais próximos dos marcos teóricos e metodológicos da educação interprofissional e do trabalho colaborativo.

O texto atual, inclusive, se apresenta muito próximo do debate trazido por Barr²⁶ referente às competências profissionais para a EIP. A diretriz apresenta coerência na compreensão da interprofissionalidade na medida em que em todo o texto chama a atenção para o trabalho interprofissional nas equipes de saúde, reconhecendo os papéis comuns entre os diferentes profissionais de saúde, mencionando a atenção à saúde compartilhada e situando o usuário, família e comunidade como protagonistas nas decisões em saúde.

Além desses aspectos, as DCN de 2014 apontam, de forma enfática, a compreensão de que o processo de formação deve formar competências capazes de realizar o efetivo trabalho em equipe, colocando as necessidades de saúde dos usuários, famílias e comunidades do centro das ações em saúde.

Em relação à estrutura curricular as duas versões das DCN apresentam semelhanças importantes e que mostram que o debate sobre a importância do trabalho em equipe sempre foi uma premissa no cenário brasileiro. No texto de 2001, há claro estímulo à adoção da interdisciplinaridade e da inserção do aluno nos cenários reais de vida e saúde das pessoas.

No entanto, o texto de 2014 apresenta a intencionalidade de construir processos de organização curricular em sintonia com a dimensão macro, referente às políticas de saúde necessárias ao fortalecimento do sistema de saúde, em especial o brasileiro¹. Para tanto, destaca o trabalho interprofissional como capaz de atender de forma mais resolutiva, eficiente e eficaz as dinâmicas e complexas necessidades de saúde da população no contexto atual². Esse trecho das novas DCN é um importante reconhecimento de que a lógica defendida pela EIP e pelo trabalho colaborativo é coerente com as dinâmicas e complexas necessidades de saúde do contexto nacional e global²⁷.

Ainda observando os aspectos que apontam para o nível médio das dimensões da realidade, a recomendação por metodologias ativas representa *per si* grande avanço nas DCN de 2014, tendo em vista que elas propõem desafios e

problemas baseados na realidade a serem superados pelos alunos em formação, tornando-os atores principais na construção do conhecimento, e colocando o professor como facilitador desse processo^{28,29}.

O destaque que as DCN trazem para as metodologias se configuram como fortalezas para a adoção da EIP, principalmente quando essas metodologias se inserem em contextos que apoiam a integração de conteúdos e de diferentes cursos da área da saúde, como mencionado no eixo da organização curricular³⁰.

Essa aproximação com a realidade é um importante dispositivo para o reconhecimento da importância da educação interprofissional na formação médica. Permite que o aluno de medicina vivencie, junto aos demais estudantes, e até mesmo em conjunto com os trabalhadores de saúde, questões complexas e que exigem compreensões e intervenções pautadas na interprofissionalidade¹⁴, tais como: diversidades humanas, princípios, diretrizes e políticas do SUS, necessidades individuais e coletivas de saúde, integralidade, humanização e gestão do cuidado, necessidade de formação continuada e permanente, atuação em diferentes cenários de ensino-aprendizagem, nos três níveis da gestão, ao longo dos anos de formação.

Ainda no âmbito do processo de aprendizagem, a DCN de 2014 traz uma compreensão de avaliação que se articula de forma muito adequada aos pressupostos da EIP, estimulando não apenas o ganho de conhecimentos, mas a formação de valores e atitudes coerentes com as demandas sociais e de saúde³¹.

A avaliação formativa se distancia muito da tradicional - somativa. Sua prática transcende a ideia da classificação, da seleção balizada por notas obtidas por provas e testes. Sendo processual ela deve ser participativa e informativa. Os atores devem ser informados e informar periodicamente acerca das dificuldades, possibilitando novas oportunidades para superá-las³². Essa perspectiva estimula o diálogo e o agir comunicativo entre os diferentes atores no processo de produção dos serviços de saúde.

As novas DCN apresentam outro importante avanço quando orienta um processo permanente de avaliação do aluno, ao mesmo tempo em que insere outros importantes pilares de transformações, tais como desenvolvimento docente, adoção de metodologias ativas centradas no usuário, estímulo à tomada de decisões compartilhadas. Nesse sentido, cria-se um ambiente favorável para pensar em

ações que possam avaliar as competências construídas no processo de formação, inserindo não apenas as competências específicas, mas também as comuns e as colaborativas.

Todo esse cenário é muito novo para o contexto nacional e exigirá importantes esforços de todos os atores envolvidos. A inserção do debate da interprofissionalidade na formação médica implica também em reinventar os processos de avaliação para contemplar a formação de valores, atitudes, conhecimento e habilidades que sustentem a lógica do efetivo trabalho em equipe, pautado na centralidade do usuário³³.

O texto de 2001 traz a compreensão de equipe e trabalho multiprofissional e as de 2014 demonstra que há uma tentativa de superar as confusões teóricas que normalmente estão presentes neste campo de discussão³⁴. Efetivar iniciativas na perspectiva da interprofissionalidade exige esforços importantes para compreender as diferenças entre interprofissionalidade, interdisciplinaridade e multiprofissional, termos que algumas vezes são utilizados como sendo sinônimos¹⁷.

Sendo assim, como as DCN de 2014 apresentam estratégias que favorecem a utilização dos pressupostos da EIP no currículo médico, é fundamental o estímulo ao aprimoramento docente para atuação com o uso de metodologias ativas de aprendizagem, como a aprendizagem baseada em problemas, a partir da interação de alunos das mais diversas profissões da área da saúde.

Conclusão

As novas diretrizes curriculares para a graduação em medicina representam, sem nenhuma dúvida, um grande avanço para inserção da EIP no contexto das mudanças da formação em saúde. A diretriz por ser um instrumento norteador do processo de formação de médicos no Brasil, estimula que as instituições de ensino reflitam sobre a realidade de formação e avancem em importantes pontos para a formação do perfil profissional necessário para o sistema de saúde brasileiro.

Por trazer muito claramente a necessidade da interprofissionalidade no perfil profissional do médico no Brasil, fortalece a discussão e estimula os sujeitos envolvidos com a educação médica a aperfeiçoar processos de aprendizagem

compartilhada, comunicação interprofissional e de iniciativas que valorizem os usuários como sujeito central da produção dos serviços de saúde.

O debate em curso, nas DCN de medicina, relacionados à EIP, por ser uma categoria profissional hegemônica, tem grande potencial para estimular o fortalecimento desse debate em nível nacional e pode influenciar na elaboração das diretrizes das demais categorias profissionais da área da saúde. Os pontos apresentados nas DCN são incentivos importantes no nível macro da realidade que provocam mudanças no nível médio dos desenhos curriculares e no nível micro, das relações interpessoais e interprofissionais.

Diante disso, outras pesquisas precisam ser pensadas como forma de descrever os esforços das instituições de ensino para se adequarem às novas diretrizes, bem como apresentar as experiências de adoção da educação interprofissional na formação dos profissionais de saúde no Brasil.

Há muitos desafios a serem enfrentados e a divulgação das experiências de implantação das novas diretrizes e da adoção da EIP formará uma grande rede de colaboração em prol da permanente busca de construção de um sistema de saúde brasileiro ainda mais forte e coerente, com o propósito de dar centralidade às necessidades sociais e de saúde da população brasileira.

Referências

1. Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 4;376(9756):1923-58. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5.
2. WHO [World Health Organization]. (2010). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
3. CAIPE [Centre for the Advancement of Interprofessional Education]. (2002). Centre for the advancement of interprofessional education.
4. Costa, M. V. D., & Borges, F. A. (2015). O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19, 753–763. doi:10.1590/1807-57622014.1057
5. Costa, M. V. D., Patrício, K. P., Câmara, A. M. C. S., Azevedo, G. D., & Batista, S.

H. S. D. S. (2015). Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19, 709–720. doi:10.1590/1807-57622014.0994

6. Brasil. (2013). Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*.

7. Stella, R. C. D. R., & Campos, J. J. B. D. (2006). Histórico da construção das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em medicina no Brasil. *Cad Abem*, 2, 77.

8. Streit, D. S., Barbosa Neto, F., & Lampert, J. (2012). 100 Anos de Diretrizes Curriculares Nacionais. *Cadernos de Educação Médica*.

9. Puccini, R.F., Sampaio, L.O., Batista, N. A. (2008). A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social. São Paulo: Unifesp.

10. Ministério da Educação. (2014). Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, DF: *Diário Oficial da União*.

11. Figueiredo, N. M. A. D. (2007). *Método e metodologia na pesquisa científica* (2nd ed.). São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora.

12. Ministério da Educação (2001). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES no 3, de 7 de novembro de 2001: Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial Uniao*. 09 nov 2001 [citado 2008 set 22];Seção1:37. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>

13. Ministério da Educação. (2002). Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial Uniao*. 04 mar 2002 [citado 2008 set 22];Seção1:10. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>

14. Ministério da Educação. (2001). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES no 4, de 7 de novembro de 2001: Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial União*. 09 nov 2001 [citado 2008 set 22];Seção1:38. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>

15. Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

16. De Los Santos, M., McFarlin, C. D., & Martin, L. (2014). Interprofessional education and service learning: A model for the future of health professions education. *Journal of Interprofessional Care*, 28(4), 374–375. doi:10.3109/13561820.2014.889102

17. Oandasan, I., Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of*

Interprofessional Care, 19, 21–38. doi:10.1080/13561820500083550

18. IPEC [Interprofessional Education Collaborative Expert Panel]. (2011). Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative.

19. Davis BP, Clevenger CK, Posnock S, Robertson BD, Ander DS (2015). Teaching the teachers: faculty development in inter-professional education. *Appl Nurs Res.* 28(1):31-5. doi: 10.1016/j.apnr.2014.03.003.

20. Prast J, Herlache-Pretzer E, Frederick A, Gafni-Lachter L. (2016). Practical Strategies for Integrating Interprofessional Education and Collaboration into the Curriculum. *Occup Ther Health Care*;30(2):166-74. doi: 10.3109/07380577.2015.1107196.

21. Schonwetter, D. J., Hamilton, J., & Sawatzky, J. A. (2015). Exploring professional development needs of educators in the health sciences professions. *Journal of Dental Education*, 79(2), 113–123

22. Sunguya, B. F., Hinthong, W., Jimba, M., & Yasuoka, J. (2014). Interprofessional education for whom? –challenges and lessons learned from its implementation in developed countries and their application to developing countries: A systematic review. *PLoS One*, 9(5), e96724. doi:10.1371/journal.pone.0096724

23. Lampert, J. B. (2008). Dois séculos de escolas médicas no Brasil e a avaliação do ensino médico no Panorama atual e perspectivas. *Gazeta Médica Da Bahia*, 78(1), 31–37

24. Hall, L. W., & Zierler, B. K. (2015). Interprofessional education and practice guide no. 1: Developing faculty to effectively facilitate interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 29(1), 3–7. doi:10.3109/13561820.2014.937483

25. Reeves, S., Pelone, F., Hendry, J., Lock, N., Marshall, J., Pillay, L., & Wood, R. (2016). Using a meta-ethnographic approach to explore the nature of facilitation and teaching approaches employed in interprofessional education. *Medical Teacher*, 38, 1221–1228. doi:10.1080/0142159X.2016.1210114

26. Barr, H. (1998). Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 12(2), 181–187. doi:10.3109/13561829809014104

27. Liu, Y., Zhang, Y., Liu, Z., & Wang, J. (2015). Gaps in studies of global health education: An empirical literature review. *Global Health Action*, 8. 10.3402/gha.v3408.25709. doi:10.3402/gha.v8.25709

28. Melo, B. D. C., & Sant’Ana, G. (2012). A prática da Metodologia Ativa: Compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino-aprendizagem. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 23(4), 327–339

29. Reeves, S. (2010). The need to problematize interprofessional education and practice activities. *Journal of Interprofessional Care*, 24(4), 333–335. doi:10.3109/13561820.2010.492748

30. Towle, A., & Godolphin, W. (2013). Patients as educators: Interprofessional learning for patient-centred care. *Medical Teacher*, 35(3), 219–225. doi:10.3109/0142159x.2012.737966
31. Kahaleh, A. A., Danielson, J., Franson, K. L., Nuffer, W. A., & Umland, E. M. (2015). An interprofessional education panel on development, implementation, and assessment strategies. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 79(6), 78. doi:10.5688/ajpe79678
32. Caseiro, C. C. F., & Gebran, R. A. (2010). Avaliação formativa: Concepção, práticas e dificuldades. *Nuances: Estudos Sobre Educação*, 15(16), 141–161.
33. Simmons, B., & Wagner, S. (2009). Assessment of continuing interprofessional education: Lessons learned. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 29(3), 168–171. doi:10.1002/chp.20031
34. Goldman, J., Zwarenstein, M., Bhattacharyya, O., & Reeves, S. (2009). Improving the clarity of the interprofessional field: Implications for research and continuing interprofessional education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 29(3), 151–156. doi:10.1002/chp.20028

Artigo 2

Cursos de especialização ofertados no âmbito do Mais Médicos: análise documental na perspectiva da Educação Interprofissional

José Rodrigues Freire Filho, Carinne Magnago, Marcelo Viana da Costa, Aldáisa Cassanho Forster

Resumo

Trata-se de estudo exploratório que buscou analisar os projetos políticos pedagógicos (PPP) dos cursos de especialização em Saúde da Família ofertados no âmbito do Programa Mais Médicos (PMM), como possibilidade para adoção dos elementos teóricos e metodológicos da Educação Interprofissional (EIP). Foi empreendida análise documental de nove PPP, cujos resultados apontam para uniformidade dos programas, revelada pela organização curricular, métodos de ensino-aprendizagem e de avaliação semelhantes. Embora nenhum dos cursos explicita a interprofissionalidade como base pedagógica, apresentam, em maior ou menor grau, correspondência com elementos da EIP, especialmente no tange ao seu objetivo de qualificar profissionais para melhoria dos resultados da assistência à saúde. O aperfeiçoamento de médicos do PMM, que utiliza o serviço como recurso pedagógico para a formação, representa uma oportunidade para aplicação dos pressupostos da EIP, subsidiando o desenvolvimento de competências para as práticas colaborativas.

Palavras-chave: Programa Mais Médicos; Educação Interprofissional; Especialização; Atenção Primária à Saúde.

Introdução

O contexto atual de vida e saúde das pessoas é marcado pela complexidade de suas necessidades, produto de importantes mudanças sociais e históricas, associadas às transformações demográficas e epidemiológicas e aos novos riscos infecciosos, ambientais e comportamentais ^{1,2}.

O caráter dinâmico e complexo da realidade de vida e saúde das pessoas aponta cada vez mais para a necessidade de reorientação do modelo de produção dos serviços de saúde e, conseqüentemente da formação dos profissionais de saúde. O modelo atual evidenciado pela forte divisão do trabalho, centrado no saber

técnico do profissional de saúde e uma formação excessivamente focada nas competências específicas reverbera no desenvolvimento de um perfil profissional incompatível para o enfrentamento desse contexto, com prejuízos para a qualidade e para o atendimento dessas complexas necessidades de saúde².

Esse debate não é estranho ao movimento histórico de construção e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), que assume o conceito ampliado de saúde e entende a integralidade da atenção como prerrogativa fundamental para a construção de um sistema de saúde forte e capaz de dar as respostas mais adequadas aos problemas e necessidades de saúde. A integralidade, enquanto princípio fundamental do SUS, (re)situa essas necessidades de saúde na centralidade do processo de produção dos serviços de saúde³.

Apesar desse princípio e da concepção ampliada de saúde, convive-se tanto com um modelo de formação como de trabalho em saúde centrado nos procedimentos de diagnóstico e de terapêutica, constituindo um hiato entre a intenção e a ação. Esse conflito, entre outros do SUS, impõe cada vez mais a necessidade de repensar, de forma conjunta e articulada, reformas no ensino e no trabalho em saúde⁴.

Essa problemática justifica várias recomendações globais que apontam para a urgência de melhorar, no processo de educação das profissões da área da saúde e de trabalho em saúde, as competências para o efetivo trabalho em equipe, através da colaboração, tendo a melhoria da qualidade da atenção como horizonte dessas mudanças. É com esse propósito que organismos internacionais vêm encorajando os países a pensarem iniciativas para consolidação da Educação Interprofissional (EIP) e, por conseguinte, das práticas colaborativas como base estruturante de um modelo efetivo de prestação de cuidados de saúde⁵⁻⁶.

A EIP é definida como a ocasião em que atores de diferentes profissões da saúde aprendem em conjunto, de forma interativa como o propósito explícito de fortalecer as práticas colaborativas e melhorar a qualidade dos serviços ofertados⁷. A prática colaborativa, por sua vez, é definida como a integração das práticas profissionais com foco na oferta de atenção integral à saúde, reconhecendo a centralidade dos usuários, famílias e comunidades na ordenação da dinâmica do trabalho e no nível de interação entre as práticas profissionais⁸.

Apesar dessas recomendações, o trabalho em equipe e a formação para a atenção integral enfrentam outros desafios, merecendo destaque a distribuição e

formação desigual de profissionais de saúde, sendo inclusive um problema compartilhado por diferentes contextos ao redor do mundo ².

No Brasil não é diferente, principalmente quando se refere à formação e distribuição de médicos. Há uma clara concentração de instituições formadoras em grandes centros urbanos, reverberando também na forte inserção do profissional médico também nesses espaços. Como consequência depara-se com carência ou completa ausência de profissionais médicos em áreas remotas do país e em regiões carentes das grandes cidades ^{9, 10}.

Na busca de fazer o enfrentamento desse problema histórico, foi criado em 2013¹¹ o Programa Mais Médicos (PMM) que é resultado dos esforços decorrentes da atuação de forças sociais e também da maior aproximação entre os interesses do Estado e sociedade, tornando-se pauta prioritária na agenda governamental. Como base ideológica para a formulação do PMM enquanto componente de uma política pública de saúde, a reemergente tentativa de solucionar a insuficiência de médicos no âmbito do SUS se constitui artifício precípua para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), uma vez que essa se operacionaliza por meio de equipes multiprofissionais, nas quais o profissional médico se faz imprescindível ¹²⁻¹⁴.

Além de prover médicos para atuação em áreas onde há carência desses profissionais, o PMM também objetiva estimular a integração ensino-serviço e a educação permanente como fundamentos para a mudança na lógica de trabalho e de formação em saúde. Nesse sentido, um aspecto diferencial do PMM é a incorporação obrigatória dos médicos em atividades de formação complementar, com propostas metodológicas voltadas para temas que aprimoram a prática da Medicina de Família e Comunidade e que visam qualificar o profissional na perspectiva do modelo e das políticas de saúde brasileiras^{11,15}. A APS aparece como cenário estratégico para a reorientação da formação dos profissionais de saúde por aproximá-los das necessidades de saúde, sócio e historicamente determinadas, configurando suas complexidades. Além desses aspectos permite maior possibilidade de desenvolvimento da autonomia dos sujeitos na definição dos atos em saúde mais coerentes com essas necessidades.

A estrutura pedagógica das ações educacionais do PMM está distribuída em dois ciclos formativos. O primeiro é composto de curso de especialização em Saúde da Família conduzido por uma instituição de ensino superior integrante da Universidade Aberta do SUS (UNASUS), e atividades realizadas pelos supervisores

no território. O segundo ciclo objetiva aprofundar o conhecimento do médico participante em temas relevantes relacionados à APS, sendo realizadas atividades educacionais no nível de aperfeiçoamento e extensão¹⁵.

A atuação do médico do PMM nos territórios visa fortalecer e expandir a capacidade de intervenção e resolução dos problemas, por meio da atuação integrada com os demais profissionais que compõem as equipes de APS. Nesse sentido, as atividades formativas constituem-se oportunidade para o fortalecimento da capacidade de desenvolvimento do trabalho colaborativo em equipe. Isto porque ainda se percebe, no cotidiano do trabalho em saúde, a fragmentação disciplinar do processo de trabalho, que decorre, sobremaneira, de um processo de formação acadêmico uniprofissional que destoa do princípio de integralidade preconizado pelo SUS¹⁶.

Nessa direção, as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Medicina¹⁷, cujo processo de revisão operacionalizado em 2014 foi desencadeado pelo PMM, já explicita que os cursos devem favorecer abordagens formativas com ênfase na interprofissionalidade¹⁸. Assume-se, assim, a EIP como a estratégia mais adequada para a superação de um modelo de formação e de saúde fragmentado, porque ela se configura como uma modalidade formativa que promove o trabalho em equipe integrado e colaborativo entre profissionais de diferentes áreas, tendo por foco as necessidades de saúde da população usuária¹⁹.

Ao considerar que o PMM apresenta elementos inovadores que agregam ações de cunho formativo ao cotidiano do trabalho em equipe na APS, questiona-se: que aspectos das ofertas formativas do PMM se apresentam como fortalezas para a adoção dos pressupostos da EIP e que revelam potencialidades para a promoção de mudanças na lógica do trabalho em saúde na perspectiva de uma atenção mais integral e resolutiva?

Posto isso, este artigo tem como objetivo analisar os projetos políticos pedagógicos (PPP) dos cursos de especialização em Saúde da Família ofertados no âmbito do Programa Mais Médicos (PMM), como possibilidade para adoção dos pressupostos teóricos e metodológicos da Educação Interprofissional (EIP).

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa documental, de caráter exploratório e de abordagem qualitativa, realizada no ano de 2017.

Constituíram-se objetos de análise nove Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de especialização em Saúde da Família ofertados no âmbito do PMM, cujas instituições proponentes são a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – UFCSPA; a Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG; a Universidade Federal do Maranhão – UFMA; a Universidade Federal do Ceará – UFC; a Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ; a Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – UFMS; a Universidade Federal de Pernambuco – UFPE; a Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC; e a Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

Os PPP foram disponibilizados pela Secretaria Executiva do Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), após solicitação realizada pelos pesquisadores ao Ministério da Saúde, em maio de 2017. Por se tratar de cursos ofertados em domínios públicos a pesquisa dispensou a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos.

A exploração documental foi orientada pelas fases propostas por Bardin²⁰. Inicialmente foi empreendida leitura de todos os documentos para familiarização do conteúdo e para composição do *corpus* analítico. Na sequência, os extratos textuais relevantes foram destacados e agrupados tendo por referência as variáveis temáticas dispostas na matriz analítica. Finalmente, os dados foram resumidos para uma interpretação crítica à luz dos pressupostos teóricos e metodológicos da EIP.

A análise dos documentos na busca de explorá-los à luz dos referenciais teórico-conceituais e metodológicos da EIP permitiu a elaboração de categorias temáticas *a posteriori*, apresentadas na matriz analítica (Tabela 1). A análise dos documentos permitiu identificar os elementos que conformam os contextos educacionais e revelam seu potencial para a promoção de mudanças na lógica da educação e do trabalho em saúde.

Quadro 1. Matriz orientadora da análise dos projetos pedagógicos na perspectiva da Educação Interprofissional. Brasil, 2017

Categorias	Subcategorias	Unidades de sentido
Abordagens metodológicas reflexivas	1 - Uso de metodologias reflexivas 2 - Foco no ensino pelo trabalho na atenção 3 - Integração ensino serviço comunidade	<ul style="list-style-type: none"> • Aprendizagem misturada • Ensino à distância • Aprendizagem baseada em problemas • Situações – problemas • Problematização; • Formação por competências; • Educação no trabalho; • Troca de conhecimentos;
Desenvolvimento de competências específicas, comuns e colaborativas	1 - Formação dos núcleos profissionais 2 – Temas comuns ao trabalhador de saúde 3 – Formação para o trabalho em equipe	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitos as especificidades das profissões; • Atuação na equipe de saúde da família; • Alinhamento aos problemas complexos de saúde; • Interdisciplinaridade; • Atenção integral; • Políticas públicas; • Responsabilidade compartilhada; • Ações multiprofissionais; • Trabalho colaborativo;
Avaliação para fortalecimento do processo ensino-aprendizagem	1 – Avaliação processual	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação diagnóstica; • Avaliação formativa; • Avaliação somativa.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir das fases para Análise Temática Categorical de Bardin.

Resultados

A leitura em profundidade dos nove PPP, buscando informações relativas às variáveis analíticas propostas pelos objetivos da pesquisa, à luz dos marcos teórico-conceituais e metodológicos da EIP permitiu a construção das categorias a seguir.

Abordagens metodológicas reflexivas

Os PPP dos cursos não fornecem informações suficientes que possibilitem identificar a teoria educacional adotada, embora apresente elementos da educação baseada na prática reflexiva e na aprendizagem de adultos. E essa constatação aparece na apresentação das metodologias que valorizam a reflexão e as experiências de vida dos profissionais em seus espaços de trabalho.

Foi explorando esses aspectos que foi possível identificar elementos potentes para a EIP, embora esse pressuposto não tenha aparecido de forma explícita. A

estrutura curricular e o uso de métodos de ensino-aprendizagem adotados podem potencializar um processo de formação baseado em valores interprofissionais, mediante a adoção de mecanismos que favoreçam o aprendizado colaborativo e integrado, a partir do desenvolvimento de temas transversais, estimulando as trocas de conhecimentos e a aprendizagem compartilhada.

Métodos como aprendizado misturado (*e-learning* integrado a outro método tradicional de aprendizagem), Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), problematização e resolução de casos complexos aparecem de forma evidente em sete PPP. Tais métodos podem ser coerentes com os princípios da EIP, se desenvolvidos na lógica da aprendizagem reflexiva e coletiva e com base na prática baseada em evidências, o que não se demonstra claro na maioria dos documentos.

A concepção pedagógica que orienta o curso está pautada em uma pedagogia crítica e problematizadora. O desenho didático-pedagógico do curso foi elaborado com o objetivo de provocar nos alunos desafios capazes de fazê-los participar de forma ativa durante todo o curso e, sobretudo, articulando teoria e prática. O centro do processo de ensino é o aluno. Ele será estimulado à leitura, à análise crítica e à realização de atividades relacionadas a situações-problema, apresentadas através dos casos complexos. (PPP – Curso 1)

Considerando que os cursos, no âmbito do PMM, são ofertados apenas aos profissionais médicos, eles não têm necessariamente caráter multiprofissional, o que, por princípio, pode desestimular a EIP. Por outra via, a aprendizagem compartilhada e o estímulo à reflexão e a valorização do ensino pelo trabalho se apresentam como importante dispositivo de interação e aprendizagem compartilhada e colaborativa através da participação de outras profissões.

Com relação à fundamentação teórica, três cursos desenvolvem os princípios da Educação pelo Trabalho e da aprendizagem significativa, adotando a problematização como método pedagógico a partir da integração entre as atividades formativas e os cenários dos serviços de saúde, aspectos que demonstram clara aproximação com os conceitos da EIP.

Para o desenvolvimento do curso, optou-se por utilizar a pedagogia problematizadora e a educação no trabalho, por entender que, em várias situações do cotidiano do trabalho em saúde, a preocupação está dirigida fundamentalmente aos parâmetros técnicos e, por isso, corre-se o risco de atuação de modo mecânico, sem pensar na situação de forma contextualizada e no indivíduo com suas características próprias. (PPP – Curso 8)

O PPP do Curso 9, embora não explicita a teoria educacional adotada, tem seu modelo pedagógico regido pelos paradigmas da prática educacional interativa e a aprendizagem por meio de casos complexos, características que se aproximam da Psicologia Social e da Teoria da Complexidade.

O curso está organizado em uma nova versão que contempla uma maior interlocução entre o referencial teórico e os casos complexos, organizados em módulos de aprendizagem, contemplando aspectos relativos à abordagem familiar, construção de projetos terapêuticos e importância do trabalho em equipe, por entender que tais ferramentas são necessárias para a discussão dos demais casos complexos até o final do curso. (PPP – Curso 9).

Desenvolvimento de competências específicas, comuns e colaborativas

Mesmo que os Projetos Pedagógicos não mencionem claramente os princípios da EIP como marco teórico e metodológico orientador, foi possível identificar elementos para o desenvolvimento de competências específicas, comuns e colaborativas. Essas últimas claramente demarcadas pela necessidade de melhorar as capacidades para o trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família - ESF.

Foi possível identificar em três projetos avanços na direção da formação baseada em competências, expressos pela existência de disciplinas integradas em eixos ou núcleos. Os conteúdos transversais, previstos em dois PPP se relacionam à metodologia de pesquisa voltada para a elaboração do trabalho de conclusão de curso.

Apesar de a organização curricular mostrar-se potencialmente favorável à integração dos conhecimentos e práticas - elementos da interdisciplinaridade e interprofissionalidade - as informações disponíveis nos PPP dos nove cursos não possibilitam maior entendimento sobre a articulação entre as disciplinas e módulos. Nesse sentido, seis PPP, embora não citem a EIP, apresentam elementos relacionados a ela. Um desses deixa evidente que o curso objetiva desenvolver competências para a responsabilidade da atuação profissional compartilhada, assumindo a troca de experiências entre os diversos atores imbricados no processo formativo como oportunidade para a reflexão da prática.

Desenvolver o curso de acordo com os princípios da educação no trabalho, estimulando a troca de experiências entre os estudantes, professores, tutores e os profissionais que estão no serviço, possibilitando a reflexão da prática e a criação de espaços para aproximação (...). (PPP curso 7)

Os outros cinco apresentam propostas que se aproximam das bases teóricas e metodológicas da EIP, enfatizando que os cursos preveem a formação voltada para o aprimoramento da capacidade dos participantes do curso para o trabalho em equipe, por meio da integração ensino-serviço, com vistas a tornar o sistema de saúde mais eficiente.

Cabe ressaltar que em dois PPP se verifica que os cursos foram elaborados contemplando a participação de mais de uma categoria profissional (médicos, enfermeiros e odontólogos) dada à oferta do curso também aos profissionais do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB). Esse aspecto evidencia potência para as práticas formativas multi e interprofissionais, embora não se possa afirmar, com base no exposto nos programas, que essas categorias aprendem juntas. Também houve referência ao desenvolvimento das competências específicas de cada profissional participante do curso.

Embora a EIP não tenha sido mencionada em nenhum dos PPP, aborda-se claramente as expressões multi e a interdisciplinaridade, as singularidades do trabalho em saúde e os aspectos relacionados ao diálogo e ao desenvolvimento de habilidades que necessitam da integração de diversos profissionais de saúde. Nesse sentido, verifica-se que em grande medida o contexto de debate da reforma sanitária brasileira, permite reconhecer a necessidade de estabelecer o diálogo com essa modalidade de formação, que poderá provocar resultados positivos na prática profissional dos médicos e na melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Avaliação para fortalecimento do processo ensino-aprendizagem

Sobre os mecanismos de avaliação, os cursos adotam modelos muito semelhantes, que incluem elementos das avaliações do tipo diagnóstica, formativa e somativa.

Esses modelos avaliativos se apresentam como possibilidades importantes para a adoção dos pressupostos da EIP, que admite a avaliação sistemática e contínua do grau de alcance dos resultados do processo formativo, a partir do

aprendizado compartilhado e da aquisição de habilidades colaborativas que contemplam capacidades para atuação profissional em conjunto. Assim, é possível identificar que todos os projetos demonstram tendências para mecanismos de avaliação coerentes com os métodos de ensino-aprendizagem previstos, ou seja, processos avaliativos condizentes com a realidade do ensino e com a prática profissional do participante.

A avaliação do curso será processual, somativa e contínua ao longo do desenvolvimento do curso. Será realizada pelo tutor mediante o monitoramento dos processos de construção do conhecimento e da aquisição das competências esperadas, em consonância com o referencial pedagógico do curso. (PPP – curso 1)

A avaliação do curso deve ocorrer de modo processual, durante todo o curso, podendo ser: diagnóstica: quando auxilia na identificação de pontos fortes e fracos (...); formativa: quando é realizada de modo processual, durante todo o período da capacitação e somativa: quando essa é a “mensuração” final do aproveitamento do cursista, com atribuição de nota. (PPP – curso 2)

Os PPP carecem de informações sobre a avaliação do programa e, por consequência, dos métodos pedagógicos, tampouco expressam aspectos relacionados à publicização dos resultados desse tipo de avaliação. Não obstante, tendo em vista à vinculação dos cursos de especialização ao PMM, por meio de pactuação com o Ministério da Saúde, relatórios situacionais de execução dos cursos são emitidos periodicamente. Esses podem incorporar aspectos de avaliação da proposta pedagógica que não se resumam à descrição quantitativa de dados, de modo a divulgar experiências formativas que sirvam de exemplo para novas proposituras.

Em síntese, a maioria dos projetos pedagógicos manteve orientações voltadas para cursos ofertados nas edições do PROVAB ou outras iniciativas para a qualificação da Atenção Básica, e não exclusivamente para o PMM.

Discussão

A EIP constitui-se tema relativamente recente de discussão no cenário nacional, embora a literatura apresente os primeiros movimentos dessa discussão na década de 60 do século passado²¹. Apesar disso, o Brasil apresenta um acúmulo histórico no campo da reforma sanitária, que assume o trabalho em saúde como

coletivo, marcado por forte caráter relacional, orientado pelo agir comunicativo²² e pela valorização da interdisciplinaridade como fundamentos para o fortalecimento do princípio da integralidade da atenção²³, aspectos que dialogam fortemente com pressupostos da EIP.

Com a crise mundial na força de trabalho em saúde, caracterizada especialmente pela dificuldade de fixação de profissionais de saúde em locais menos desenvolvidos, notadamente o médico, os princípios da EIP e da prática colaborativa ganharam força e foram assumidos como estratégia precípua para a otimização dos resultados assistenciais^{7,14}. Ainda, a EIP se configura como um potente meio de formação em saúde para superar as iniquidades entre as diferentes profissões que compõem o campo da saúde, e como uma aposta para superar o ainda vigente modelo biomédico de atenção à saúde, cujo agente principal é o profissional médico. A esperança da EIP reside em superar a lógica de separação dos campos de práticas, que conformam as tribos profissionais, e centralizar o usuário na orientação dos atos em saúde^{1,24}.

O aperfeiçoamento de médicos no âmbito do PMM, que utiliza os serviços da AB como recurso pedagógico para a formação, representa uma oportunidade para aplicação das bases metodológicas da EIP, subsidiando o desenvolvimento de competências voltadas para as práticas colaborativas no cotidiano do trabalho em saúde. Isto porque os fundamentos dessa abordagem educacional coadunam-se com os princípios orientadores do SUS, apresentando, ainda, relação de mútua influência entre a atenção e a educação na saúde²⁵.

Adotar diversificados métodos pedagógicos como estratégias de desenvolvimento de competências profissionais é um avanço na medida em que se demonstra a intencionalidade de superar o modelo tradicional de formação em saúde, que apresenta limitações na formação de um perfil profissional alinhado às demandas sociais. As metodologias ativas, nomeadamente a ABP e a discussão de casos clínicos complexos, as quais têm sido apontadas como estratégias para o desenvolvimento de pensamento crítico, é um movimento importante de reconhecimento do caráter complexo e dinâmico das necessidades de saúde, justificando cada vez mais a relevância de práticas interprofissionais para a resolução de problemas por meio do trabalho colaborativo^{26,27}.

O uso de metodologias ativas mostra-se cada vez mais consolidado no âmbito dos cursos de pós-graduação em saúde, como verificado em outros estudos^{28,29}.

Essas metodologias são fortemente indicadas para processos formativos baseados na EIP³⁰, uma vez que estimulam a interação ativa do aprendiz com o conteúdo, o seu protagonismo e a sua autonomia no processo de construção do conhecimento³¹.

Em se tratando de cursos de especialização semipresenciais, com maior carga horária prevista online, o uso de métodos ativos para a abordagem da EIP tem o potencial de melhorar a aprendizagem dos médicos do PMM, especialmente no que se refere ao entendimento dos papéis de outros profissionais de saúde, e superar questões geográficas e logísticas inerentes à prestação de educação interprofissional^{32,33}.

É preciso, no entanto, que as metodologias estejam assentadas numa base teórica robusta, cujos constructos pedagógicos estimulem a aprendizagem significativa. Sobre isso, o corpus da pesquisa não traz evidências de que a elaboração dos cursos tenha sido orientada por teorias educacionais, intencionalmente escolhidas, apesar de ser possível identificar elementos de forte valorização da prática reflexiva na medida em que defende a Educação pelo Trabalho, na Psicologia Social e na Teoria da Complexidade, as quais são propostas pela literatura como orientadoras para o desenvolvimento e implementação da EIP^{34,35}.

A Educação pelo Trabalho assume que a inter-relação saúde e educação a partir do trabalho resulta em aprendizados significativos e em desenvolvimento de novos conhecimentos, estreitando as distâncias existentes entre o processo formativo e o processo de trabalho, e fragiliza, por consequência, a lógica da educação bancária³⁵. Nesse sentido, a formação de profissionais de saúde baseada na educação pelo trabalho configura-se como teoria educacional capaz de impulsionar a integração ensino-serviço e transformar as práticas pedagógicas e laborais em saúde³⁶, fortemente relacionada com a perspectiva da prática reflexiva.

A Teoria da Prática Reflexiva reforça as relações entre a construção do conhecimento e a experiência e entre a teoria e a prática, num entendimento de que a reflexão se dá na ação, enquanto ela está sendo executada, e, posteriormente, sobre a ação, num processo avaliativo da prática³⁷.

A Psicologia Social e a Teoria da Complexidade explicam a influência do dinamismo e a interação dos fatores cognitivos e ambientais sobre a aprendizagem, isto é, exploram a interação entre indivíduos e seus contextos e experiências de vida³⁴. Para elas, o conhecimento é criado socialmente através de interações com

outros profissionais e o ambiente de trabalho, e envolve habilidades e atitudes colaborativas. Nesse sentido, interprofissionalmente, os alunos devem se envolver ativamente com os papéis de outros profissionais por meio da aprendizagem colaborativa, de modo a traçar e alcançar metas compartilhadas³⁸.

Importante mencionar também a presença de elementos de outras teorias que fundamentam a elaboração de estratégias pedagógicas passíveis de contemplar abordagens que favoreçam o aprendizado interprofissional e o desenvolvimento de competências colaborativas, tal como a Andragogia³⁹. A Andragogia é a ciência que estuda as melhores práticas para orientar adultos a construir conhecimentos, a partir da valorização das experiências de necessidades pessoais dos aprendizes que os motivem a aprender⁴⁰.

É preciso ter em mente que a EIP exprime a adoção de novos conteúdos, o reconhecimento de novos saberes e o uso de novas abordagens de ensino-aprendizagem. Assim, teorias relacionadas ao profissionalismo, ao desenvolvimento de competências profissionais, à aprendizagem crítica-reflexiva e transformadora parecem centrais para a EIP e orientam intervenções educacionais específicas que podem favorecer seus pressupostos³⁴.

Quanto aos processos avaliativos, todos os cursos preveem a conjugação de diferentes métodos que permitem a verificação contínua do desenvolvimento de competências e atitudes profissionais para a prática em saúde na APS, mas não assumem, em seus PPP, modelos de avaliação institucional e de publicização de suas experiências. Sempre mencionam a utilização da avaliação diagnóstica, somativa e formativa.

A diagnóstica tem a finalidade de identificar, no início da formação, as potencialidades e fragilidades do cursista, de modo a orientar a sua experiência formativa para alcance dos melhores resultados. A formativa é realizada de modo processual, durante todo o curso, por meio de estratégias de avaliação do aprendizado a partir do desenvolvimento de competências; e a somativa é representada pela atribuição de notas⁴¹.

Por sua vez, o reconhecimento da avaliação como processual se mostra relevante na perspectiva da EIP, uma vez que permite explorar as potências e fragilidades dos participantes do curso no processo de desenvolvimento de competências, de modo que há possibilidade de se alterar ou ampliar as estratégias de ensino, a depender das necessidades educacionais de cada indivíduo ou grupo. De maneira similar, a avaliação institucional deve ser incorporada como incentivo à

troca de experiências e flexibilidade pedagógicas, em prol do aprimoramento dos resultados mediante replanejamento dos contextos educacionais²⁹.

Em se tratando de uma importante estratégia de provimento atrelada ao treinamento profissional e, pela escala, inédita nas Américas, os processos analíticos e avaliativos das vertentes que constituem o PMM são imprescindíveis para o sucesso do programa e, por conseguinte, para a melhoria do acesso e da qualidade da APS. Mas, para se obter médicos com a qualificação necessária ao atendimento das necessidades da população, é fundamental o alcance dos objetivos dos ciclos de formação previstos pelo eixo de provimento⁴².

Considerações finais

A análise dos PPP dos cursos de especialização em Saúde da Família ofertados no âmbito do PMM revelou um panorama homogêneo no que diz respeito a organização curricular, métodos de ensino-aprendizagem e sistemas de avaliação utilizados. Apesar da ausência de elementos que identifiquem a intencionalidade na defesa dos princípios da interprofissionalidade como base referencial, os PPP, em maior ou menor grau, apresentam possibilidades de fortalecimento dos princípios EIP, especialmente no que se refere ao reconhecimento do caráter complexo e dinâmico das necessidades de saúde, que demanda, por sua vez, maior interação entre diferentes práticas profissionais.

A pesquisa traz duas importantes considerações, intrinsecamente relacionadas: a necessidade de pensar sobre propostas pedagógicas mais sistematizadas, como maior clareza dos fundamentos teórico-conceituais e metodológicos, e que apesar disso, os cursos se mostram potentes para a adoção dos princípios da EIP. Nessa conjuntura, ressalta-se que o PPP enquanto instrumento institucional, que expressa os valores, os objetivos e os métodos pedagógicos, precisa ser consistente e revelar de maneira elucidativa os elementos condutores do processo formativo.

Ademais, não se pode afirmar que o previsto documentalmente é de fato operacionalizado. Assim, recomendam-se pesquisas de diferentes cunhos metodológicos, que englobem outros documentos institucionais e dê voz aos diferentes atores imbricados nos processos formativos do PMM.

Considerando que o PMM se trata de uma nova estratégia, parte de uma

política de saúde e educação muito recente no Brasil, ainda não foi possível mensurar os efeitos produzidos no trabalho em saúde, especialmente no que se refere ao componente da formação. Nesse sentido, o programa carece de análises mais aprofundadas acerca de seus aspectos formativos, que podem se mostrar complexos, estruturantes e duradouros.

Há que se reconhecer, no entanto, que o Brasil apresenta acúmulo histórico de conhecimento, que pode auxiliar futuras análises sobre a natureza complexa e relacional do trabalho em saúde, em direção à integralidade da atenção e do cuidado, e sobre a incorporação de elementos pedagógicos adequados à realidade do SUS. Esse panorama se configura como potência viabilizadora para o desenvolvimento de programas de educação interprofissional.

É fato que, a partir do PMM, o Ministério da Saúde aperfeiçoou as ações formativas em saúde, reafirmando a educação permanente em saúde e a integração ensino-serviço como pilares estruturantes do SUS, cujos pressupostos voltam-se para o desenvolvimento de habilidades para o trabalho colaborativo em equipe.

E, embora a abordagem da interprofissionalidade possa ser obstada pela ausência de outras categorias profissionais no âmbito do curso de especialização, métodos pedagógicos bem empregados podem ser favoráveis ao desenvolvimento dos elementos teórico-metodológicos da EIP.

Com efeito, defendem-se formas paralelas e inéditas de produção do conhecimento profissional e de desenvolvimento de contextos educacionais fundamentados na EIP, que sejam construídos e constituídos por diferentes categorias profissionais.

Referências

1. Crisp N, Chen L. Global Supply of Health Professionals. *New England Journal of Medicine*. 2014;370(10):950-7.
2. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-58.
3. Cecílio LCdO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R; Araújo, R (orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2006. 117-30.
4. Feuerwerker LCM; Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc. Saúde coletiva* [on line]. 2007, 12(4): 965-71.

5. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010.
6. World Health Organization. WHO education guidelines: Transforming and scaling up health professionals' education and training. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013.
7. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;3:CD002213.
8. Thistlethwaite J, Jackson A, Moran M. Interprofessional collaborative practice: A deconstruction. *Journal of Interprofessional Care*. 2013;27(1):50-6.
9. Reis AACd, Sóter APM, Furtado LAC, Pereira SSdS. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22:1045-54.
10. Ribeiro JM, Moreira MR, Ouverney AM, Silva CMFPd. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017;22:1031-44.
11. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 23 out. 2013.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
13. Ribeiro RC. Programa Mais Médicos – um equívoco conceitual. *Ciênc saúde coletiva [Internet]*. 2015 [acesso em 4 nov. 2017]; 20(2): 421-4.
14. Silva RP, Barcelos AC, Hirano BQL, Izzo RS, Calafate JMS, Soares TO. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa mais médicos. *Interface (Botucatu) [Internet]* 2015 [acesso em 3 nov. 2017]; 19(supl.1): 1005-14.
15. Ministério da Educação (BR). Portaria nº 585, de 15 de junho de 2015. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 16 jun. 2015.
16. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2013 [cited 2017 Aug 25]; 47(4): 977-83.
17. Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 23 jun. 2014.
18. Freire Filho JR, Costa MV, Forster AC, Reeves S. New national curricula guidelines that support the use of interprofessional education in the Brazilian context: an analysis of key documents. *J Interprof Care [Internet]* 2017 [cited 2017 out. 16]; 31(6): 754-60.
19. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010.
20. Bardin L. Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.

-
21. Reeves S. Developing and Delivering Practice-based Interprofessional Education. Berlin-Germany: Verlag Müller; 2008. 224p.
22. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*. 2001;35:103-9.
23. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Barros MEB, Mattos RA, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007. p. 161-177.
24. Costa MV, Patrício KP, Câmara AMCS, Azevedo GD, Batista SHSS. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2015 [acesso em 16 out. 2017]; 19(Supl 1): 709-20.
25. Peduzzi M. The SUS is interprofessional. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2016; 20(56): 199-201.
26. L'Ecuyer KM, Pole D, Leander SA. The use of PBL in an Interprofessional Education Course for Health Care Professional Students. *Interd J Problem-Based Learn* [Internet]. 2015; 9(1):8-18.
27. Thompson C. Do interprofessional education and problem-based learning work together? *Clin Teach*. [Internet]. 2010; 7(3):197-201.
28. Marin MJS, Gomes R, Marvulo MML, Primo EM, Barbosa PMK, Druzian S. Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2010; 14(33): 331-44.
29. Miranda Neto MV, Leonello VM, Oliveira MAC. Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2015; 68(4): 586-93.
30. Barr H, Helme M, D'Avray L. Review of interprofessional Education in the United Kingdom 1997-2013. *J. Interprof Care*. 2015; 29(1): 85.
31. Rocha NB, Silva MC, Silva IRG, Lolli LF, Fujimaki M, Alves RN. Percepções de aprendizagem sobre disciplina interprofissional em Odontologia. *Rev ABENO*. 2017; 17(3):41-54.
32. McKenna L, Boyle M, Palermo C, Molloy E, Williams B, Brown T. Promoting interprofessional understandings through online learning: a qualitative examination. *Nurs Health Sci.* [Internet]. 2014; 16(3): 321-6.
33. Reis PJ, Faser K, Davis M. A Framework for Web-Based Interprofessional Education for Midwifery and Medical Students. *J Midwifery Womens Health*. 2015; 60(6): 713-7.
33. Sargeant J. Theories to aid understanding and implementation of interprofessional education. *J Contin Educ Health Prof*. 2009; 29(3): 178-84.
34. Moraes FRR, Jales GML, Silva MJC, Fernandes SF. A importância do PET-Saúde para a formação acadêmica do enfermeiro. *Trab Educ Saúde*. [Internet]. 2012;10(3): 541-51.
35. Silva ALF, Ribeiro MA, Paiva GM, Freitas CASL, Albuquerque IMN. Saúde e educação pelo trabalho: reflexões acerca do PET-Saúde como proposta de formação para o Sistema Único de Saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2015

[acesso em 04 nov. 2017]; 19(Suppl 1): 975-84.

36. Schön, DA. Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

37. Thistlethwaite J. Interprofessional education: a review of context, learning and the research agenda. *Med Educ*. 2012; 46(1): 58-70.

38. Freeth D, Hammick M, Reeves S, Koppel I, Barr H. Effective interprofessional education: development, delivery and evaluation. Oxford (UK): Black-well; 2005.

39. Draganov PB, Friedländer MR, Sanna MC. Andragogia na saúde: estudo bibliométrico. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2011 [acesso em 05 nov. 2017]; 15(1): 149-56.

40. Melo CMM, Carapiá N. Avaliação: metodologias no campo da saúde e da formação. Salvador: EDUFBA; 2012.

41. Organização Pan-Americana da Saúde. Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba. Experiências inovadoras e lições aprendidas. Brasília, DF: OPAS; 2015.

Artigo 3

Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos

José Rodrigues Freire Filho, Marcelo Viana da Costa, Carinne Magnago, Aldaísa Cassanho Forster

Resumo

Objetivos: comparar atitudes em relação à colaboração interprofissional de profissionais de saúde componentes de equipes da Estratégia Saúde da Família, participantes do Programa Mais Médicos, bem como identificar fatores associados a atitudes de colaboração interprofissional. **Método:** estudo descritivo, transversal e comparativo, desenvolvido com 63 profissionais de saúde que responderam à Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional. Os dados foram analisados estatisticamente. **Resultados:** o somatório dos itens da escala variou de 88 a 139 pontos. A análise do conjunto das equipes de Saúde da Família indicou diferenças estatísticas significantes entre os escores da escala e a categoria profissional e entre os escores e a escolaridade, sugerindo que os enfermeiros e os profissionais com nível superior são mais inclinados para a prática colaborativa. A análise segundo o perfil do médico – brasileiro, intercambista ou cubano – não determinou diferenças estatísticas nos escores dos médicos, tampouco nos escores dos componentes das equipes de diferentes perfis. **Conclusão:** o perfil não sugeriu maior ou menor inclinação, com significância estatística, dos médicos ou das equipes para o trabalho interprofissional. Este estudo pode constituir subsídio para novas investigações que contribuam para análise sobre a colaboração interprofissional e o impacto do Programa Mais Médicos.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Relações Interprofissionais; Equipe de Assistência ao Paciente; Estratégia Saúde da Família; Médicos; Comportamento Cooperativo

Introdução

A colaboração interprofissional, entendida como aquela em que profissionais atuam de forma integrada, compartilhando objetivos e colocando os usuários na centralidade do processo, vem sendo amplamente discutida. Ela tem sido apontada como premissa para reorientar o modelo de formação e de atenção à saúde e, também, elevar a capacidade de resposta às demandas de saúde da população, fortalecendo, assim, os sistemas de saúde⁽¹⁻³⁾.

Diante das necessidades de saúde cada vez mais dinâmicas e complexas,

marcadas pelo incremento de novos riscos infecciosos, ambientais e comportamentais, fica mais evidente a importância da interprofissionalidade, a qual pressupõe a conciliação de saberes e práticas e o gerenciamento de visões distintas – até mesmo opostas – num processo permanente de compartilhamento entre diferentes profissionais⁽⁴⁾.

No Brasil, essa abordagem assume singular importância a partir da premissa de que “o Sistema Único de Saúde (SUS) é interprofissional”⁽⁵⁾, uma vez que o SUS é orientado pelos princípios da integralidade, equidade e universalidade, contempla fortes bases estruturantes para a educação e a colaboração interprofissional. Esses princípios ganharam mais força com o advento da Atenção Primária à Saúde (APS) que, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto modelo de reorientação do SUS, incorpora diversas profissões em equipes para atuação compartilhada.

No entanto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), desde a sua criação, enfrenta dificuldades de expansão relacionadas à escassez e à distribuição desigual do médico, especialmente em territórios de grande vulnerabilidade social, já que esse profissional é essencial para composição das equipes. Tal cenário compromete, de forma importante, a resolubilidade desse nível de atenção, porta de entrada preferencial do SUS⁽⁶⁾.

Para o enfrentamento dessa situação, historicamente, o governo brasileiro implementou diversas políticas de extensão de cobertura e interiorização da medicina. Mais recentemente, em 2013, foi implantado o Programa Mais Médicos (PMM), que compreende um conjunto de ações, visando abrandar a insuficiência de médicos na APS, entre elas o provimento emergencial desse profissional na ESF⁽⁷⁾. Com esse objetivo, foram incluídos mais de 18 mil médicos brasileiros e intercambistas em equipes multiprofissionais, garantindo assistência a 63 milhões de brasileiros.

Para além da conformação numérica das equipes e expansão da ESF, espera-se que o contexto promovido pelo PMM desencadeie repercussões positivas na dinâmica do processo de trabalho e no atendimento às necessidades da população. Nesse sentido, as práticas de saúde encontram nos princípios de colaboração e interprofissionalidade importantes recursos para a otimização dos resultados assistenciais⁽¹⁾.

Apesar da conformação multiprofissional das equipes da ESF, no cotidiano do

trabalho, ainda são percebidos entraves que obstam a prática colaborativa, entre eles a postura individualista dos profissionais em face do processo de trabalho em equipe⁽⁸⁾, que decorre, sobremaneira, de um processo de formação acadêmico uniprofissional⁽⁹⁾.

Dado o pouco tempo de implantação do PMM, ainda são escassos os estudos sobre o impacto desse programa, e inexistem estudos em que se visa demonstrar diferenças relacionadas aos aspectos do trabalho interprofissional.

Posto isso, neste artigo assume-se como tema central a prática colaborativa no âmbito do PMM, com a pretensão de responder a seguinte questão de pesquisa:

– há diferenças de atitudes em relação à colaboração interprofissional de profissionais componentes de equipes de Estratégia Saúde da Família participantes do Programa Mais Médicos?

Assim, os objetivos delineados para este estudo foram: comparar as atitudes em relação à colaboração interprofissional de profissionais de saúde componentes de equipes da Estratégia Saúde da Família, participantes do Programa Mais Médicos, tendo em vista três diferentes perfis: equipe com médicos brasileiros, equipe com médicos intercambistas individuais e equipe com médicos advindos da cooperação entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Brasil e Cuba; e identificar fatores associados a atitudes de colaboração interprofissional.

Método

Estudo descritivo, transversal, comparativo e quantitativo, desenvolvido em Minas Gerais, Brasil, no território sob atuação de quatro instituições supervisoras do PMM no Estado: Região Central – Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH); Norte – Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes); Vale do Jequitinhonha – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM); e Triângulo Mineiro – Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

Essas instituições, em conjunto, são responsáveis pela supervisão de 448 médicos do eixo do provimento emergencial integrantes de equipes de saúde da família, cujo conjunto de profissionais constituiu a população do estudo.

Para fins de seleção dos médicos, adotou-se, como critério de inclusão, a realização por parte dos mesmos do 1º ciclo formativo do projeto, o Curso de Especialização em Saúde da Família. Os profissionais de saúde, por sua vez, deveriam atuar diretamente com o médico e ser preferencialmente, mas não

exclusivamente, componentes da equipe mínima da ESF, com tempo mínimo de atuação na ESF de um ano.

Os critérios de exclusão delimitados foram: encontrar-se em férias, licença ou afastamento de suas funções durante o período da coleta de dados.

Para determinação da amostra, incluíram-se aleatoriamente, por sorteio, três equipes da ESF por território de atuação (instituição supervisora), sendo uma de cada perfil: equipe com médico de perfil brasileiro, equipe com médico intercambista e equipe com médico cooperado (cubano). A exceção foi aplicada ao território da UFVJM, em que foram incluídas apenas duas equipes, em razão de o médico de perfil intercambista da equipe sorteada ter finalizado o seu contrato e retornado a seu país de origem dias antes da coleta de dados. Dois novos sorteios de equipes foram realizados, mas não houve aceite do convite por parte dos médicos.

A amostra final totalizou 63 sujeitos, dentre os quais 11 médicos e 1 assistente social, o qual compunha uma das equipes da ESF.

Os dados foram coletados entre novembro e dezembro de 2016, por meio da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI), que tem por finalidade mensurar a atitude em relação à colaboração interprofissional de profissionais da saúde. Esse instrumento foi recentemente adaptado transculturalmente e validado no Brasil. A adaptação seguiu as etapas de tradução, retrotradução, avaliação por comitê de especialistas e aplicação de pré-teste. Na sequência, o instrumento foi submetido à validação de constructo e de confiabilidade com 128 profissionais da APS⁽¹⁰⁾.

O instrumento original, *Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration* (EJARCI), foi desenvolvido em 2014⁽¹¹⁾, tendo sido testado e validado com 1.976 estudantes americanos e australianos de diferentes profissões da saúde.

A EJARCI é estruturada em 20 itens, os quais devem ser respondidos utilizando variáveis de concordância/discordância mediante escala do tipo Likert com 7 níveis, sendo o menor nível *discordo completamente* (1), e o maior nível *concordo completamente* (7). A atitude em relação à colaboração é refletida no escore total na escala, que pode variar de 20 a 140, com pontuações mais altas indicando atitudes mais positivas.

Aplicou-se, também, um questionário para determinação do perfil do respondente, com variáveis relacionadas ao histórico de formação e trabalho.

Os dados foram analisados estatisticamente por meio do *Statistical Package*

for the Social Sciences (SPSS), versão 21. Assumiu-se, para os testes de hipóteses, significância de 5%.

Dos 20 itens da escala, 8 são cotados de forma inversa e, por isso, para a análise, tais itens foram recodificados, isto é, realizou-se a inversão dos pontos de forma equivalente, conforme recomendação dos autores⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A consistência interna do instrumento foi testada a partir do teste Alfa de Cronbach, considerando como bom nível de consistência um valor superior a 0.7.

As comparações das pontuações totais da EJARCI foram feitas com base nas pontuações brutas: média, mediana e Desvio-Padrão (dp). Para identificar o grau de associação entre as respostas da EJARCI e o tempo de formação, de atuação profissional, de atuação no SUS e na ESF realizou-se o teste de correlação de Spearman.

Para compreender as diferenças na distribuição de resposta da escala entre profissionais com diferentes graus de instrução foi adotado o teste U de Mann-Whitney, e, para testar a diferença entre as respostas, de acordo com a categoria profissional e tipo de equipe, foi adotado o teste de Kruskal-Wallis. Nessa análise, quando da ocorrência de rejeição da hipótese nula, aplicou-se o teste de múltiplas comparações de Dunn com correção de Bonferroni, a fim de identificar quais pares apresentaram distribuição estatisticamente significativa.

Em obediência às diretrizes da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de São Paulo, sob CAAE 47794815.6.0000.5414, tendo sido aprovado sob Parecer nº 1.265.019, de 6 de outubro de 2015.

Resultados

Participaram do estudo 63 profissionais, dos quais 88,9% mulheres. A média de idade foi de 38,6 anos ($\pm 9,04$) (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (n= 63). Minas Gerais, Brasil, 2016

Variáveis	Média (± DP)	IC 95% da média
Idade (anos)	38,6 (±9)	[36,3 – 40,8]
Tempo de formação (anos)	9,78 (±7,9)	[6,65 – 12,90]
Anos de profissão	8,23 (±6,6)	[6,56 – 9,89]
Anos no Sistema Único de Saúde	6,3 (±5,3)	[4,96 – 7,63]
Anos na Estratégia Saúde da Família	5,36 (±4,2)	[4,28 – 6,43]
Sexo	n	%
Feminino	56	88,9
Masculino	7	11,1
Território de atuação		
Uberlândia	21	33,3
Belo Horizonte	13	20,6
Montes Carlos	21	33,3
Diamantina/Couto Magalhães	8	12,7
Ensino Superior		
Não	35	55,6
Sim	28	44,4
Especialização		
Sim	19	30,2
Não	9	14,3
Não se aplica	36	55,6
Perfil da equipe		
Brasileiro	18	28,6
Cubano	27	42,9
Intercambista	18	28,6
Profissão		
Agente comunitário de saúde	31	49,2
Assistente social	1	1,6
Enfermeiro	11	17,5
Médico	11	17,5
Tec./auxiliar de enfermagem	9	14,3

Considerando as respostas da escala pelos 63 respondentes, a pontuação final do somatório dos itens variou de 88 a 139 pontos, com mediana de 121 ($\pm 11,97$; IC95%: 119,56-122,09). Observou-se alto nível de consistência interna da escala determinado pelo Alfa de Cronbach igual a 0,71.

O teste de Kruskal-Wallis, conduzido para determinar se houve diferenças nos escores da EJARCI dos médicos de diferentes perfis, não indicou diferenças estatisticamente significantes ($p=0,315$). O perfil de equipe do PMM também não produziu diferenças nos escores dos profissionais ($p=0,924$). É interessante ressaltar

que o perfil do médico, quer seja brasileiro, quer seja intercambista ou cubano, não refletiu, nesta amostra, em maior ou menor inclinação dos componentes da equipe para o trabalho interprofissional (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise entre as respostas à Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e o perfil da equipe segundo o Programa Mais Médicos. Minas Gerais, Brasil, 2016

Perfil da equipe	N	Média	Mediana	Desvio padrão	p-valor
Médicos (n=11)					
Brasileiro	4	120,7	121	3,3	0.315
Cooperado (Cubano)	4	127,2	127,5	4,1	
Intercambista	3	126,6	132	15,6	
Equipes (n=63)					
Brasileiro	18	119	121	12,2	0.924
Cooperado (Cubano)	27	119,4	122	12,5	
Intercambista	18	118,5	117,5	11,5	

Conforme está exposto na Tabela 3, a comparação dos escores entre os diferentes grupos profissionais resultou em diferenças com significância estatística ($p=0,001$), com escores mais elevados para os enfermeiros. A análise *post hoc* para identificação dos pares que diferiram revelou diferenças estatisticamente significantes nos escores entre enfermeiros e agentes comunitários ($p=0,001$).

Tabela 3 - Análise entre as respostas à Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional e os diferentes profissionais da Estratégia Saúde da Família (n= 63). Minas Gerais, Brasil, 2016

Profissão	N	Média	Mediana	Desvio padrão	Intervalo de confiança de 95% para média		p-valor
					Limite inferior	Limite superior	
Agente comunitário	31	112,7	110	11,91	108,3	117	0.001
Assistente Social	1	-	-	-	-	-	
Enfermagem	11	128	130	7,97	122,6	133,3	
Medicina	11	124,7	124	8,22	119,2	130,2	
Técnico/Auxiliar de Enfermagem	9	122,4	126	9,26	115,3	129,5	

Foi identificada diferença estatisticamente maior em profissionais com nível superior ($p<0,001$), enquanto o escore dos profissionais com especialização não diferiu ($p=0,383$).

A nacionalidade e a natureza jurídica das instituições de ensino superior onde se graduaram os médicos não atribuíram diferenças significativas em relação aos escores obtidos com as respostas desses profissionais ($p=0,662$; $p=1$, respectivamente), como indicado na Tabela 4.

Tabela 4 - Análise entre as respostas à Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional dos profissionais da Estratégia Saúde da Família e variáveis de formação acadêmica. Minas Gerais, Brasil, 2016

Variável	N	Média	Mediana	Desvio padrão	p-valor
Equipe (n=63)					
Ensino superior					
Não	35	113,7	115	11,9	0.000
Sim	28	125,7	127	8,2	
Especialização					
Não	9	122,1	129	11,1	0.383
Sim	19	127,4	127	6,1	
Médicos (n=11)					
Nacionalidade					
Brasileira	6	123,8	123,5	5,5	0.662
Estrangeira	5	125,8	127	11,3	
Natureza da IES*					
Pública	7	124,5	124	9,5	1.00
Privada	4	125	125.5	6.4	

*IES - Instituição de Ensino Superior

A análise entre a média das respostas da escala e o tempo de profissão resultou em correlação positiva e significativa ($R_{(s)}=0,368$; $p=0,003$), insinuando que quanto maior o tempo de profissão, maior é a disposição para atitudes colaborativas. A apreciação comparativa entre o escore da escala e o tempo de formação dos respondentes ($R_{(s)}=-0,003$; $p=0,987$), de atuação no SUS ($R_{(s)}=-0,008$; $p=0,973$) e de atuação na ESF ($R_{(s)}=-0,030$; $p=0,897$), por sua vez, não indicou correlação.

Discussão

Nesta pesquisa, agregou-se conhecimento atualizado sobre a colaboração interprofissional entre diferentes componentes de equipes da ESF no Brasil, a qual pressupõe esforço mútuo, diálogo e compartilhamento de informações e ações, com vistas à resolubilidade dos problemas de saúde da população. Isso implica conhecer e compreender as atribuições de cada profissional, bem como sua importância enquanto componente da equipe, em perspectiva horizontal⁽¹²⁾. Nesse entendimento, as relações profissionais construídas sob o viés histórico da hierarquia podem afetar as atitudes dos trabalhadores da saúde em relação à prática colaborativa.

Neste estudo, é possível constatar que as atitudes dos enfermeiros foram mais positivas que as dos demais profissionais. Esse resultado é consistente com achados prévios de estudos em que foram aplicadas escalas semelhantes à utilizada

nesta pesquisa, no intuito de estabelecer comparações entre médicos e enfermeiros⁽¹³⁻¹⁷⁾.

O envolvimento do profissional de enfermagem é vital para o avanço da APS e, conseqüentemente, do SUS e da ampliação do acesso aos cuidados primários baseados em evidências científicas e seguras⁽¹⁸⁾. Para tanto, enfermeiros e médicos precisam fortalecer as relações colaborativas e trabalhar lado a lado com o objetivo de fornecer cuidados eficazes à população⁽¹⁹⁾.

Apesar do destaque do grupo de enfermeiros, o escore médio dos diferentes grupos profissionais foi elevado (>112), o que demonstra que todas as categorias têm atitudes a favor da colaboração interprofissional, conforme encontrado em outro estudo⁽²⁰⁾.

O ensino superior, nesta amostra, atuou como variável interveniente no resultado da escala, indicando maior disponibilidade dos graduados à colaboração. Também foi encontrada relação positiva entre os anos de prática profissional e a colaboração interprofissional, tal como em estudo empreendido com médicos e enfermeiros americanos⁽²¹⁾.

Sobre a formação em saúde, a literatura aponta que ainda há resistência para a superação de processos formativos que legitimam um modelo de atenção à saúde pautado na fragmentação do trabalho. Assim, os profissionais permanecem sendo formados numa perspectiva uniprofissional para, no futuro, trabalharem em equipe, contrassenso que acarreta implicações para o desenvolvimento e qualidade das ações de saúde oferecidas⁽²²⁾.

Nesse sentido, o desenvolvimento de competências colaborativas ainda é desafiador para o modelo hegemônico de formação em saúde, já que esse centra esforços no desenvolvimento de competências específicas, fortalecendo o que a literatura vem chamando de tribalismo das profissões⁽²³⁻²⁴⁾.

Uma das características mais fortes, e que justifica a colaboração como diferencial para a reorientação das práticas de saúde, é a centralidade do usuário na produção dos serviços de saúde. É essa centralidade que demanda os demais princípios da colaboração: compartilhamento dos objetivos comuns; parceria que estimula o processo permanente de interação; interdependência enquanto reconhecimento do caráter complementar das diferentes profissões; e equilíbrio de poderes entre elas⁽²⁵⁾.

Nessa perspectiva, há muito a ser feito para assegurar que a formação

profissional em saúde tenha como foco a população e as necessidades dos sistemas de saúde e, também, para que os profissionais de saúde atuem de modo integrado em prol da oferta de cuidados integrais, como previsto nas diretrizes do SUS⁽²⁶⁾.

A operacionalização da Reforma Sanitária no Brasil delongou-se por mais tempo que em países com sistemas de saúde orientados pela APS, como Canadá, Espanha e Cuba. Nesses países, a formação, já nos anos 1980, foi regulamentada com base na APS, assumindo a residência médica na área como padrão-ouro de formação e como obrigatoriedade para incorporação ao sistema de saúde⁽²⁷⁻²⁹⁾.

Nessa linha, em estudo produzido em relação ao PMM, aponta-se que os intercambistas e cooperados possuem habilidades e experiências práticas diferenciais em relação aos médicos brasileiros, como a centralidade na abordagem comunitária; o compartilhamento de conhecimentos e práticas com o conjunto da equipe; e o estabelecimento de vínculo estreito com o usuário e a comunidade. Tais competências contrastam com a prática de grande parte dos médicos brasileiros, que ainda mantém centralidade excessiva na abordagem individual e uniprofissional⁽³⁰⁾.

Poder-se-ia esperar, então, que os diferentes perfis médicos produzissem diferenças estatísticas em relação às atitudes interprofissionais, o que não foi observado neste trabalho, embora os escores dos intercambistas e cooperados tenham superado as pontuações dos médicos brasileiros.

Considerando que todos os médicos incluídos neste estudo se submeteram ao 1º ciclo formativo do projeto, o Curso de Especialização em Saúde da Família, esse pode ser um dos motivos para a não produção de resultados diferenciados entre os distintos perfis dos médicos.

O fato é que o PMM é recente e ainda são necessárias evidências sobre as implicações da presença do médico do provimento emergencial na dinâmica do trabalho em saúde, que é, em sua essência, coletivo. Acredita-se, no entanto, que o PMM constitui forte dispositivo de intercâmbio de experiências e práticas entre profissionais estrangeiros e brasileiros e de produção de mudanças no processo de trabalho.

As limitações do estudo incluem a determinação da amostra sem cálculo, de modo que o tamanho amostral pode não ser representativo. Assim, a generalização dos resultados deve ser vista com cautela. A ausência de estudos documentados de aplicação da EJARCI pode ser também reconhecida como um limitante, já que

restringiu a comparação dos dados.

Não obstante, este estudo, de caráter inédito no Brasil, configura-se como ponto de partida para novas investigações que contribuam para análises mais aprofundadas sobre a colaboração interprofissional nas equipes da ESF, bem como para avaliação do impacto do PMM sob diferentes perspectivas.

Conclusão

Os resultados indicaram que, no conjunto das equipes do PMM estudadas, o perfil brasileiro, cubano ou intercambista não implicou diferenças estatísticas relacionadas às atitudes colaborativas; por outra via, a formação superior e o maior tempo de atuação profissional mostraram ter efeito positivo sobre elas. Evidenciou-se, ainda, que as perspectivas divergentes, previamente demonstradas em outros estudos, sobre a colaboração interprofissional entre diferentes profissionais também podem existir na APS, ratificando os enfermeiros como a categoria profissional mais inclinada para as práticas colaborativas.

Estudos futuros são necessários para testar a influência de diferentes variáveis na atitude profissional para práticas colaborativas, nos quais se comparem as atitudes interprofissionais entre equipes participantes e não participantes do PMM.

Referências

1. Pan American Health Organization. Interprofessional Education in Health Care: Improving Human Resource Capacity to Achieve Universal Health. Report of the Meeting. Bogota, Colombia, 7-9 Dec. 2016. Washington, D.C.: PAHO; 2017.
2. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med* 2014 [cited Nov 10, 2017];370(10):950-7. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMra1111610>
3. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Educ Med*. 2015 [cited Apr 17];16(1):9-16. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.04.011>.
4. Centre for the Advancement of Interprofessional Education – CAIPE. Interprofessional Education Guidelines 2017. United Kingdom: CAIPE; 2017.
5. Peduzzi M. The SUS is interprofessional. *Interface*. 2016 Mar [cited Aug 25, 2017];20(56):199-201. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0383>

6. Carvalho MS, Sousa MF. How has Brazil dealt with the topic of provision of physicians? *Interface* [Internet]. 2013 [acesso 29 ago. 2017];17(47):913-26. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0403>.
7. Pinto HA, Sales MJT, Santos JT, Figueiredo AM, Brizolara R, Oliveira FP. Mais Médicos Program and the strengthening of Primary Care. *Divulg saúde debate* 2014;(51):105-20.
8. Freire Filho JR, Forster AC, Magnago C, Caccia Bava MCGG, Rivas NPP. Trabalho em equipe: uma análise a partir dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família da microrregião de saúde de Passos/Piumhi, MG. *Cereus*. 2015 [acesso 29 ago. 2017];7(2):151-69. Disponível em: <http://ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/151/368>
9. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Rev Esc Enferm USP*. 2013 Ago [cited Ago 25, 2017];47(4):977-83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400029>.
10. Abed MM. Adaptação e validação da versão brasileira da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional: um estudo em profissionais da atenção básica [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2015.
11. Hojat M, Ward J, Spandorfer J, Arenson C, Winkle LJV, Williams B. The Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data. *J Interprof Care*. 2015 [cited Jul 29, 2017];29(3):128-44. Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2014.962129>.
12. Morgan, S. Observation of interprofissional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *Int J Nurs Stud*. 2015 [cited Jul 24, 2017];1217-30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008>.
13. Elsous A, Radwan M, Mohsen S. Nurses and physicians attitudes toward nurse-physician collaboration: a survey from Gaza Strip, Palestine. *Nurs Res Pract*. 2017 [cited Jul 24, 2017];7406278. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2017/7406278>
14. Alcusky M, Ferrari L, Rossi G, Liu M, Hojat M, Maio V. Attitudes toward collaboration among practitioners in newly established medical homes: a survey of nurses, general practitioners, and specialists. *Am J Med Qual*. 2016 [cited Jul 28, 2017];31(6):526-35. Available from: <https://doi.org/10.1177/1062860615597744>.
15. Amsalu E, Boru B, Getahun F, Tulu B. Attitudes of nurses and physicians towards nurse-physician collaboration in northwest Ethiopia: a hospital based cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2014 [cited Dec 24, 2017];13(37):PMC4245739. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12912-014-0037-7>.
16. Karagiannis T, Coschignano C, Hegarty SE, Polenzani L, Messina E, Zoli R et al. Exploring attitudes toward physician-nurse collaboration within a team-based primary care environment. *Population Health Matters*. 2017 [cited Jul 24, 2017];27(4). Available from: <http://jdc.jefferson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1905&context=hpn>

17. Brown SS, Lindell DF, Dolansky MA, Garber JS. Nurses' professional values and attitudes toward collaboration with physicians. *Nursing Ethics*. 2014 [cited Aug 25, 2017];22(2):205-16. Available from: <https://doi.org/10.1177/0969733014533233>.
18. Barbiani R, Dalla Nora CR, Schaefer R. Nursing practices in the primary health health care context: a scoping review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016 [cited 02 Feb, 2018];24:e2721. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>.
19. Soine L, Errico K, Redmond C, Sprow S. (2013). What do faculty physicians know about nurse practitioner practice? *J Nurs Pract*. 2013 [cited Aug 27, 2017];9(2):93-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2012.12.019>.
20. Faquim JPS, Frazão P. Perceptions and attitudes on interprofessional relations in dental care during prenatal care. *Saúde debate*. 2016 [cited Aug 25, 2017];40(109):59-69. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610905>.
21. Quinlan A. Attitudes of nurse practitioners toward interprofessional collaboration [dissertation]. New Jersey: William Paterson University; 2014 [cited Aug 25, 2017]. Available from: <https://pqdtopen.proquest.com/doc/1654779027.html?FMT=ABS>.
22. Costa M. V. The interprofessional education in Brazilian context: some reflections. *Interface*. 2016 Mar [cited Aug 25, 2017];20(56):197-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>.
23. Jeffrey B, Robyn C, Elia V, Danielle M, Tamara H, Mary W. The basis of clinical tribalism, hierarchy and stereotyping: a laboratory-controlled teamwork experiment. *BMJ Open*. 2016 [cited Apr 13, 2018];6(7):e012467. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012467>.
24. Ramgard M, Blomqvist K, Petersson P. Developing health and social care planning in collaboration. *J Interprof Care*. 2015 [cited Apr 13, 2018];29(4):354-8. Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2014.1003635>.
25. Hall P, Weaver L, Grassau PA. Theories, relationships and interprofessionalism: learning to weave. *J Interprof Care* 2013 [cited Aug 28, 2017];27(1):73-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2012.736889>.
26. Mikael SSE, Cassiani SHDB, Silva FAM. The PAHO/WHO Regional Network of Interprofessional Health Education. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018 [cited 02 Feb, 2018];25:e2866. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0000.2866>.
27. Terra LSV, Borges FT, Lidola M, Hernández SS, Millán JIM, Campos GWS. Analysis of the experience of Cuban physicians in a Brazilian metropolis in accordance with the Paideia Method. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016 [cited 13 Apr, 2018];21(9):2825-36. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.15312016>.
28. Cabrera HR, Yuruhán DM, Vargas P, López NV, Montalvo JV. Certificación, Recertificación y Acreditación en Medicina Familiar y Comunitaria en Iberoamérica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016 [cited 13 Apr, 2018];11(Suppl 2):55-63. Available from: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(0\)1386](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(0)1386).

29. Zurro AM. Evaluación de la formación posgraduada, certificación y recertificación profesional de los médicos de familia en diferentes países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Holanda, Australia y España). *Aten Primaria*. 2002 [cited 24 Feb, 2018];30(1):46-56. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-evaluacion-formacion-posgraduada-certificacion-recertificacion-13032517>.
30. Trindade TG, Batista SR. Family and Community Medicine: now more than ever! *Cien Saúde Colet*. 2016 [cited Sep 10, 2017];21(9):2667-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18862016>
31. Organização Pan-Americana da Saúde. Programa Mais Médicos no município do Rio de Janeiro. Mais acesso, equidade e resolutividade na APS. Brasília, DF: OPAS; 2016 [acesso 24 fev. 2018]. Disponível em: <http://maismedicos.bvsalud.org/wp-content/uploads/2016/12/Estudo-MM-RJ-versaoWEB.pdf>.

Artigo 4

A educação interprofissional e as ações formativas do eixo do provimento emergencial do Programa Mais Médicos

José Rodrigues Freire Filho, Carinne Magnago, Marcelo Viana da Costa, Aldaísa Cassanho Forster

RESUMO

Este artigo objetiva identificar se as ações formativas do eixo do provimento emergencial do Programa Mais Médicos (PMM) se apoiam em elementos teóricos e metodológicos da Educação Interprofissional (EIP), na perspectiva dos participantes do programa. Trata-se de estudo exploratório, transversal, de abordagem qualitativa, desenvolvido em novembro e dezembro de 2016, em Minas Gerais, Brasil. Os dados foram coletados por entrevistas em profundidade e grupos focais com 82 participantes do PMM. Os dados foram tratados por análise de conteúdo temática. Foram evidenciadas três categorias temáticas: Os pressupostos da EIP enunciados nos ciclos formativos do PMM; As mudanças no processo de trabalho em equipe, na perspectiva dos elementos da EIP, desencadeadas pelos ciclos formativos; e Dificuldades para a abordagem da EIP nos ciclos formativos. Entre os elementos enunciados nos processos formativos desenvolvidos no âmbito do eixo do provimento emergencial do PMM estão o aprendizado sobre o papel de cada profissão, o compartilhamento de experiências e a centralidade do cuidado no paciente. Por outra via, o preceito fundamental da EIP de aprendizado entre duas ou mais profissões não é aplicado sistematicamente, dado que os ciclos formativos se destinam, formalmente, apenas aos médicos do programa. O PMM se constitui política potente e propícia para o fortalecimento da interprofissionalidade, especialmente porque sua proposta se assenta na lógica da educação permanente, o que demanda o estabelecimento de uma relação de mútua influência entre o campo da educação e do trabalho em saúde.

Palavras-chaves: Programa Mais Médicos; Relações Interprofissionais; Equipe Multiprofissional; Estratégia Saúde da Família; Desenvolvimento de Pessoal

Introdução

O processo de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir dos princípios de universalidade e integralidade, tem encontrado importantes referenciais que sustentam a necessidade de reformas na produção dos serviços de saúde baseadas no trabalho colaborativo em equipe, com vistas a garantir a centralidade do usuário no processo do cuidado em saúde.

Na mesma direção, recomendações mundiais apontam a necessidade de maiores esforços no sentido de fortalecer a colaboração profissional, tendo como referencial a abordagem da Educação Interprofissional em Saúde (EIP)¹⁻².

No Brasil, no entanto, ainda são escassos os estudos que versam sobre esse

tema, que ganhou notoriedade a partir de 2010, após duas publicações apontarem a EIP como elemento promotor de uma necessária reforma no modelo de formação profissional em saúde^{1,3}

A literatura traz importantes contribuições no sentido de definir a EIP, marcando a sua intencionalidade de melhorar a capacidade de colaboração e, consequentemente, os resultados da atenção à saúde. O Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (*Centre for the Advancement of Interprofessional Education – CAIPE*), no Reino Unido, apresenta a definição mais amplamente socializada na literatura internacional, também compartilhada pela Organização Mundial de Saúde, que defende a EIP como a ocasião em que duas ou mais profissões da área da saúde aprendem com, a partir de e sobre as outras para melhorar a colaboração e a qualidade do cuidado^{1,4}.

No cenário brasileiro, ao discutir a abordagem da EIP e possibilidades de sua incorporação na formação em saúde, merece destaque a instituição do Programa Mais Médicos (PMM), sendo uma das mais importantes estratégias de redução das desigualdades de oferta e distribuição de cursos de graduação de medicina e de profissionais médicos no território brasileiro. Ao incluir, em sua proposta, a reestruturação da formação médica do País, o PMM constitui-se como campo propício para adoção de iniciativas indutoras da EIP e prática colaborativa.

Nessa linha, o eixo do programa relacionado à formação médica apresenta como um de seus resultados a publicação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em medicina, instituídas em 2014⁵, as quais apontam que o graduando em medicina deverá aprender interprofissionalmente, a partir da troca de saberes com profissionais da saúde, estimulando o aprimoramento da colaboração. E, ainda, estimula a aprendizagem compartilhada, a comunicação interprofissional e as iniciativas que valorizem os usuários como sujeito central da produção dos serviços de saúde⁶.

O eixo do provimento emergencial de médicos para atuação em locais de maior necessidade e vulnerabilidade, por sua vez, dispõe que os médicos do PMM sejam submetidos a processos formativos, com a finalidade de aprimorar a prática da Medicina de Família e Comunidade consoante ao modelo de atenção à saúde do Brasil. O escopo das atividades pedagógicas previstas estrutura-se em dois ciclos formativos. O primeiro contempla um curso de especialização em Saúde da Família ofertado por uma instituição de ensino superior integrante do Sistema Universidade

Aberta do SUS (UNA-SUS); enquanto o segundo prevê um conjunto de atividades educacionais no nível de aperfeiçoamento e extensão, que objetivam aprofundar o conhecimento em temas relevantes para atuação na Atenção Básica. No âmbito desses dois ciclos há a figura do tutor, responsável pela coordenação e indicação das atividades a serem executadas pelos médicos e supervisores; e há o supervisor acadêmico, que acompanha as atividades dos médicos *in loco*.

Sobre o segundo eixo do PMM, estudo que teve como objeto de investigação os projetos políticos pedagógicos (PPP) dos cursos de especialização ofertados no primeiro ciclo de formação apontou que, embora nenhum dos PPP explicita a interprofissionalidade como base pedagógica, eles apresentam algum grau de correspondência com os elementos da EIP. Ademais, convoca a realização de novos estudos que, dentre outros recursos, dê voz aos diferentes atores imbricados nos processos formativos do PMM, dado que o previsto documentalmente não necessariamente é de fato operacionalizado⁷.

Com base nos resultados do referido estudo e no entendimento de que, além da especialização, os processos de aperfeiçoamento, que utilizam a realidade do serviço como recurso pedagógico, representam importante oportunidade para o desenvolvimento de competências interprofissionais, questiona-se: O conjunto de ações formativas previstas no eixo do provimento emergencial do PMM se alinham aos marcos teóricos e metodológicos da EIP para promoção de mudanças nas práticas profissionais em direção ao desenvolvimento da colaboração interprofissional em saúde? Intentando respondê-la, este estudo tem como objetivo identificar se as ações formativas do eixo do provimento emergencial do PMM se apoiam em elementos teóricos e metodológicos da EIP, na perspectiva dos participantes do programa.

Método

Trata-se de estudo exploratório, transversal, de abordagem qualitativa, desenvolvido em novembro e dezembro de 2016.

O cenário de pesquisa foi o território sob atuação de quatro das cinco instituições supervisoras do provimento emergencial do PMM no estado de Minas Gerais: Região Central - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH); Norte - Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes); Vale do Jequitinhonha - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

(UFVJM); e Triângulo Mineiro - Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Essas instituições são responsáveis pela supervisão de 52% (n=448) do total de médicos alocados via PMM no estado.

Considerando o tamanho do território, optou-se por selecionar um conjunto de municípios para o desenvolvimento deste estudo: Belo Horizonte, Montes Claros e Uberlândia, sob supervisão da SMSA-BH, Unimontes e UFU, respectivamente; e Diamantina e Couto Magalhães, sob supervisão da UFVJM. A escolha desses municípios se deu em razão de fazer parte do território de atuação do autor principal, no período em que os dados foram coletados.

A população da pesquisa foi constituída pelos médicos, tutores, supervisores e profissionais das equipes de atenção básica, as quais os médicos participantes do projeto estão vinculados.

Para determinação da amostra representativa do território, intentou-se incluir três equipes da ESF por instituição supervisora: uma equipe com médicos de perfil brasileiro, isto é, médicos de nacionalidade e formação brasileiras; uma equipe com médicos de perfil intercambista; e uma equipe com médicos advindos da cooperação estabelecida entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Cuba.

Para a seleção dos envolvidos na pesquisa foram adotados os seguintes critérios de inclusão: (1) para os médicos: ser vinculado ao PMM pelo eixo do provimento emergencial e ter realizado minimamente o 1º ciclo formativo do projeto (Curso de Especialização em Saúde da Família); (2) para os profissionais: ser profissional da saúde que atua diretamente com o médico do PMM, preferencialmente, mas não exclusivamente, componente da equipe mínima de ESF (enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde), com tempo mínimo de atuação na ESF de um ano; (3) para os tutores e supervisores: estar vinculado a uma das instituições supervisoras escolhidas por este estudo há, no mínimo, um ano.

O tempo mínimo de um ano para a atuação dos profissionais, tutores e supervisores foi determinado por se acreditar que esse tempo seja suficiente para conhecer e se apropriar do cotidiano do trabalho em equipe na ESF.

Os critérios de exclusão delimitados foram: encontrar-se ausente, impossibilitado, em férias, licença ou afastado de suas funções durante o período da coleta de dados.

A amostra final totalizou 82 sujeitos, sendo 11 médicos, 7 tutores, 12

supervisores e 52 profissionais de saúde integrantes das equipes de saúde da família, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e assistente social.

Os dados foram coletados por meio de entrevista em profundidade aplicada aos médicos, tutores e supervisores; e por grupo focal realizado com os demais integrantes das equipes de saúde da família.

As entrevistas foram operacionalizadas com auxílio de roteiro não estruturado, composto por sete questões relacionadas aos ciclos formativos do eixo do provimento emergencial do PMM e processo de trabalho na ESF com foco na abordagem da EIP. Os grupos focais, por sua vez, foram conduzidos por roteiro com quatro questões disparadoras pertinentes aos processos de trabalho das equipes.

Foram realizadas 30 entrevistas e nove grupos focais com tempos médios de duração de 58 e 93 minutos, respectivamente. Todos os depoimentos foram registrados em equipamento de áudio digital.

Os dados foram tratados com base na proposta de análise de conteúdo, que pressupõe três fases: pré-análise; exploração; e análise e inferência⁸.

Na pré-análise realizou-se a transcrição integral das entrevistas e grupos focais, dando origem ao corpus analítico, seguida da leitura flutuante do material. A etapa de exploração do material teve por objetivo destacar os recortes de ordem semântica do *corpus*, que expressassem elementos da EIP previstos nas diretrizes propostas por Barr⁹ para construção e avaliação de contextos educacionais na perspectiva da EIP: aprendizado conjunto entre duas ou mais profissões; desenvolvimento de competências para a prática colaborativa; aprendizado sobre o papel de cada profissão; a colaboração profissional como estratégia de melhoria da qualidade da atenção; aprendizagem interprofissional como estratégia pedagógica de integração curricular; utilização de recursos pedagógicos que promovam o compartilhamento entre diferentes profissões e que usem o contexto do trabalho como disparador da aprendizagem; aprendizagem baseada na inclusão e centralização do usuário e na participação efetiva dos profissionais do serviço nas práticas educativas. Os recortes de texto foram agrupados por similaridade em três categorias e suas respectivas subcategorias.

E, finalmente, na fase de inferência e interpretação, as informações foram condensadas e destacadas, possibilitando interpretações e análise crítica do material.

Para garantia do anonimato dos participantes do grupo, as falas sistematizadas foram identificadas apenas pela categoria profissional a qual pertence o sujeito da pesquisa.

Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, em obediência às diretrizes da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi submetido à Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado sob o Parecer nº 1.264.019.

Resultados

A análise dos depoimentos evidenciou três categorias temáticas: Os pressupostos da EIP enunciados nos ciclos formativos do PMM; As mudanças no processo de trabalho em equipe, na perspectiva dos elementos da EIP, desencadeadas pelos ciclos formativos; e Dificuldades para a abordagem da EIP nos ciclos formativos. As mesmas são elencadas, com suas respectivas subcategorias, no Quadro 1.

Quadro 1. Categorias e subcategorias elaboradas a partir do *corpus* da pesquisa. Minas Gerais, 2016

Categorias	Subcategorias
Os pressupostos da EIP enunciados nos ciclos formativos do PMM	Aprendizado sobre o papel de cada profissão
	A colaboração profissional como estratégia de melhoria da qualidade da atenção
	O estímulo às práticas profissionais colaborativas
	A aprendizagem compartilhada baseada nas necessidades de saúde da população
As mudanças no processo de trabalho em equipe, na perspectiva dos elementos da EIP, desencadeadas pelos ciclos formativos	Para os médicos: mudança de postura em prol do melhor funcionamento da equipe
	Para os formadores: redução de conflitos e potencialização dos processos de comunicação
	Para os profissionais de saúde: trabalho em equipe mais integrado
Dificuldades para a abordagem da EIP nos ciclos formativos	Formação uniprofissional
	Teoria <i>versus</i> prática
	Apoio aos formadores

Fonte: elaborado pelos autores.

Os pressupostos da EIP enunciados nos ciclos formativos do PMM

Os resultados desta categoria evidenciaram que alguns elementos teórico-metodológicos da EIP se enunciam nos processos pedagógicos desenvolvidos no

âmbito do eixo do provimento emergencial do PMM, entre eles o aprendizado sobre o papel de cada profissão, considerado com um dos pressupostos centrais para a superação da hierarquia profissional e da atenção centrada no médico.

“Ajudou muito para definir as funções de cada profissional, dos agentes comunitários, do enfermeiro e qual é nossa ligação com eles” (Médico intercambista).

“Facilitou bastante porque eu consegui ver a função de cada profissional no meu âmbito de trabalho, para a gente conseguir facilitar, para que o trabalho evoluísse” (Médico brasileiro).

A modificação das práticas de cuidado a partir da colaboração profissional foi identificada como imprescindível para a melhoria dos resultados de saúde, tal como enuncia o objetivo central da EIP. Há o reconhecimento da relevância do trabalho em equipe para o enfrentamento adequado das necessidades e problemas de saúde dos usuários, família e comunidade.

“Uma das preocupações é ensinar aos profissionais de saúde que o trabalho em equipe é de grande importância para melhorar a saúde da população. As pessoas que trabalham em equipe têm maior resolutividade das questões que tem atendido diariamente” (Médico cubano)

“Deixa o serviço mais eficiente, melhora a satisfação do usuário. [...] Nem todo o profissional sai com essa visão da importância da multidisciplinaridade, interação entre os profissionais” (Médico brasileiro)

As práticas profissionais colaborativas estimuladas no âmbito dos ciclos formativos incluem as reuniões em equipe, o compartilhamento de experiências e a construção de planos de cuidados conjuntos.

“É bastante incentivada a formação de grupos educativos, nos quais eles devem não apenas trabalhar a educação em saúde, mas também ajudar na formação e capacitação de ACS. [...] E eu vi que alguns médicos, especialmente os cubanos, tentam incorporar essa sistemática, em que eles conversam e capacitam enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS.” (Supervisor).

“No curso tinha módulos que estimulavam no sentido de dar algumas ideias do que a gente poderia fazer na prática, construção de conhecimento, grupos operativos, dar feedback para equipe do que estava sendo aprendido” (Médico brasileiro).

“Nos nossos encontros locais a gente tenta trabalhar essa questão de troca de experiências, de ensinar e aprender” (Tutor)

“Meu supervisor também estimula a apresentar casos e a importância do trabalho em equipe, como é que funciona quando todos têm um comum acordo” (Médico intercambista).

“Em toda supervisão eu pergunto como está a prática, se estão fazendo grupos com outros profissionais, se estão fazendo visita domiciliar junto com a

enfermagem. [...] e é aí que a gente consegue identificar as falhas, e tenta estimular, incentivar para ver se surte algum efeito. [...] Muitas vezes a gente chama a enfermeira para conversar, para ver se a gente consegue estruturar de forma mais adequada a atenção primária em cada lugar, mas é um grande desafio” (Supervisor).

Os profissionais compreendem as necessidades das pessoas, famílias e comunidade como elemento ordenador do nível de interação entre os profissionais e da própria dinâmica do trabalho em saúde. Essa percepção se aproxima do pressuposto de aprendizagem compartilhada baseada nas necessidades de saúde da população, elemento da EIP que ratifica o paciente como sujeito central e não como objeto do cuidado de saúde.

“Fomos estimulados a conhecer a cidade e o município em que estávamos inseridos, a realidade, a sair para a rua e ver os problemas, falar com as referências do bairro” (Médico intercambista).

“Para finalizar o curso de especialização a gente apresentou um TCC [trabalho de conclusão de curso]. E ele dependia do trabalho em equipe, identificação dos problemas... não foi eu que defini qual o problema a discutir e trabalhar na comunidade. Foi identificado pela comunidade e pelos integrantes da equipe” (Médico cubano).

“Quando nós começamos a desenvolver diagnóstico de saúde da área de abrangência, tivemos que trabalhar com os agentes de saúde, com enfermeiro, estudantes de enfermagem, que nos ajudaram muito. Isso nos estimulou a fazer um trabalho em equipe, muitas opiniões, chuvas de ideias e que ao final foi que nos ajudou a saber os principais problemas de saúde da população” (Médico cubano).

As mudanças no processo de trabalho em equipe, na perspectiva dos elementos da EIP, desencadeadas pelos ciclos formativos

Esta categoria apresenta as apreensões de mudanças, enunciadas pelos atores do PMM, que se relacionam com os pressupostos da EIP. Verifica-se que nas falas dos diferentes atores – médicos, formadores e profissionais da ESF – sobressaiu uma perspectiva distinta, mas que, confluídas, conduzem a um mesmo desfecho: maior colaboração profissional no cotidiano do trabalho em saúde.

Na perspectiva de alguns médicos, os conhecimentos adquiridos por meio dos ciclos formativos desencadearam certa mudança de postura, por parte deles, frente aos demais profissionais da equipe.

“Começamos a fazer reuniões regulares com a equipe” (Médico brasileiro).

“Mudou a gestão do trabalho. Facilitou bastante porque eu consegui ver a função de cada profissional no meu âmbito de trabalho, como cada um atua para que o trabalho evolua” (Médico brasileiro).

Na perspectiva dos tutores e supervisores, o maior impacto se relaciona com a resolução de conflitos entre os profissionais integrantes das equipes.

“A gente conseguiu desenvolver melhor a questão do trabalho em equipe, mostrando perspectivas diferentes, modalidades de trabalho em equipe diferentes, saber entender o outro dentro das suas dificuldades, que é um dos grandes problemas do trabalho em equipe. Eu acho que isso melhorou bastante” (Tutor).

“Contribuiu para reforçar o trabalho em si, a importância de cada profissional para o trabalho em equipe” (Supervisor).

Na perspectiva dos profissionais de saúde que atuam com os médicos do PMM, as mudanças percebidas estão associadas ao perfil profissional do médico e não ao programa especificamente. Nesse sentido, eles consideram que os médicos estrangeiros, em especial, os cubanos, são mais sensíveis ao trabalho colaborativo.

“Você tem a possibilidade de trocar mais com o médico, de trabalhar mais junto... ele não chega só para atender e ir embora. Ele troca experiência, escuta seu ponto de vista e discute alguns casos” (Equipe de ESF – perfil cubano).

“Eu acho que tem uma diferença muito grande no relacionamento. Eles [cubanos] são mais abertos, mais acessíveis. Não tem tanto aquele negócio ‘eu sou médico, por favor, não fale comigo’. É mais fácil de chegar, não temos receio de perguntar e discutir casos”. (Equipe de ESF – perfil cubano).

“No meu entendimento, a gente aprendeu muita coisa com ele e ele aprendeu muita coisa com a gente.” (Equipe de ESF – perfil cubano)

“Tem a tutora que comparece e sempre procura informações com os outros profissionais sobre o trabalho do médico, fazendo a gente se envolver em trabalhos de equipe, juntar as experiências do enfermeiro com o médico para tentar trazer resoluções para os pacientes.” (Equipe de ESF – perfil brasileiro).

Na fala dos profissionais também se enuncia que a ausência do médico limita o trabalho da ESF e, nesse sentido, o PMM torna-se oportuno por assegurar a completude das equipes de atenção básica.

“O ponto forte é o atendimento integral. O agente comunitário fala do diagnóstico, fala do ambiente, das vulnerabilidades sociais. Eu com a minha percepção, a auxiliar com a dela, o médico com a dele. A gente consegue. [...] Quando a gente une a equipe toda, cada um dando uma opinião, a gente consegue fazer alguma coisa, pelo menos momentaneamente para tentar sanar a necessidade ou a fragilidade naquele momento” (Equipe de ESF – perfil intercambista).

Dificuldades para a abordagem da EIP nos ciclos formativos

Esta categoria compreende os pontos de fragilidade dos ciclos formativos que atuam como intervenientes para a adoção de ações pedagógicas alicerçadas na EIP. Entre eles e, talvez o mais importante, é o fato de os ciclos formativos do PMM incluírem, formalmente, apenas os médicos nos processos de formação. Essa opção vai de encontro ao preceito fundamental da EIP de aprendizado entre duas ou mais profissões, e reforça a lógica de formação uniprofissional e de verticalidade hierárquica das relações profissionais.

“Eu acho que o curso de especialização deveria ser interdisciplinar, seria mais rico o ambiente de discussão, porque cada um poderia trazer a experiência da própria área” (Médico brasileiro).

“Eu não me lembro de termos feito, nesses 3 anos de programa, nenhum processo de formação que envolvesse formalmente outros profissionais da equipe” (Supervisor)

“O coordenador [da equipe] tem que ser o médico, porque a gente fica chateado... uma pessoa chega e fala que não é assim e tem que mudar, uma pessoa que está num nível... não é desfazendo, mas como uma enfermeira vai questionar o meu trabalho? Isso é uma coisa absurda.” (Médico cubano)

Ficou evidenciado que os elementos da EIP, que se enunciam sobremaneira a partir dos processos teóricos de formação, são pouco aplicados e discutidos no contexto prático. Essa frágil integração entre teoria e prática dificulta o desenvolvimento de competências colaborativas.

“Poderia ser um pouco mais prático, porque a gente não abordou tanto as funções de cada um ou o trabalho em equipe nas avaliações com o supervisor; se poderia mostrar alguma dinâmica, algo que mostre para a gente como funciona na prática” (Médico intercambista).

A formação em saúde, especialmente em se tratando dos processos de educação permanente, por sua complexidade, exige a adoção de referenciais e métodos pedagógicos dinâmicos e alicerçados na aprendizagem significativa e na realidade dos serviços. Por outra via, a exigência do uso de tais métodos pelos formadores implica capacitá-los para tal e garantir-lhes condições e espaços para o desenvolvimento das ações educativas.

“O PMM pede que utilizemos várias metodologias para fazer a supervisão, mas nem sempre a gente conhece todas elas. Então, poderíamos ser capacitados para entender as metodologias para que possamos usar métodos diferentes dos usuais”. (Supervisor)

“A supervisão não é considerada dentro das 8h destinadas para a educação permanente dos médicos, o que significa que tivemos que fazer as supervisões dentro do horário de trabalho, o que traz impacto para a assistência”. (Supervisora)

“Eu acredito que se tivéssemos um referencial teórico para trabalhar isso, se fôssemos treinados para desenvolver um trabalho de educação permanente visando uma melhor interação multiprofissional, com certeza teríamos bons resultados. Mas nós nunca fomos cobrados e nem nunca nos foi passado que esta abordagem deveria ser realizada”. (Supervisor)

Discussão

O provimento médico se configura como política estratégica de melhoria da qualidade da atenção à saúde frente ao cenário de desigualdade na distribuição inter e intra-regional desse profissional no País. Essa desigualdade decorre, sobremaneira, da dificuldade de fixar médicos em áreas remotas ou de vulnerabilidade social e em razão do modelo histórico de formação médica disciplinar, pouco comprometido com as transformações sociais e que tem valorizado a formação de especialistas em detrimento da formação de generalistas para atuação na Atenção Básica¹⁰⁻¹².

É importante fazer essa ponderação para demarcar a importância do PMM no cenário atual brasileiro, que compartilha das mesmas dificuldades que o restante do mundo: hiato entre o perfil de formação e necessidades de saúde, limitada capacidade de análise do contexto; dificuldade para o trabalho em equipe e distribuição desigual dos profissionais de saúde nas diferentes regiões dos países¹³⁻¹⁵.

Pela importância da política é que se reconhece a capacidade de transformação do PMM e da coerência que o provimento venha acompanhado de iniciativas educacionais, uma vez que a mudança na lógica do trabalho precisar vir acompanhada de processos de mudanças na formação dos profissionais de saúde. É nesse entendimento que reside a necessidade de se sistematizar o uso dos princípios da EIP nos ciclos formativos do PMM, abordagem pedagógica que vem sendo amplamente discutida em todo o mundo dada a sua capacidade de melhorar, a longo prazo, a qualidade dos cuidados¹⁶⁻¹⁷.

Partindo do pressuposto de que a EIP se configura como a ocasião em que diferentes profissões da saúde aprendem de forma conjunta, interativamente, com a clara intencionalidade de melhorar o processo de trabalho e a qualidade da atenção à saúde¹⁸, é possível afirmar que o propósito primeiro dessa abordagem é o desenvolvimento das competências colaborativas¹⁹. No entanto, juntar, em um

mesmo espaço, pessoas de diferentes profissões não é suficiente para o desenvolvimento dessas competências. É preciso assumir a intenção de formar profissionais de saúde mais aptos à colaboração para o verdadeiro trabalho em equipe, indispensável para o atendimento das complexas necessidades de saúde. Essa intencionalidade implica a organização sistematizada de conteúdos e de métodos de ensino e aprendizagem, teóricos e práticos, que estimulem o desenvolvimento de capacidades profissionais cooperativas²⁰.

As competências colaborativas são definidas como aquelas que viabilizam o trabalho em equipe efetivo, resolutivo e alinhado às necessidades de saúde²¹. A produção científica apresenta contribuições valorosas que podem contribuir para o reconhecimento, construção e/ou ajuste dessas competências, em consonância ao contexto em que a EIP é operada. As publicações mais conhecidas no cenário internacional são as matrizes de competências do Canadá²² e dos EUA²³, que servem como guia para o desenvolvimento de currículos de processos de formação na saúde. Ambas ratificam a importância do reconhecimento do papel do outro como pressuposto para melhorar a interação, reconhecendo o caráter complementar e interdependente entre as diferentes categorias profissionais.

Sobre isso, evidenciou-se, neste estudo, que os domínios centrais apresentados nas referidas matrizes²²⁻²³ são abordados nos ciclos formativos do PMM: o reconhecimento do papel do outro; o funcionamento da equipe; a comunicação interprofissional; e o reconhecimento da necessidade de (re)situar as demandas dos usuários, famílias e comunidade como núcleo do processo de trabalho em saúde. Esta centralidade no usuário e suas demandas, característica precípua das práticas colaborativas, se concretiza por ocasião de maior envolvimento da equipe nos processos de discussão e planejamento das ações de enfrentamento dos problemas de saúde do território, que exige, por sua vez, o reconhecimento de objetivos comuns entre os profissionais de saúde. A partir desse reconhecimento, a equipe identifica o papel e a contribuição de cada categoria, melhorando o nível de interação num movimento de comunicação mais fluido, que tem como desdobramentos a melhoria da qualidade da atenção à saúde e o aumento da satisfação do usuário²⁴.

Outro aspecto que merece destaque nos resultados encontrados por este estudo é que a política de provimento médico possibilitou a reversão de cenários de saúde, nos quais as equipes de ESF, incompletas pela ausência desse profissional,

estavam consideravelmente limitadas para promover atenção integral às populações¹⁵. A análise das situações de saúde sob a perspectiva de diferentes profissionais – olhares que se somam – assegura uma compreensão mais aprofundada dos determinantes de saúde e, ao mesmo tempo, permite atuações interdisciplinares e interdependentes ampliadas²⁵. Nesse prisma, a interprofissionalidade constitui-se estratégia catalisadora para a mudança do modelo de atenção à saúde.

Segundo as falas dos participantes, parceria, interdependência, compartilhamento e resolução de conflitos são fundamentos da colaboração profissional²⁶⁻²⁷ enunciados nos ciclos formativos do PMM, embora o exercício para o desenvolvimento dessas competências não tenha sido completamente assegurado pelas estratégias pedagógicas, em especial, no campo prático. Delineia-se que, em grande medida, esses princípios ancoram a proposta de trabalho da ESF, cabendo aos processos formativos o fortalecimento dessa abordagem.

Embora o PMM se apresente como espaço potente para a EIP, ainda há importantes lacunas que, uma vez preenchidas, podem conduzir o programa a alcançar de maneira mais efetiva os seus objetivos. Entre elas, a que mais chama a atenção é o direcionamento das ofertas educacionais apenas aos médicos. É bem verdade que a política assume como proposta mudar a lógica do trabalho e formação médica para uma que se alinhe às necessidades do SUS. Entretanto, essa mudança só pode ser inteiramente concretizada se dela participarem todos os atores imbricados na produção do cuidado.

Ademais, o aprendizado conjunto é condição *sine qua non* para a superação das manifestações hegemônicas de poder e dos silos profissionais, que se ancoram, *grosso modo*, na lógica da fragmentação das áreas de conhecimento²⁸, dispondo-se, portanto, contrariamente ao princípio da integralidade.

Este estudo identificou, ainda, que o PMM estimula os formadores – supervisores e tutores – a adotarem métodos pedagógicos inovadores, tal como prevê a EIP, segundo a qual são essenciais para o aprendizado compartilhado e interativo²⁹. Contudo, o estímulo não é acompanhado de processos de desenvolvimento docente, como pontuado pelos entrevistados.

Assumindo o desenvolvimento docente como um conjunto de ações empregadas para qualificar o corpo docente sobre seus papéis, de forma a potencializar os processos de formação, ele se faz nuclear para a transformação das

práticas pedagógicas e, por conseguinte, das práticas laborais em saúde. Para a EIP, o docente atua como mediador nas situações de aprendizagem, competência esta que demanda por desenvolvimento dos atores formativos, situando-o como um eixo central frente às inovações educacionais, à potência dos cenários de prática como espaços seguros e profícuos de compartilhamento de saberes e ao complexo processo de discussão dos papéis profissionais³⁰⁻³¹.

O comprometimento com uma formação baseada nos pressupostos da interprofissionalidade, no entanto, não pode ser reduzida à figura do formador. É requerido apoio institucional – das universidades, serviços de saúde e Estado –, que estimulem a criação de uma cultura de formação e trabalho em saúde integradora, colaborativa e interprofissional³².

Pensar estratégias de fortalecimento da EIP no PMM é um caminho importante – e necessário – para que a política seja sustentável e para que os resultados almejados sejam alcançados e solidificados. As falas dos participantes apontam que a dinâmica do trabalho em saúde na ESF é favorável para o desenvolvimento das competências colaborativas. O grande salto será possível quando os princípios da EIP puderem ser melhor incorporados nos itinerários formativos do PMM.

Considerações finais

O estudo evidenciou que alguns elementos centrais da EIP se enunciam nos processos formativos desenvolvidos no âmbito do eixo do provimento emergencial do PMM, a exemplo do aprendizado sobre o papel de cada profissão, o compartilhamento de experiências e a centralidade do cuidado no paciente. Por outra via, o preceito fundamental da EIP de aprendizado entre duas ou mais profissões não é aplicado sistematicamente, dado que os ciclos formativos se destinam, formalmente, apenas aos médicos do programa. Tal fato, no entanto, não exclui a possibilidade de desenvolvimento das competências colaborativas, a partir da inclusão das diferentes categorias profissionais nos processos de formação operados nos cenários de produção do cuidado em saúde.

O Mais Médicos configura-se como um espaço adequado para a EIP, na medida em que assegura a conformação mínima da equipe de ESF, oportunizando, assim, uma dinâmica de trabalho integralizada. Nesse cenário, a introdução

intencional e sistemática dos princípios da EIP, para que as competências colaborativas se desenvolvam, pode repercutir sobremaneira na melhoria da qualidade da atenção - que é o horizonte maior dessa estratégia.

Isto exposto, depreende-se que o PMM se constitui política potente e propícia para o fortalecimento da interprofissionalidade, especialmente porque sua proposta se assenta na lógica da educação permanente, o que demanda o estabelecimento de uma relação de mútua influência entre o campo da educação e do trabalho em saúde.

Considerando o PMM enquanto política recente e a incipiência de experiências documentadas sobre a EIP no contexto nacional, torna-se imperativo estabelecer um processo permanente de reflexão e avaliação dessas propostas. Nessa perspectiva, mais estudos são necessários para testar a influência delas sobre o trabalho em equipe e, por conseguinte, sobre a capacidade de resposta às demandas de saúde da população.

Dadas às fragilidades constatadas nos ciclos formativos no que se atem aos elementos teórico-metodológicos da EIP que obstem a prática colaborativa, recomenda-se a construção de uma oferta educativa sobre a EIP e colaboração profissional, para ser disponibilizada aos médicos do provimento emergencial do PMM e, oportunamente, aos demais integrantes das equipes de ESF. Vê-se, nessa proposta, uma oportunidade estratégica de apresentar e consolidar o conceito de EIP e de estimular o desenvolvimento das competências e das práticas colaborativas no cotidiano do trabalho em saúde.

Referências

1. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010.
2. World Health Organization. WHO education guidelines: transforming and scaling up health professionals' education and training. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2013.
3. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376(9756): 1923-58. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5) (acessado em 18/Abr/2018)
4. Centre for the Advancement of Interprofessional Education – CAIPE. Interprofessional Education Guidelines 2017. United Kingdom: CAIPE; 2017.
5. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 23 jun. 2014. Seção 1. p. 8-11. <http://www.fmb.unesp.br/Home/Graduacao/resolucao-dcn-2014.pdf> (acessado em 18/Abr/2018)

6. Freire Filho JR, Costa MV, Forster AC, Reeves S. New national curricula guidelines that support the use of interprofessional education in the Brazilian context: an analysis of key documents. *J Interprof Care* 2017; 31(6): 754-60. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1346592> (acessado em 18/Abr/2018)

7. Freire Filho JR, Magnago C, Costa MV, Forster AC. Cursos de especialização ofertados no âmbito do Mais Médicos: análise documental na perspectiva da Educação Interprofissional. *Interface* (prelo)

8. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.

9. Barr H. Ensuring quality in interprofessional education. *CAIPE Bulletin*. 2003; (22): 2-3.

10. Campos FE, Machado MH, Girardi SN. A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades. *Divulg. saúde debate* 2009; (44): 13-24.

11. Bispo Junior JP, Moreira DC. Educação permanente e apoio matricial: formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. *Cad Saúde Pública*. 2017; 33(9): e00108116. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00108116> (acessado em 18/Abr/2018)

12. Dal Poz MR, Perantoni CR, Girardi S. Formação, mercado de trabalho e regulação da força de trabalho em saúde no Brasil. In: Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2013. v. 3. pp. 187-233.

13. Dolea C, Stormont L, Braichet JM. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. *Bull World Health Organ* 2010; 88(5): 379-85.

14. Rourke J. WHO recommendations to improve retention of rural and remote health workers - important for all countries. *Rural Remote Health* 2010; 10(4): 1654

15. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Mais Médicos Program: an effective action to reduce health inequities in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2015; 20(11): 3547-52.

16. Schmitt MH, Gilbert JH, Brandt BF, Weinstein RS. The coming of age for interprofessional education and practice. *Am J Med* 2013; 126(4): 284-8.

17. Barr H. *Interprofessional Education: the genesis of a global movement*. United Kingdom: Center For The Advancement of Inteprofessional Care; 2015.

18. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 28(3).

19. Cuff P, Schmitt M, Zierler B, Cox M, De Maeseneer J, Maine LL et al. Interprofessional education for collaborative practice: views from a global forum workshop. *J Interprof Care* 2014; 28(1): 2-4.

20. Reeves S. Ideas for the development of the interprofessional education and

practice field: an update. *J Interpr Care* 2016; 30(4): 405-7.

21. Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interpr Care* 2009; 12(2): 181-7.

22. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver, Canada: CIHC; 2010.

23. Interprofessional Education Collaborative. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative; 2016.

24. Xyrichis A, Reeves S, Zwarenstein M. Examining the nature of interprofessional practice: an initial framework validation and creation of the InterProfessional Activity Classification Tool (InterPACT). *J Interpr Care* 2017. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1408576> (acessado em 18/Abr/2018)

25. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2013; 17(1):133-41.

26. D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L, Beaulieu MD. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care* 2005; 19(Suppl 1): 116-31.

27. San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care* 2005; 19(Suppl 1): 132-47.

28. Weller J. Shedding new light on tribalism in health care. *Med Educ*. 2012; 46(2): 134-6.

29. Peduzzi M. The SUS is interprofessional. *Interface* 2016; 20(56): 199-201.

30. Steinert Y. et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No. 8. *Med Teac*. 2006; 28(6): 497-526.

31. Batista NA, Batista SHSS. Interprofessional education in the teaching of the health professions: shaping practices and knowledge networks. *Interface* 2016; 20(56): 202-4.

32. Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface* 2016; 20(56): 185-97.

DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

O reconhecimento de que “o SUS é interprofissional” ratifica os potenciais aspectos viabilizadores para a implementação da abordagem da educação e práticas interprofissionais na política de educação na saúde do Brasil (45).

Os marcos teóricos e metodológicos da EIP presentes na base constitucional do SUS, no que se refere aos princípios do trabalho baseado em equipe e da integralidade da atenção e da responsabilidade com a formação de recursos humanos na área da saúde, favorece a formulação de ações e programas de saúde assentados nos referenciais da interprofissionalidade, como na APS, por meio da ESF (71,72).

A ESF é um modelo de iniciativa na qual está presente as bases da interprofissionalidade, já que seu arranjo organizacional contempla diversas categorias profissionais que viabilizam o aprendizado compartilhado e o trabalho colaborativo. No entanto, é possível afirmar que o histórico problema na conformação da equipe da ESF pela falta do profissional médico dificulta o alcance de resultados mais exitosos de práticas interprofissionais (3).

A escassez do médico na APS brasileira, sobretudo em áreas remotas e em territórios de grande vulnerabilidade social, bem como a sua distribuição desigual pelo território nacional, representa fator limitante para a colaboração profissional e para a integralidade da atenção, finalidade precípua da EIP (4,26).

Como forma de solucionar essa problemática situação que atinge as equipes da APS, o Ministério da Saúde vem, ao longo dos anos, lançando uma série de medidas. Do conjunto dos diversos projetos e programas cujas finalidades são prover o profissional médico na APS, o que representou efeitos mais representativos e estruturantes na saúde pública brasileira, e que vislumbrou a oportunidade de promover estratégias sólidas, coordenadas e intencionais para implementação da EIP foi o Programa Mais Médicos - PMM (6).

O PMM, com seu principal enfoque de prover o médico em áreas desatendidas, se destaca no cenário da política de recursos humanos na área da saúde por associar o provimento emergencial com iniciativas de qualificação. Essa característica do programa demonstra a sua interface com a EPS, visto que estão previstos momentos de qualificação realizados no espaço do trabalho em saúde, o

que viabiliza a troca de experiências e o compartilhamento de conhecimentos entre os diversos profissionais que ocupam a Atenção Básica brasileira (13).

Posto isso, há de se reconhecer que o PMM apresenta em seus pilares importantes elementos da EPS, como o estabelecimento de uma relação de mútua influência entre o campo da educação e do trabalho em saúde, sendo essa uma ocasião que favorece o desenvolvimento de iniciativas para avançar no tema da EIP no País.

Além do provimento emergencial, o outro eixo do programa está centrado em medidas que visa promover mudanças na formação médica, sendo as de maior visibilidade aquelas voltadas para a ampliação de vagas de graduação em medicina por meio de abertura e interiorização de novos cursos, como forma de garantir equilíbrio na distribuição de instituições de ensino pelo território nacional. A revisão das diretrizes curriculares, com a finalidade de promover a adequação do futuro perfil profissional às necessidades de saúde, também se faz presente nesse eixo, o tornando o eixo mais robusto e promissor no conjunto de ações do PMM para obtenção de resultados em longo prazo.

Posto isso, pode-se afirmar que, tanto o eixo da educação como o do provimento emergencial do PMM trazem em suas propostas elementos consistentes da EIP. Essa prerrogativa se confirma porque, ao se promover uma série de iniciativas para mudar a lógica da educação das profissões da área da saúde, por meio da publicação das novas DCN da graduação em medicina, incluindo nelas, e de forma explícita, importantes aspectos da interprofissionalidade, assim como o estabelecimento de medidas para garantir o médico na equipe e sua formação de modo compartilhado, demonstram a intencionalidade de incorporar o tema da EIP de forma mais concreta na realidade brasileira.

A respeito das novas DCN dos cursos de graduação em medicina, previsto pelo PMM, esta pesquisa apresentou como um de seus objetivos identificar nelas os princípios da EIP enquanto dispositivo para a reorientação da formação médica no Brasil.

O arcabouço legal do PMM trouxe, entre outros aspectos, um novo desenho constitutivo de orientações voltadas para o currículo médico, primariamente para fins de cumprimento legal. Além disso, buscou alcançar os objetivos de aprimoramento da formação médica no Brasil, dado que os instrutivos constantes no documento de 2001 tornaram-se obsoletos diante das necessidades de promover transformações

no ensino médico.

As DCN de 2001 e as mais recentes DCN dos cursos de graduação em medicina foram bases para a realização de uma análise documental comparativa e exploratória.

Os resultados demonstram que a explicitação da EIP nas novas DCN é um avanço para a sua incorporação no cenário brasileiro. Suas orientações apresentam capacidade para modificar o processo de formação de médicos no Brasil, pois estimula as instituições de ensino a refletirem sobre a realidade da formação e a avançar em importantes pontos para a formação de um profissional com perfil alinhado ao SUS.

A publicação das novas DCN expressa importante iniciativa do Brasil no tocante à efetivação de experiências bem-sucedidas de EIP no nível macro da realidade, sendo este nível relacionado a processos de natureza políticas que visam orientar as instituições formadoras para a incorporação da estratégia educacional nos currículos (73).

A análise comparativa das duas DCN aponta evidentes avanços no texto do recente documento publicado, ao contemplar estratégias de qualificação docente nas instituições formadoras, uma vez que o corpo formador bem preparado para desenvolver competências para o trabalho em equipe e apto para criar condições para que alunos compreendam o papel do outro é uma das condições essenciais para a implementação da EIP (74,75).

Não obstante, efetivar processos de formação docente se constitui um dos maiores desafios, isto porque exigirá esforços para enfrentar o modelo atual de formação, que historicamente é resistente a práticas mais inovadoras, como a EIP. Portanto, medidas como planejamento das atividades de desenvolvimento docente para a EIP faz-se prioridade, até porque o tema no Brasil é recente (76).

Outros aspectos favoráveis para a implementação da EIP são revelados na análise comparativa das duas DCN, como a clara demonstração da necessidade do desenvolvimento de competências profissionais para o trabalho em equipe. Sobre essa questão, o texto das recentes DCN aponta que o perfil do futuro médico deverá ser voltado para a atuação em trabalho interprofissional nas equipes de saúde, com o reconhecimento dos papéis comuns entre os diferentes profissionais de saúde, tendo o usuário, família e comunidade como protagonistas nas decisões em saúde. O texto de 2001, por sua vez, se restringe a orientações mais ou menos dispersas

voltadas para o desenvolvimento de um perfil para o trabalho multiprofissional (77,78).

Estrutura curricular alinhada às dinâmicas e complexas necessidades de saúde do contexto nacional e global, recomendação por metodologias ativas e estímulo a processo permanente de avaliação do aluno voltado para a formação de valores e atitudes coerentes com as demandas sociais e de saúde também são importantes aspectos presentes nas DCN de 2014 e que apresentam correspondência com o referencial da EIP (79-84).

Dessa forma, por todos os achados supracitados, é cabível fazer a defesa de que as novas DCN apontam claramente para a necessidade da EIP no perfil profissional do médico no Brasil, reforça o potencial dessa abordagem para as mudanças das práticas e incentiva os agentes ligados com a educação médica a lançar iniciativas voltadas para aprendizagem compartilhada, para a comunicação interprofissional, assim como para o desenvolvimento de competências profissionais que valorizem os usuários como sujeito central da produção dos serviços de saúde.

Resultado de ações previstas no PMM, essas evidências poderão estimular o debate em nível nacional e influenciar na elaboração das diretrizes das demais categorias profissionais da área da saúde, conferindo, assim, uma incorporação mais consolidada e sustentável da EIP na educação de todas as profissões da área da saúde.

Articular o referencial da EIP à realidade brasileira se mostra adequado, na medida em que é possível perceber importantes esforços no país para a sua adoção, a exemplo das novas DCN, como ferramenta capaz de reorientar o processo de formação em saúde e que merecem ser aperfeiçoadas para assegurar resultados que provoquem impacto na melhoria da atenção à saúde.

Outra importante ação do PMM que este estudo intentou averiguar foi a oferta dos Cursos de Especialização em Saúde da Família aos médicos do provimento emergencial. Por meio da abordagem exploratória, nove projetos PPP dos cursos foram analisados sob os marcos teóricos e metodológicos da EIP.

Os resultados da análise demonstram que há uniformidade nos programas, no tocante à organização curricular, métodos de ensino-aprendizagem e avaliação dos alunos, quando analisados sob os referenciais da EIP.

A explicitação da abordagem da EIP não ocorreu em nenhum PPP dos cursos. No entanto, o estudo demonstrou que, nos projetos, há correspondência de

conteúdos, em maior ou menor grau, com elementos da EIP, especialmente no que tange ao seu objetivo de qualificar profissionais para melhoria dos resultados da assistência à saúde. A multi e a interdisciplinaridade, a proposição de atividades pedagógicas relacionadas ao diálogo e o desenvolvimento de habilidades que necessitam da integração de diversos profissionais de saúde estão presentes nos PPP, sendo esses aspectos diretamente relacionados com a EIP (85).

O uso de metodologias ativas, como a aprendizagem baseada em problemas e a discussão de casos clínicos complexos também aparecem nos PPP dos cursos como importantes abordagens para o desenvolvimento de pensamento crítico e de habilidades interprofissionais (86,87).

Um notório achado nesta pesquisa se relaciona às teorias educacionais propostas para a formulação dos PPP, tão fundamentais para dar sustentação aos constructos pedagógicos, sobretudo para a utilização da abordagem da EIP. Mais da metade dos projetos analisados carecem de evidências sobre a teoria utilizada para a elaboração dos cursos. No entanto, alguns projetos se associam aos princípios baseados na Educação pelo Trabalho, na Psicologia Social e na Teoria da Complexidade, as quais são propostas pela literatura como orientadoras para o desenvolvimento e implementação da EIP (88,89).

Em se tratando da avaliação para fortalecimento do processo ensino-aprendizagem, todos os PPP analisados preveem diversos métodos para avaliação contínua do desenvolvimento de competências e atitudes profissionais para a prática em saúde na APS. Porém, não foram encontradas propostas de avaliação institucional, tão necessárias para o aprimoramento dos resultados mediante replanejamento dos contextos educacionais, sobretudo para a EIP (90).

Um aspecto relevante nessa discussão é que, embora os elementos da EIP não apareçam de forma explícita nos PPP, o estudo aponta duas importantes considerações, intrinsecamente relacionadas: a necessidade de pensar sobre propostas pedagógicas mais sistematizadas, como maior clareza dos fundamentos teórico-conceituais e metodológicos, e que apesar disso, os cursos se mostram potentes para a adoção dos princípios da EIP.

Um terceiro objetivo do estudo foi encontrar evidências para além dos aspectos formalmente instituídos pelo PMM. Questões relacionadas à interprofissionalidade com o foco diretamente relacionado ao cotidiano do trabalho em saúde também foram investigadas, como a comparação das atitudes em relação

à colaboração interprofissional de profissionais de saúde participantes do PMM.

Por meio da aplicação da EJARCI, as respostas dos profissionais de saúde indicaram diferenças estatísticas significantes entre os escores da escala e a categoria profissional e entre os escores e a escolaridade, apontando que as atitudes para a colaboração interprofissional dos enfermeiros foram mais positivas que as dos demais profissionais (91,92). No entanto os achados apontam que o escore médio dos diferentes grupos profissionais também é elevado, o que demonstra que todas as categorias têm atitudes a favor da colaboração profissional (93).

Sobre os médicos, o estudo revelou que os de perfil intercambista e cooperado possuem habilidades e experiências práticas diferenciais em relação aos médicos brasileiros, como a centralidade na abordagem comunitária; o compartilhamento de conhecimentos e práticas com o conjunto da equipe e o estabelecimento de vínculo estreito com o usuário e a comunidade. Tais competências contrastam com a prática de grande parte dos médicos brasileiros, que ainda mantêm centralidade excessiva na abordagem individual e uniprofissional (94).

Embora, no estudo, os profissionais com formação superior indiquem maior disponibilidade à colaboração, há muito que se investir em medidas para a transformação da educação das profissões de saúde, para que de fato possam superar os processos formativos centrados numa perspectiva uniprofissional (72).

O último objetivo da pesquisa priorizou, na perspectiva dos participantes do programa, o enfoque educacional do eixo do provimento e a busca por evidências associadas à EIP nesse processo.

Assim, ao buscar indícios dos marcos teóricos e metodológicos da EIP no conjunto de ações formativas previstas no eixo do provimento emergencial do PMM, encontraram-se importantes elementos dessa abordagem, como o aprendizado sobre o papel de cada profissão, o compartilhamento de experiências e a centralidade do cuidado no paciente.

As competências colaborativas, definidas como aquelas que viabilizam o trabalho em equipe efetivo, resolutivo e alinhado às necessidades de saúde são abordados nos ciclos formativos do PMM, sendo destaque o reconhecimento do papel do outro; o funcionamento da equipe; a comunicação interprofissional; e o reconhecimento da necessidade de (re)situar as demandas dos usuários, famílias e comunidade como núcleo do processo de trabalho em saúde (77,95,96).

Um importante achado neste estudo foi o reconhecimento de que a política de provimento médico possibilitou a reversão de cenários de saúde, nos quais as equipes de ESF, incompletas pela ausência desse profissional, estavam consideravelmente limitadas para promover atenção integral às populações por meio da colaboração profissional⁶. Ademais, o reconhecimento de que questões relacionadas ao estabelecimento de parceria, interdependência, compartilhamento e resolução de conflitos estão enunciadas nos ciclos formativos do programa, e que, de certo modo, pode também ser atribuído a presença do médico na equipe (97).

O valor público do PMM e sua finalidade para mudar a lógica do trabalho e formação médica alinhadas às necessidades do SUS se confirmam no discurso dos participantes da pesquisa. No entanto, as críticas sobre o direcionamento das ofertas educacionais restritas aos médicos também aparecem, uma vez que propor iniciativas educacionais compartilhadas é condição *sine qua non* para a superação das manifestações hegemônicas de poder e dos silos profissionais, que se ancoram, *grosso modo*, na lógica da fragmentação das áreas de conhecimento, dispondo-se, portanto, contrariamente ao princípio da integralidade (98).

Necessidade de investimentos em qualificação docente para a EIP também foram revelados no estudo. Mesmo o PMM sendo um importante programa que estimula os formadores – supervisores e tutores – a adotarem métodos pedagógicos inovadores, tal estímulo não é acompanhado de iniciativas que possibilitam promover o desenvolvimento docente, estratégia essencial para dar sustentabilidade à sua implementação. De igual maneira, o apoio institucional para a efetivação de cultura de formação e trabalho em saúde integradora, colaborativa e interprofissional (99, 100) também é imprescindível para a promoção e consolidação da interprofissionalidade.

CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

A EIP se configura como uma proposta de transformação das práticas educacionais e, por conseguinte, da cultura dos cuidados de saúde. Nessa perspectiva, ela tem sido considerada estratégia promissora para a qualificação da atenção à saúde e para o alcance da saúde universal. Os principais objetivos dessa abordagem educacional consistem na modificação de atitudes dos profissionais da equipe de saúde, de forma a melhorar a comunicação por meio do estabelecimento de relações dialógicas e promover o desenvolvimento das competências colaborativas.

No contexto brasileiro, a EIP encontra espaço propício para o seu desenvolvimento, em especial na Atenção Básica, dada a sua operacionalização por meio de equipes multiprofissionais. Com o PMM, que proporcionou a completude de equipes anteriormente limitadas pela ausência do médico, pelo empenho em modificar as normativas educacionais de medicina e por ofertar estratégias de formação alicerçadas na realidade do trabalho, esse nível de atenção mostra-se ainda mais permissivo à aplicação dos elementos teóricos e metodológicos da educação e práticas interprofissionais.

Foi com base nessa premissa que esta tese foi desenvolvida. Com ela, objetivou-se analisar as propostas e as ações pedagógicas desenvolvidas no âmbito do PMM a partir dos referenciais teóricos e metodológicos da EIP e das práticas colaborativas em saúde. Para responder a este objetivo, adotou-se diferentes técnicas de pesquisa: análise documental, aplicação de uma escala de pontos, entrevistas em profundidade e grupos focais, com diferentes atores envolvidos no PMM.

Esta pesquisa exploratória produziu evidências que, confrontadas com a literatura especializada no tema, forneceu pistas para a avaliação do potencial do PMM enquanto estratégia viabilizadora para a promoção da EIP e das práticas colaborativas.

Da análise das novas DCN dos cursos de graduação em medicina, evidenciou-se que elas representam, sem nenhuma dúvida, um grande avanço para inserção da EIP no contexto das mudanças da formação em saúde. Mais ainda, a clara enunciação da interprofissionalidade no perfil profissional do médico fortalece a

discussão e estimula os atores imbricados na educação médica a aperfeiçoar os processos de aprendizagem compartilhada e a comunicação interprofissional e de iniciativas que valorizem os usuários como sujeito central da atenção à saúde.

A averiguação dos PPP dos Cursos de Especialização em Saúde da Família ofertados aos médicos integrantes do PMM apontou que não há explicitude da interprofissionalidade como base referencial, entretanto, eles apresentam aderência a alguns elementos da EIP, em especial no que tange ao seu objetivo de qualificar profissionais de saúde para melhoria dos resultados da assistência à saúde.

Dado que o previsto documentalmente não é necessariamente posto em prática, também foi operacionalizada uma pesquisa *in loco* com médicos, tutores, supervisores e profissionais de saúde componentes das equipes de ESF nas quais médicos do provimento emergencial foram alocados. Buscou-se, com isso, investigar mais profundamente se os pressupostos da EIP e prática colaborativa se sobressaem nos ciclos formativos e na dinâmica do trabalho em equipe.

Desta etapa, a partir da aplicação da EJARCI, escala que tem por finalidade mensurar a atitude em relação à colaboração interprofissional, identificou-se que todos os profissionais apresentaram escores elevados, em especial os enfermeiros. O perfil do médico/equipe – brasileiro, intercambista ou cubano – não produziu diferenças estatísticas significantes, mas os estrangeiros obtiveram pontuações superiores aos brasileiros. Sobre isso, os profissionais de saúde que participaram do grupo focal ratificam essa perspectiva. Segundo eles, os médicos estrangeiros mostram-se mais afetos ao trabalho em equipe na APS.

Das entrevistas com os médicos, tutores e supervisores foi possível apreender que elementos centrais da EIP se enunciam nos processos formativos desenvolvidos no âmbito do eixo do provimento emergencial do PMM. Entre eles, a promoção do conhecimento sobre o papel de cada profissão, o compartilhamento de experiências no cotidiano do trabalho e a centralidade do cuidado no usuário. Porém, o pressuposto fundamental da EIP de aprendizado entre duas ou mais profissões não é aplicado formalmente, pois os ciclos educativos incluem apenas os médicos. Embora a abordagem da interprofissionalidade possa ser obstada pela ausência de outras categorias profissionais no âmbito das ofertas de formação, métodos pedagógicos bem empregados podem ser favoráveis ao emprego da EIP.

De maneira geral, a partir dos resultados desta pesquisa, pode-se afirmar que o PMM se qualifica como uma potente oportunidade para o desenvolvimento de

competências colaborativas e para a adoção de práticas pedagógicas alicerçadas nos elementos teórico-metodológicos da EIP. Isto porque ele oportuniza a conformação mínima da equipe de ESF, favorece processos de trabalhos compartilhados e a formação em serviço na lógica da EPS.

É preciso reconhecer, no entanto, que o PMM, por se de uma política recente de saúde e educação, ainda carece de estudos mais aprofundados acerca de seus diferentes aspectos, que podem se mostrar complexos e tardios. Recomenda-se, assim, que novas pesquisas sejam delineadas, não apenas numa perspectiva de superar os limites deste estudo, mas de abranger e dialogar com os resultados encontrados aqui.

As limitações da pesquisa incluem sua abrangência local e o número amostral que pode não ter sido representativo, o que exige cautela na extrapolação dos resultados. Ademais, a ausência de estudos documentados que relacionem o PMM à EIP e às práticas colaborativas limitou a interlocução dos resultados encontrados aqui com outros achados. Esse fator limitante, no entanto, comprova o ineditismo deste estudo, que pode ser contributivo para a inauguração de linhas de pesquisa enfocadas no tema e que colaborem para análises mais aprofundadas sobre a colaboração interprofissional nas equipes da ESF e para avaliação do impacto do PMM sob diferentes perspectivas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Fleury S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *The Lancet*. 2011;377(9779):1724-5.
2. Macinko J, Harris MJ. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(23):2177-81.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) eo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*; 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. Programa Mais Médicos - dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
5. Carvalho MS, Sousa MF. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos? *Interface*. 2013;17(47):913-26.
6. Pinto HA, Sales MJT, Oliveira FP, Brizolara R, Figueiredo AM, Santos JT. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. *Divulg saúde debate*. 2014;(51):105-20.
7. Ribeiro ECO, Lima VV. Competências profissionais e mudanças na formação. *Olho Mágico*. 2003;10(2):47-52.
8. Brasil. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial da União*; 2013.
9. Brasil, Ministério da Educação. Portaria nº 585, de 15 de junho de 2015. Dispõe sobre a regulamentação da Supervisão Acadêmica no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial da União*; 2015.
10. Mello GA, Demarzo MMP. Novas escolas médicas e a regionalização. *Novos Caminhos*. 2015 [cited 2018 Apr 29];(3). Disponível em: http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/05/Novos_Caminhos_03_Final.pdf
11. Rovere MR. El Programa Más Médicos: un análisis complementario desde la perspectiva de la salud internacional. *Interface [Internet]*. 2015 Sep [cited 2018 Apr 29];19(54):635-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0225>.
12. Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP, Figueiredo AM. O Programa Mais Médicos

- e a formação no e para o SUS: por que a mudança? Esc Anna Nery Rev Enferm. 2015;19(1):5-6.
13. Oliveira FP, Vanni T, Pinto HA, Santos JTR, Figueiredo AM, Araújo SQ et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. Interface. 2015;19:623-34.
14. Couto MP. O Programa Mais Médicos: a formulação de uma nova política pública de saúde no Brasil [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2015.
15. Organização Pan-Americana da Saúde. Implementação do Programa “Mais Médicos” em Curitiba: Experiências inovadoras e lições aprendidas. Estudos de Caso Sobre o Programa Mais Médicos. Brasília, DF: OPAS; 2015.
16. Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS; 2010.
17. Ruas C. Programa Mais Médicos: a história vivida e contada. Porto Alegre: Rede Unida; 2015.
18. Campos GWS. Mais médicos e a construção de uma política de pessoal para a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Interface. 2015;19(54):641-2.
19. Batista NA, Vilela RQB, Batista SHSS. Educação Médica no Brasil. São Paulo: Cortez; 2015.
20. Medeiros MA. Dificuldades de se proporcionar mais médicos para o Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2015.
21. Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP, Figueiredo AM. O Programa Mais Médicos e a formação no e para o SUS: por que a mudança? Esc Anna Nery Rev Enferm. 2015;19(1):5-10.
22. Malone D, Marriott S, Newton-Howes G, Simmonds S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. The Cochrane database of systematic reviews. 2007(3):CD000270-CD.
23. Pierantoni CR, Dal Poz MR, França T (Orgs.). O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ObservaRH; 2011.
24. Schanaider A. Mais ou menos médicos! Rev Col Bras Cir. 2014;41(5):303-4.
25. Lopes LRS. Demografia médica: provimento e fixação de médicos em áreas de maior vulnerabilidade [trabalho de conclusão de curso]. Rio de Janeiro: Escola Superior de Guerra; 2013.
26. Santos LMP, Costa AM, Girardi SN. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. Ciênc saúde coletiva. 2015;20(11):3547-52.

-
27. Ribeiro RC. Programa Mais Médicos – um equívoco conceitual. *Ciênc saúde coletiva*. 2015;20(2):421-4.
 28. Silva RP, Barcelos AC, Hirano BQL, Izzo RS, Calafate JMS, Soares TO. A experiência de alunos do PET-Saúde com a saúde indígena e o programa mais médicos. *Interface*. 2015;19(supl.1):1005-14.
 29. Lima Filho LG. Análise da adequação orçamentária e financeira da Medida Provisória nº 723, de 29 de abril de 2016. Brasília, DF: Senado Federal; 2016.
 30. Organização Pan-Americana da Saúde. Estudos de Caso do Programa Mais Médicos no Rio Grande do Norte: caminhos percorridos, produções e criações de conhecimento no Seminário Potiguar. Brasília: OPAS; 2016.
 31. Ceccim R. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*. 2005;9(16):161-77.
 32. Engstrom EM. O supervisor e as estratégias educacionais dos encontros locorregionais no Programa Mais Médicos do Brasil: reflexões acerca de concepções e práticas. *Tempus, actas de saúde colet*. 2016;10(1):241-52.
 33. Lopes AC. "Programa Mais Médicos" e a saúde no Brasil. *Rev Soc Bras Clín Méd*. 2013;11(4):309.
 34. Mendes BC. O Programa Mais Médicos trará bons resultados? [monografia]. Brasília: universidade de Brasília; 2014.
 35. Campos GWS. A saúde, o SUS e o programa "Mais Médicos". *Rev Med Resid*. 2013;15(2):1-4.
 36. Amaral JLG, Pêgo-Fernandes PM, Bibas BJ. Mais médicos: melhor atenção à saúde da população. *Diagn Tratamento*. 2012;17(1):3-4.
 37. Brasil. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2014.
 38. Cyrino EG, Pinto HA, Oliveira FP, Figueiredo AM, Domingues SM, Parreira CMSF. Há pesquisa sobre ensino na saúde no Brasil? *ABCS Health Sci*. 2016;40(3):146-55.
 39. Cruz MAC. A integralidade nas práticas de saúde após implantação do Programa Mais Médicos: a experiência da Unidade Básica de Saúde Samambaia: Juatuba-MG [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2015.
 40. Shrader S, Hodgkins R, Laverentz D, Zaudke J, Waxman M, Johnston K et al. Interprofessional Education and Practice Guide No. 7: Development, implementation, and evaluation of a large-scale required interprofessional education foundational programme. *J Interprof Care*. 2016;30(5):615-9.

41. Reeves S. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. *Interface*. 2016;20(56):185-96.
42. Matuda CG, Aguiar DML, Frazão P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saúde Soc*. 2013;22(1):173-86.
43. Zirn L, Körner M, Luzay L, Sandeck F, Müller-Fröhlich C, Straub C et al. Design and evaluation of an IPE module at the beginning of professional training in medicine, nursing, and physiotherapy. *GMS Journal for Medical Education*. 2016;33(2).
44. Costa MV, Patrício KP, Câmara AMCS, Azevedo GD, Batista SHSS. Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. *Interface*. 2015;19(supl. 1):709-20.
45. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface*. 2016;20(56):199-201.
46. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, 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.
47. Madruga LMS, Ribeiro KSQS, Freitas CHSM, Pérez IAB, Pessoa TRRF, Brito GEG. The PET-Family Health and the education of health professionals: students' perspectives. *Interface*. 2015;19(supl. 1):805-16.
48. Masetto MT. Inovação curricular no ensino superior. *e-Curriculum*. 2011;7(2).
49. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(spe2):16-24.
50. Barr H. Interprofessional education: the genesis of a global movement. London: Centre for Advancement of Interprofessional Education; 2015.
51. Camara AMCS, Pinho DLM. A educação interprofissional no PET-Saúde: uma experiência de educação transformadora. *Cad. Educ. Saúde Fisioter*. 2015;2(3).
52. Camara AMCS, Cyrino AP, Cyrino EG, Reeves S, Azevedo GD, Costa MV et al. Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde. *Interface*. 2016;20(56):5-8.
53. Hepp SL, Suter E, Jackson K, Deutschlander S, Makwarimba E, Jennings J et al. Using an interprofessional competency framework to examine collaborative practice. *J Interprof Care*. 2015;29(2):131-7.
54. Reeves S. Reply. *Interface*. 2016;20(56):205-6.
55. Leopardi MT, Beck CLC, Nietzsche EA, Gonzales RMB. Metodologia da pesquisa na saúde. Santa Maria: Pallotti; 2001.

-
56. Carlos GA. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas; 2002.
57. Creswell JW, Clark VLP. Pesquisa de Métodos Mistos. Série Métodos de Pesquisa: Penso; 2015.
58. Farra R, Lopes P. Métodos mistos de pesquisa em educação pressupostos teóricos. Nuances: Estudos Sobre Educação. 2013;24(3):67-80.
59. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
60. Barr H. Ensuring quality in interprofessional education. CAIPE Bulletin. 2003; 22:2-3.
61. Abed MM. Adaptação e validação da versão brasileira da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional: um estudo em profissionais da atenção básica [dissertação]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2015.
62. Hojat M, Ward J, Spandorfer J, Arenson C, Winkle LJV, Williams B. The Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (JeffSATIC): development and multi-institution psychometric data. J Interprof Care. 2015 [cited Jul 29, 2017];29(3):128-44. Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/13561820.2014.962129>.
63. Gergen KJ. O movimento do Construcionismo Social na Psicologia Moderna. R Inter Interdisc INTERthesis. 2009;6(1):299-325.
64. Gergen KJ. The social constructionist movement in modern psychology. American Psychologist. 1985;40(3):266-75.
65. Gergen KJ. An invitation to Social Construction. London: Sage; 1999.
66. Gergen KJ. (Org.) The appreciative organization. USA: Taos Institute; 2001.
67. Guanaes C. A construção da mudança em terapia de grupo: um enfoque construcionista social. São Paulo: Vetor; 2006.
68. Guanaes C, Japur M. Construcionismo Social e Metapsicologia: um diálogo sobre o conceito de Self. Psicol. teor. pesqui. 2003;19(2):135-43.
69. Shotter J, Gergen KJ. Social Construction: Knowledge, Self, Others and continuing the conversation. In: Deetz SA (Ed.). Communication Yearbook/17. California: Sage; 1994. p. 3-33.
70. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Diário Oficial da União; 2013.
71. 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. 259-78.

72. Costa MVD. The interprofessional education in Brazilian context: some reflections. *Interface*. 2016;20(56):197-8.
73. Oandasan I, Reeves S. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *J Interp Care*. 2005;19(Supl. 1):21-38.
74. Panel, I. E. C. E. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Interprofessional Education Collaborative, Washington, DC; 2011.
75. Crisp N, Chen L. Global supply of health professionals. *N Engl J Med*. 2014;370(10):950-7.
76. Hall LW, Zierler BK. Interprofessional education and practice guide no. 1: Developing faculty to effectively facilitate interprofessional education. *J Interprof Care*. 2015;29(1):3-7.
77. Barr H. (1998). Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprof Care*. 1998;12(2):181-7.
78. Schonwetter DJ, Hamilton J, Sawatzky JA. Exploring professional development needs of educators in the health sciences professions. *J Dental Educ*. 2015;79(2):113-23.
79. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T et al. Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010;376(9756):1923-58.
80. Liu Y, Zhang Y, Liu Z, Wang J. Gaps in studies of global health education: an empirical literature review. *Glob Health Action*. 2015;8:25709.
81. Melo BDC, Sant'Ana G. A prática da Metodologia Ativa: Compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino-aprendizagem. *Comun Ciênc Saúde*. 2012;23(4):327-39.
82. Reeves, S. The need to problematize interprofessional education and practice activities. *J Interprof Care*. 2010;24(4):333-5.
83. Towle A, Godolphin W. Patients as educators: Interprofessional learning for patient-centred care. *Med Teach*. 2013;35(3):219-25.
84. Kahaleh AA, Danielson J, Franson KL, Nuffer WA, Umland EM. An interprofessional education panel on development, implementation, and assessment strategies. *Am J Pharm Educ*. 2015;79(6):78.
85. Araújo TAM, Vasconcelos ACCP, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. *Interface* [Internet]. 2017 [acesso em 05 nov. 2017];21(62):601-13. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832017000300601&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>

-
86. L'Ecuyer KM, Pole D, Leander SA. The use of PBL in an Interprofessional Education Course for Health Care Professional Students. *Interd J Problem Based Learn* [Internet]. 2015 [cited 2017 Oct 14];9(1):8-18. Available from: <https://doi.org/10.7771/1541-5015.1497>
87. Thompson C. Do interprofessional education and problem-based learning work together? *Clin Teach*. [Internet]. 2010 [cited 2017 Nov 02];7(3):197-201. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1743498X.2010.00381.x/fu> doi:
88. Sargeant J. Theories to aid understanding and implementation of interprofessional education. *J Contin Educ Health Prof*. 2009;29(3):178-84.
89. Morais FRR, Jales GML, Silva MJC, Fernandes SF. A importância do PET-Saúde para a formação acadêmica do enfermeiro. *Trab Educ Saúde*. [Internet]. 2012 [acesso em 16 out. 2017];10(3):541-51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462012000300011&script=sci_abstract&tlng=pt
90. Miranda Neto MV, Leonello VM, Oliveira MAC. Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 05];68(4):586-93. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680403i>
91. Elsous A, Radwan M, Mohsen S. Nurses and physicians attitudes toward nursephysician collaboration: a survey from Gaza Strip, Palestine. *Nurs Res Pract* 2017 [cited Jul 24, 2017];7406278. Available from: <http://dx.doi.org/10.1155/2017/7406278>
92. Brown SS, Lindell DF, Dolansky MA, Garber JS. Nurses' professional values and attitudes toward collaboration with physicians. *Nursing Ethics*. 2014 [cited Aug 25, 2017];22(2):205-16. Available from: <https://doi.org/10.1177/0969733014533233>
93. Faquim JPS, Frazão P. Perceptions and attitudes on interprofessional relations in dental care during prenatal care. *Saúde debate*. 2016 [cited Aug 25, 2017];40(109):59-69. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201610905>
94. Trindade TG, Batista SR. Family and Community Medicine: now more than ever! *Cien Saúde Colet*. 2016 [cited Sep 10, 2017];21(9):2667-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.18862016>
95. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A National Interprofessional Competency Framework. Vancouver, Canada: CIHC; 2010.
96. Interprofessional Education Collaborative. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update. Washington, DC: Interprofessional Education Collaborative; 2016.
97. San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical

- studies. *J Interprof Care* 2005;19(Suppl 1):132-47.
98. Weller J. Shedding new light on tribalism in health care. *Med Educ.* 2012;46(2):134-6.
99. Steinert Y, Mann K, Centeno A, Dolmans D, Spencer J, Gelula M et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to improve teaching effectiveness in medical education: BEME Guide No. 8. *Med Teac.* 2006;28(6):497-526.
100. Batista NA, Batista SHSS. Interprofessional education in the teaching of the health professions: shaping practices and knowledge networks. 2016;20(56):202-4.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre esclarecido

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esclarecimentos

Este é um convite para você participar da pesquisa **“Educação e práticas interprofissionais no Programa Mais Médicos: implicações na formação e no trabalho em saúde do contexto brasileiro”** que é coordenada por José Rodrigues Freire Filho, com orientação de Aldaísa Cassanho Forster e Ricardo Burg Ceccim e que segue as recomendações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento ou recusar-se a participar da pesquisa, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade.

Essa pesquisa se **justifica** porque apresenta a proposta da Educação Interprofissional (EIP), na perspectiva teórica e metodológica que poderá ser adotada nas frentes do Programa Mais Médicos (PMM), com contribuições para a literatura em torno do ensino na saúde, enquanto que o trabalho em saúde poderá se beneficiar dos princípios desse estilo educacional para o fortalecimento das práticas colaborativas, o que pode gerar qualidade para o desenvolvimento da atenção e cuidado em saúde. A pesquisa tem como **objetivo geral**: Analisar aspectos do Programa Mais Médicos relacionados à reorientação das ações pedagógicas e das práticas de saúde, a partir dos referenciais teóricos e metodológicos da Educação e da Prática Interprofissionais em saúde. E como **objetivos específicos**: Conhecer experiências práticas e contribuições teóricas em torno da EIP na realidade brasileira, por meio de revisão integrativa da literatura; Identificar nas recentes Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina, instituída a partir do PMM, princípios da EIP enquanto dispositivo para a reorientação da formação médica no Brasil; Examinar as ofertas formativas (cursos de especialização, extensão e aperfeiçoamento) do PMMB, que integram o eixo do provimento emergencial do PMM, sob a ótica das bases teóricas e metodológicas da EIP; Analisar o processo de incorporação dos médicos do eixo do provimento emergencial do PMM nas equipes da Estratégia Saúde da Família e suas implicações para o desenvolvimento de práticas interprofissionais; Discutir percepções e proposições dos atores envolvidos (supervisores/tutores) nos itinerários formativos do eixo do provimento emergencial do PMM, a respeito da EIP como pressuposto para o desenvolvimento de práticas colaborativas em saúde.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) aos seguintes procedimentos: participação de grupo focal, preenchimento de uma escala do tipo Likert e entrevista. Os dados serão coletados por um segundo pesquisador devidamente treinado.

Os **riscos** envolvidos com sua participação são: você, pela natureza da atuação profissional que envolve mais categorias, poderá se sentir desconfortável em compartilhar experiências, temendo a exposição. Outro ponto é sobre o desconhecimento de determinadas terminologias. Estes **riscos serão minimizados** através das seguintes providências: vocês serão orientados sobre o conceito de EIP, bem como outros termos pertinentes. Sobre a possibilidade de se sentirem expostos, serão adotadas metodologias para evitar situações dessa natureza, com a finalidade de enfatizar a natureza imparcial do estudo.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhuma fase/etapa desta pesquisa. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Garanto que os dados obtidos a partir de sua participação na pesquisa não serão utilizados para outros fins além dos previstos neste termo.

Você ficará com uma via original deste termo, que deverá ser rubricada e assinada em cada página e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para o pesquisador principal, José Rodrigues Freire Filho, no endereço Rua César Tupinambá Roselino, 176, Vila Ana Maria - Ribeirão Preto – SP, CEP 14026-230, ou pelo telefone (61) 999266320.

Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP/USP) no endereço Rua Teresina, 690, Sumarezinho - Ribeirão Preto – SP, CEP 14055-380, ou pelo telefone (16) 3315-0001.

Consentimento Livre e Esclarecido

Estou de acordo com a participação no estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido(a) quanto aos objetivos da pesquisa, ao(s) procedimento(s) ao(s) qual(is) serei submetido e dos possíveis riscos que possam advir de minha participação. Foram-me garantidos esclarecimentos que eu venha a solicitar durante a pesquisa e o direito de desistir da participação em qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou de minha família. Autorizo, assim, a publicação dos dados desta pesquisa sendo-me garantido o meu anonimato e o sigilo dos dados referentes a minha identificação.

Participante da pesquisa ou responsável legal:

_____, ____/____/____.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Participante da Pesquisa

José Rodrigues Freire Filho (Pesquisador responsável)

Doutorando do Departamento de Medicina Social da Faculdade Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, CEP: 14049-900, Ribeirão Preto, SP. Tel. (16) 36022616.

Profa. Dra. Aldaísa Cassanho Forster (Orientadora da Pesquisa)

Docente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, CEP: 14049-900 Ribeirão Preto, SP. Tel. (16) 36022516

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-FMRP)

Rua Teresina, 690 Sumarezinho, Ribeirão Preto, SP. Tel. (16) 36020009. E-mail: csecuiaba@fmrp.usp.br <mailto:cep@uern.br>

APÊNDICE B – Roteiro do Grupo Focal

Roteiro do Grupo Focal com os profissionais da ESF

Questões disparadoras

1. Vocês acham que o Projeto Mais Médicos para o Brasil conseguiu desencadear mudanças na dinâmica do trabalho em equipe com outros profissionais na Estratégia Saúde da Família (fortaleceu o trabalho em equipe)?
2. Quais os pontos mais fortes e mais frágeis para o desenvolvimento do trabalho em equipe?
3. Que experiências em seus processos de formação acadêmica (graduação, residência, pós-graduação etc.) foram importantes para formar suas habilidades para trabalhar efetivamente em equipe?
4. Na realidade dos serviços de saúde, vocês passaram por algum processo formativo que estimulou ou fundamentou sua prática para a efetivação do trabalho em equipe?

APÊNDICE C – Roteiro para entrevista com os médicos**Roteiro de entrevista com os médicos**

1. Você considera que os ciclos formativos (curso de especialização, módulos no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS - AVASUS, visitas dos supervisores) no âmbito do Mais Médicos qualifica seu trabalho para atuar em equipe com outros profissionais? Em que aspectos?
2. Assim que começou a exercer sua prática profissional, você se sentiu preparado para trabalhar em equipe com outros profissionais de saúde?
3. Nos ciclos formativos do Mais Médicos (curso de especialização, módulos no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS - AVASUS, visitas dos supervisores) você foi estimulado a desenvolver e/ou fortalecer o trabalho em equipe com outros profissionais na realidade em que você está inserido? Você pode citar exemplos?
4. Nos ciclos formativos do Mais Médicos (curso de especialização, módulos no Ambiente Virtual de Aprendizagem do SUS - AVASUS, visitas dos supervisores) você foi estimulado a aprender/ensinar em conjunto e de forma interativa com os demais profissionais de saúde? Você pode citar alguma experiência?
5. O que mais mudou na dinâmica do trabalho em saúde a partir da sua participação nos ciclos formativos do Mais Médicos?
6. Se você pudesse sugerir mudanças nos ciclos formativos, quais seriam?
7. Gostaria de acrescentar alguma outra informação sobre o tema?

APÊNDICE D – Proposta de roteiro para entrevista com os tutores e supervisores do PMMB

Roteiro de entrevista com tutores e supervisores

1. Na sua percepção, quais os maiores desafios a serem enfrentados pelos profissionais no que diz respeito ao trabalho em equipe com outros profissionais na ESF? Como as ações formativas do PMMB trabalham essas questões (há o desenvolvimento de habilidades para o trabalho em equipe)?
2. Você considera que as ações formativas provocaram mudanças na dinâmica do trabalho em equipe com outros profissionais? Em que aspectos?
3. Quais as principais dificuldades enfrentadas pelos médicos participantes do PMMB durante as ações formativas?
4. Nos ciclos formativos, os médicos são estimulados a aprenderem/ensinarem na interação com outros profissionais de saúde? Você teria alguma experiência para relatar?
5. Outros profissionais de saúde são estimulados a participar dos itinerários formativos?
6. Se você pudesse sugerir mudanças nos ciclos formativos, quais seriam?
7. Gostaria de acrescentar alguma outra informação sobre o tema?

APÊNDICE E – Artigo 1 publicado

Journal of Interprofessional Care

ISSN: 1356-1820 (Print) 1469-9567 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/ijic20>

New national curricula guidelines that support the use of interprofessional education in the Brazilian context: An analysis of key documents

José Rodrigues Freire Filho, Marcelo Viana Da Costa, Aldaísa Cassanho Forster & Scott Reeves

To cite this article: José Rodrigues Freire Filho, Marcelo Viana Da Costa, Aldaísa Cassanho Forster & Scott Reeves (2017): New national curricula guidelines that support the use of interprofessional education in the Brazilian context: An analysis of key documents, Journal of Interprofessional Care, DOI: 10.1080/13561820.2017.1346592

To link to this article: <http://dx.doi.org/10.1080/13561820.2017.1346592>

Published online: 01 Sep 2017.

Submit your article to this journal [↗](#)

View related articles [↗](#)

View Crossmark data [↗](#)

Full Terms & Conditions of access and use can be found at
<http://www.tandfonline.com/action/journalInformation?journalCode=ijic20>

Download by: [189.28.128.242]

Date: 01 September 2017, At: 10:17

New national curricula guidelines that support the use of interprofessional education in the Brazilian context: An analysis of key documents

José Rodrigues Freire Filho^a, Marcelo Viana Da Costa^b, Aldaísa Cassanho Forster^c, and Scott Reeves^d

^aMaster in Science Community Health Program, Department of Social Medicine, Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Monte Alegre, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil; ^bNursing Department, Campus Prof.ª Maria Elisa de Albuquerque Maia, State University of Rio Grande do Norte, Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte, Brazil; ^cPreventive Medicine, University of São Paulo, Monte Alegre, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil; ^dCentre for Health & Social Care Research, Faculty of Health, Social Care & Education, Kingston University & St George's, University of London, London, United Kingdom

ABSTRACT

The National Curricular Guidelines (NCGs) are important documents for understanding the history of academic health professions education in Brazil. Key policies within the NCGs have helped to reorient health professions education and have stimulated curricular changes, including active learning methodologies and more integrated teaching-service environments, and, more recently, have introduced interprofessional education (IPE) in both undergraduate and postgraduate sectors. This article presents the findings of a study that examined the NCGs for nursing, dentistry, and medicine courses as juridical foundations for adopting strategies that promote IPE across higher education institutions in Brazil. We employed a comparative and exploratory documentary analysis to understand the role of IPE and collaborative practices in NCGs for the three largest professions in Brazil. Following a thematic analysis of these texts, four key themes emerged: faculty development; competencies for teamwork; curricular structure; and learning metrics. Key findings related to each of these themes are presented and discussed in relation to the wider interprofessional literature. The article goes on to argue that the statements contained in the NCGs about adoption of IPE and collaborative practices will have an important influence in shaping the future of health professions education in Brazil.

ARTICLE HISTORY

Received 21 November 2016
 Revised 1 May 2017
 Accepted 21 June 2017

KEYWORDS

Documentary analysis;
 health professions; higher
 education; interprofessional
 education; interprofessional
 learning

Introduction

The global debate concerning health workforce issues includes as a central challenge: to align education and training processes to initiatives that aim to strengthen health and social care systems (e.g., Crisp & Chen, 2014). In this context, the complex and ever-evolving health and social needs pose demands for making effective change in systems of care. These demands point to the direction of fostering collaboration, enhancing teamwork and improving the quality of care delivered to patients (Frenk et al., 2010).

In Brazil, the expansion of the National Unified Health System (known by the Portuguese acronym as SUS) is based on the values of universal and comprehensive care. These principles reinforce the need to invest in the reorientation of health services and health providers' training, justifying the need to strengthen the debate on interprofessional education (IPE)¹ and collaborative work as key foundations. Similarly, several global recommendations point to the need to expand initiatives to consolidate IPE and collaborative practices as cornerstones of a new rationale for the delivery of effective healthcare (WHO, 2010, 2013).

Despite global developments that have gained momentum from two key publications which have argued for use of IPE (Frenk et al., 2010; World Health Organization, 2010), such studies are still scarce in Brazil. However, recent Brazilian

experiences are beginning to make IPE a reality in both undergraduate and post-graduate sectors. Key policies reorienting health professions education have stimulated curricular changes, including active learning methodologies, more integrated teaching environments, and the expansion of IPE (Costa & Borges, 2015; Costa, Patrício, Câmara, Azevedo, & Batista, 2015).

In the last 15 years, the main initiatives of this process have been: (1) the launch of the National Curricular Guidelines (NCGs) for health courses; (2) the National Programme for Reorientation of Professional Training in Health (*Pro-Saúde*); and (3) the Programme for Training Through Work in Health (*PET-Saúde*). All these initiatives are examples of successful practices designed to overcome the challenges of educating health professionals. Another milestone in this process has been the expansion of medical undergraduate courses to increase the supply of physicians, which has resulted in the adaption of other professional groups' curricular proposals to support these changes. Both aspects were included in the Federal Law 12871, approved on October 22 2013, assigning official status to the *Mais Médicos* (More Doctors) programme (Brasil, 2013).

The NCGs deserve a special mention as they represent the legal milestone of the reorientation process in health professions education, and they also provide key guidance for the development of health education courses. In particular, they

CONTACT José Rodrigues Freire Filho joserodrigues.saude@gmail.com Pharmacist, Master in Science Community Health Program, Department of Social Medicine, Ribeirão Preto Medical School, University of São Paulo, Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre 14049-900, Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil.

© 2017 Taylor & Francis

have provided an important direction for changing the traditional model of didactic training towards a more active, student-centred approach. However, it is still unclear what role these NCGs may have for supporting IPE in Brazil.

Background

When the nature of the NCGs is explored, it is useful to understand the history of health professions education in Brazil to appreciate the current context within the country's National Health System. Examining the NCG texts for medicine and nursing (published in 2001) and for dentistry (published in 2002), they provide a detailed series of expected profiles for future professionals as well as the competencies essential to strengthening the Brazilian health system (Ministério da Educação, 2001a, 2001b, 2002). Drawing upon these NCG documents, Streit, Barbosa Neto, and Lampert (2012) have helpfully highlighted key specific and generic competencies as well as course structures, methods of teaching, and evaluation.

This development of competencies proposed by the NCGs aims to incorporate active learning methods which, according to Puccini, Sampaio, and Batista (2008), will provide more autonomous learning and encourage a more in-depth understanding of health in the wider societal context. This process calls for academic, practitioner, citizen and community knowledge, thus inducing a deeper integration between health services and society (Stella & Campos, 2006).

For medicine, a major incentive for curricular revision was linked to the Federal Law 12871 that created *Mais Médicos* (Brasil, 2013). The *Mais Médicos* programme aimed to improve the profession's response to increasing population health demands while also strengthening SUS's health policies. A key area for this policy was the expansion of medical schools and curricular changes to ensure that future physicians would be educated in a way that would more appropriately meet the needs of SUS and the country. In some senses, the *Mais Médicos* triggered the NCGs revision process for medicine. Indeed, their legal contents provided additional support for a new approach to medical education and stimulated an updating of curricular objectives that were seen as outmoded (Ministério da Educação, 2001a).

In 2014, the new NCGs for medicine were officially enacted (Ministério da Educação, 2014) by decree of the National Council for Education (a body of the Ministry of Education). This document contained 41 articles that introduced new concepts as competencies, competency areas and competency domains as well as proposals for strengthening teaching in primary, emergency, and mental health care. In effect, these new NCGs reinforced the main components of *Mais Médicos*. While the 2014 guidelines were founded on the NCGs published in 2001 and 2002, they introduced new advancements in medical education, oriented by SUS doctrine, with the aim of more effectively meeting Brazilian population health needs.

This article presents the findings of a study that aimed to explore and compare the NCGs for nursing, dentistry and medicine courses to understand their potential for promoting IPE in Brazil. While Brazil has 14 regulated health professions,

the focus of this article is on nursing, medicine, and dentistry: the three largest professional groups in the country. These professions were also selected as they form the core groups of the national 'Family Health' strategy in primary care.

Methods

Underpinned by social constructionism (Gergen, 2009), the study employed a comparative and exploratory documentary analysis to 'describe and compare social behaviors, trends, differences and other features' (Figueiredo, 2007, p. 105) within the NCGs.

Data collection

The data gathered for this study (research *corpus*) were obtained from the 2001 NCGs for medicine and nursing, the 2002 NCGs for dentistry and the recently approved NCGs for medicine (Ministério da Educação, 2001a, 2001b, 2002, 2014). As noted above, these are important documents in informing professions education in Brazil. Specifically, the NCGs outline key features for curricular design as well as teaching/learning methodologies that are used in undergraduate health education across the entire country. Therefore, an in-depth investigation of these NCGs would constitute a key step to understand the potential role of IPE in shaping the education of medicine, nursing, and dentistry students.

Data analysis

The analysis of data was based on a thematic approach described by Bardin (2009, 2011). After downloading the official documents, an initial reading was made to become familiarised with these materials. During this phase, the NCGs contents were examined to gather general impressions and to compose the *corpus* for the analysis. In the next phase, relevant text extracts from the NCGs were grouped together to form a series of themes. Finally, data in each of themes was summarised to allow a critical interpretation. A translation of these materials (from Portuguese to English) was subsequently undertaken before writing this article.

Results

Analysing the NCGs for nursing, dentistry and medicine undergraduate courses (Ministério da Educação, 2001a, 2001b, 2002, 2014), four themes (faculty development, competencies for teamwork, curricular structure, and learning metrics) emerged as key elements related to IPE. Each of these themes is presented in this section of the article with supporting data from the NCGs.

Faculty development

In the 2001 and 2002 NCGs (Ministério da Educação, 2001a, 2001b, 2002), there was no content related to supporting the development of educators' skills in relation to IPE facilitation. In contrast, the 2014 guidelines (Ministério da Educação, 2014) contained an explicit section mandating that medical

education courses include IPE faculty development. Specifically, it was stated that faculty development should value teachers' work, involve different faculty members in course development activities, and provide faculty training opportunities based on 'interdisciplinary'² practices. As the following extract illustrates:

The undergraduate course of medicine must keep a permanent Teacher Training and Development in Health Program, aimed at the appreciation of teacher's work in the undergraduate degree, the higher involvement of teachers with the course's Pedagogic Project and its improvement in relation to the formative proposal contained in the document. This will be accomplished by means of the conceptual and pedagogic domains, encompassing active teaching strategies, based on interdisciplinary practices, so that they take on higher commitment with the transformation of the medical school, to be integrated to the daily life of teachers, students, staff and users of health services (Ministério da Educação, 2014, Art. 34).

As noted above, a key element of this NCG was the adoption of faculty development opportunities aimed at supporting student learning of collaborative practice. Also, importantly, the document identified a need for faculty development activities to focus on how to integrate teachers, students, and users of the health services.

Competencies for teamwork

Both the 2001 and 2002 NCG documents stated the need to create a range of competencies for health providers, covering health care delivery, decision making, communication, leadership, management, and lifelong learning. Although a number of the competencies had an implicit support for teamwork, only the communication and leadership competencies provided an explicit reference to interprofessional interaction:

Communication: health providers must be accessible and must keep confidentiality of the information provided to them when in interaction with other health providers (Ministério da Educação, Art. 4º, III, 2001a, 2001b; Art. 4º, III, 2002).

Leadership: in multiprofessional teamwork, health providers must be apt to take over leadership positions, always having in mind the community's welfare. Leadership comprises commitment, responsibility, empathy, skills for effective and efficient decision making, communication, and management (Ministério da Educação, Art. 4º, IV, 2001a, 2001b; Art. 4º, IV, 2002).

While, as indicated above, the leadership competency statement supported the notion of medical leadership *over* other professional groups, the 2001 NCGs for medicine did contain subsections which acknowledged the need for more (equitable) competencies in interprofessional communication, involvement of patients, family and community care, and the adoption of teamwork:

III—communicating properly with co-workers, patients, and their family members;

IV—informing and educating patients, family members, and community in relation to health promotion, prevention, treatment and rehabilitation of diseases, using appropriate communication techniques;

XXI—acting in a multiprofessional team (Ministério da Educação, 2001b, 2001, Art. 5º)

Similarly, the 2001 NCG for nursing stated the need for interprofessional collaboration between nurses with the other health providers:

XXII—integrating nursing actions to the multiprofessional actions (Ministério da Educação, 2002, Art. 5º)

In relation to the NCG for dentistry, it was stated that there was a need for dentists to engage in teamwork with other health providers and ensure they communicated with patients and the wider community:

III—acting multiprofessionally and in an interdisciplinary and transdisciplinary way;

XXVII—communicating with patients, health providers, and the community in general;

XXVIII—working in interdisciplinary teams and acting as a health promotion agent (Ministério da Educação, 2002, Art. 5º)

However, apart from these general statements for the incorporation of collaboration, and communication, the 2001 and 2002 NCGs offered no details on these competencies.

In contrast, the 2014 NCGs listed 22 specific competencies which collectively provided stronger support for collaboration. For example, there was an explicit focus on working in a patient-centred manner as a member of an interprofessional team:

Person-centered, family and community-centered care, with an extensive interprofessional teamwork, developing horizontal, shared relations and respecting the needs and preferences of the person, the family and the community receiving care (...) and common responsibilities between health professionals and users (Ministério da Educação, 2014, Art. 5º).

The 2014 document also provided a more detailed description of the competencies needed for the development of interprofessional collaborative practice. For instance, there was more information presented about collaboration in a number of sections, including 'health care', 'care management', and 'health education'. The document also explicitly referred to the need for integrating collaborative knowledge, skills, and attitudes to enable medical graduates to work effectively in an interprofessional manner, based on an exchange of knowledge with other health professionals:

Learning in an interprofessional way, based on the reflection on their own practice and the exchange of knowledge with health professionals and other areas of knowledge, to guide the identification and discussion of problems, stimulating the improvement of collaboration and health care quality (Ministério da Educação, 2014, Art.7º).

Collaborative teamwork, respectful of the institutional norms in the work environments and acting under ethical and professional commitment to overcome the fragmentation of the work process in health (Ministério da Educação, 2014, pp. 2–14, Art. 17).

In addition, the 2014 document stated the need for a clinical performance linked to a shared therapeutic process that involved an interprofessional approach. Collaborative work, joint participation, and shared knowledge were all included as key competencies for medical graduates:

Use of different sources to identify problems in the work process, including the perspective of other professionals and users and the analysis of indicators and management model to identify risk and vulnerability of individuals, families and social groups (Ministério da Educação, Art 17, I-c, p. 8).

Joint participation with users, social movements, health professionals, managers of the health sector and others in the elaboration of intervention plans that face prioritized problems (Ministério da Educação, Art 17, II-a, p. 8).

Curricular structure

In relation to curricular structure issues, while the NCGs for nursing (2001), medicine (2001), and dentistry (2002) mentioned the need for improving collaboration, they offered only limited details. For example, article 12 of the 2001 NCG for medicine stated that curricular guidelines should have a focus on integration, interdisciplinarity, and teamwork:

IV—promoting integration and interdisciplinarity coherent with the axis of curricular development, aiming to integrate the biological, psychological, social and environmental dimensions;

VI—using different teaching-learning settings, allowing the student to know and experience varied life situations, organization of the practice and work in multiprofessional team (Ministério da Educação, 2001, Art. 12).

However, as indicated in the above extract, there was a lack of information about the nature of integration and level of interprofessional interaction needed in the medical curriculum. Both the 2001 NCG for nursing and the 2002 NCG for dentistry contained similar statements on the structure of their respective curricula in regards to promoting interprofessional collaboration.

In contrast, the 2014 NCG provided better conceptual clarity on interprofessionalism. IPE was placed in a context of strengthening and consolidating the SUS, adding new perspectives in the educational process:

[The curriculum aims] to promote the integrality of the Pedagogic Project of the course using as a basis theory-practice articulation, integration with other knowledge fields and public institutions, SUS health services, training institutions and health care providers to foster a flexible and interprofessional education, connected to the main health problems of the population (Ministério da Educação, 2014, Art. 29).

The 2014 guidelines also mandated the early integration of students in practice settings. In doing so, it recommended that students develop knowledge and experience of interprofessional team practice related to solving real-life health problems. Specifically, this NCG required students to undertake interprofessional clinical experiences in primary and emergency care to integrate knowledge and practice. As the following excerpt highlights:

[Section I] encouragement of curiosity and the development of the ability to learn from everyone involved in the health work (Ministério da Educação, 2014, Art. 20).

[Section II] identification of specific learning needs of people under their care as well as guardians, caregivers, and family members; use of multidisciplinary teamwork with different groups

or communities, from a significant situation and respecting the previous knowledge and the cultural and social context of each another (Ministério da Educação, 2014, Art. 20).

Learning metrics

In general, the 2001 NCGs for medicine and nursing and the 2002 NCGs for dentistry presented few details related to learning metrics. Articles 13, 14, and 15 of these documents offered similar information about the need for the assessment of learning:

§1 The students' assessments should be based on the developed curricular competencies, skills and contents, having the curricular guidelines as a reference. (Ministério da Educação, 2002, Art. 14).

§2 The medicine undergraduate course should use methodologies and criteria for the follow up and assessment of the teaching learning process and the course itself, in consonance with the assessment system and the curricular dynamics established by the respective Higher Education Institution (Ministério da Educação, 2001b).

These documents did not however provide details about the type of assessment, when/how often to assess student learning, nor did they offer any explicit mention of the assessment of interprofessional curricular activities.

In contrast, the 2014 NCG provided more precise information. This document demanded that the assessment of both profession-specific and collaborative competencies was a mandatory requirement. It stated that assessment of competencies should be formative in nature and occur every two years until the end of a medical course:

The specific evaluation of Undergraduate Medical Course students shall be made every two years using tools and methodologies evaluating knowledge, skills and attitudes (...) mandatory in nature, looking at processes and context using formative methods. The results will be considered as part of the classificatory process for the tests conducive to Medical Residency programs (Ministério da Educação, 2014, Art. 36).

Discussion

As presented above, the analysis of the NCGs for medicine, nursing, and indicated revealed that four themes connected to faculty development, competencies for teamwork, curricular structure, and learning metrics appeared to be key in the development of IPE in Brazil. Below we discuss each of these themes in relation to the wider interprofessional literature.

When compared to the 2001 and 2002 NCGs, an important advance in the 2014 NCGs was the mandate to adopt interprofessional faculty development activities. This is a key element needed for the success of IPE. Indeed, a number of reports have stressed the need for faculty development to be provided to ensure that educators can effectively facilitate IPE to achieve core interprofessional competences (e.g., IPEC, 2011; Reeves et al., 2016). However, discussions about interprofessionalism are in their early stages in Brazil. As a result, there is a need for an investment in processes that allow educators to understand IPE principles. Educators in health professions have traditionally taught using the same models

(uni-professional) that they themselves were trained with—a process that can legitimate conventional practices and can hinder innovation and change (Becker, Geer, Hughes, & Strauss, 1961).

Providing faculty development that is focused on supporting IPE can help educators to develop and deliver active teaching/learning methods which can foster interprofessional interaction and a more collaborative culture (e.g., Schonwetter, Hamilton, & Sawatzky, 2015; Sunguya, Hinthong, Jimba, & Yasuoka, 2014). However, Lampert (2008) warned that medical educators may struggle in implementing the NCGs as '(teachers are) mainly trained in the previous, traditional, Flexnerian model still hegemonic in the healthcare environment [with] scarce time available to reflect on their own role and responsibility as teachers, as guides and facilitators of the teaching and learning process' (p. 34)—a situation which will limit their abilities to effectively engage in IPE facilitation. In addition, IPE faculty development activities can also be impeded by conflicting schedules and dispersion of facilities, and varied curricular designs that need to be integrated when planning IPE faculty development activities (Hall & Zierler, 2015). In this sense, the inclusion of mandatory faculty development programmes in the new NCGs (Ministério da Educação, 2014) should be a powerful tool to adopt IPE in medical courses.

As indicated above, the 2014 NCG introduced a debate of new interprofessional concepts that were not present in earlier guidelines (Ministério da Educação, 2001, 2002). A key concept was the prerequisite to educate health professionals that are more able to work collaboratively in teams. This shift towards interprofessionalism should encourage higher education institutions to give importance to interprofessional initiatives *and* to improve the qualifications of educators in line with the NCGs requirements for faculty development. Educators will clearly need this type of support—as recommended by the WHO (2010) in their report on improving health professions education.

Regarding competencies for teamwork, there were some remarkable aspects in the NCGs. While the 2001 and 2001 documents were explicit in stating a need for teamwork training, the 2014 NCGs provided more refined and coherent terminology and used concepts that supported IPE and collaborative practice principles. Indeed, one could see that this text presented a number of competencies which aligned well with the IPE literature. In particular, the ideas of Barr (1998) who introduced a series of IPE competencies which have been employed in later publications (CIHC, 2010; IPEC, 2011). As a result, the 2014 NCGs offer a coherent approach as they call for attention to interprofessional teamwork and collaboration as well as the need to ensure patients, families, and the community are included in the centre of team-based decision-making processes. Furthermore, these NCGs emphasised the need for the education process to be conducive to the generation of competencies for teamwork which support a patient-, family-, and community centred approach (e.g., Schonwetter et al., 2015).

Related to the curricular structure, the 2001 and 2014 versions of the NCGs share some similarity, thus showing the continuity and relevance of the debate around teamwork

in the Brazilian context. The 2001 guidelines noted incentives to adopt 'interdisciplinarity' and outlined the benefits of situating students in real-life settings. The 2014 text went on to identify the need of building curricular structures that are linked with the macro dimensions of national health policies (Frenk et al., 2010). Collectively, these documents also highlight the importance of interprofessional action as the most responsive and efficient way of addressing the health needs of the population (WHO, 2010). Indeed, these NCGs identify the connection and coherence related to the use of IPE and the complex and dynamic needs of the national and international landscape (Liu, Zhang, Liu, & Wang, 2015).

The 2014 NCG recommendation regarding the use of active curricular methods offers a move forward for students to meet real-life challenges and problems. In particular, it puts students in the 'driving seat' of their learning supported by the teacher in the role of a facilitator (Melo & Sant'Ana, 2012; Reeves, 2010). The emphasis in this NCG upon active curricular methods is a specific strength to adopt IPE, as these methodologies are part of a wider context of integrated health courses (e.g., Towle & Godolphin, 2013). The 2014 document also recognised the importance of IPE in encouraging medical students to share learning experiences with colleagues from other professional groups to understand the complexity of health problems (De Los Santos, McFarlin, & Martin, 2014). In Brazil, the construction of the SUS demonstrates the importance of embedding key topics in health professions education (e.g., gender and ethnicity, SUS principles/guidelines/policies, comprehensiveness of care) that demand an interprofessional approach. The 2014 NCGs also recognise that both knowledge acquisition and the building values and attitudes, according with social and health demands are needed (Kahaleh, Danielson, Franson, Nuffer, & Umland, 2015).

In regards to learning metrics, as presented above, the NCGs recommended that a formative (process) approach to assessment is needed. Learners should be informed about their progress and given feedback related to any difficulties encountered on a regular basis, allowing opportunities for improvement (Caseiro & Gebran, 2010). This approach can also stimulate active dialogue and action among between educators and learners. The 2014 NCGs can be seen as a step forward in establishing a stable process of assessment, which is synergic with other pillars for change, such as faculty development, user-centred active methodologies, and incentives for shared decision making. The 2014 NCG also advocated for the assessment of competence developed during the training process, including profession-specific and collaborative competencies. However, developing IPE across the national context will demand additional efforts from all stakeholders. Debating the inclusion of interprofessionalism in medical education will inevitably involve a need to revisit the traditional assessment processes to add new ways of measuring values, attitudes, knowledge, and skills that support effective teamwork centred on patients' needs (e.g., Simmons & Wagner, 2009).

The analysis of the NCGs (Ministério da Educação, 2001, 2002, 2014) can be usefully framed by Oandasan and Reeves' (2005) three dimensions (macro, meso, micro) needed for the

implementation of IPE. At the macro level, transformations in the policies that guide the teaching institutions need to occur; at the meso level, curricular, programme, methodological, and pedagogic changes need to occur; and at the micro level, there is a need to change interpersonal and interprofessional relationships. Recognising the relevance of macro, meso, and micro activities for the successful implementation of IPE, it can be argued that the 2014 guidelines should play an important role in the macro level because they can encourage major changes in curriculum structures that will encourage reforms to the training of health professionals in Brazil. As a legally valid framework, the 2014 NCGs are part of the macro dimension and bring relevance to important dimensions that influence both the meso and the micro level in the curricular design, in contents adoption, and in interpersonal and interprofessional interactions.

Despite some significant advances, the 2014 NCGs still need to overcome the conceptual confusion linked to the interchangeable use of the terms such as 'interdisciplinary' and 'interprofessional'. In Brazil, there are important theoretical contributions on teamwork, using the terms 'interdisciplinary' or 'multiprofessional' (Ceccim, 2004; Peduzzi, 2001; Peduzzi, Palma, & Mendes-Gonçalves, 2000). However, in recent years, the national literature is reinforcing the need for further discussion and clarification on the theoretical and methodological basis of IPE (Agreli, Peduzzi, Loqueti, & Silva, 2014; Costa et al., 2015; Peduzzi, Norman, Germani, Silva, & Souza, 2013). This view is supported in the international literature which has emphasised the importance of overcoming conceptual confusion in order to ensure more robust implementation and evaluation of IPE (Goldman, Zwarenstein, Bhattacharyya, & Reeves, 2009; Reeves, Lewin, Espin, & Zwarenstein, 2010).

In relation to the study limitations, we only analysed three documents (NCGs for undergraduate courses in nursing, medicine, and dentistry). Also, possible researcher bias may have also been introduced in the analysis of these documents. Future research is needed to examine the adoption of IPE in guidelines for other undergraduate health courses. Research is also needed to describe any changes resulting from the implementation of the NCGs across the different regions of Brazil. In addition, further research is needed to describe the efforts of medical schools in adopting the new guidelines, showcasing the experiences of integrating IPE in their respective curricula.

Concluding comments

As presented above, the NCGs have highlighted the need for interprofessional competencies to shape the future of health professions education in Brazil. The emphasis that these guidelines have given to interprofessionalism in education and practice in Brazil supports a growth of these activities around the world. Despite some conceptual confusion still present in the text of the 2014 NCGs, interprofessionalism is regarded as a central foundation for reforming education and practice in Brazil. The move towards IPE is also complementary in supporting other reforms in the country, such as the integration between universities, health services, and the community.

The 2014 NCGs specifically provide motivation for medical educators to shift towards embracing shared learning processes, drawing upon interprofessional communication processes and collaborative patient-centred initiatives. The guidelines encourage medical schools to reflect on the delivery of their education content, to advance it in several critical aspects towards producing graduates whose abilities are a better fit to meet the needs of the Brazilian health system.

Many challenges however lie ahead with the implementation of IPE across Brazil. However, undertaking and disseminating research related to the implementation of the new guidelines will provide important evidence of this process. It should also help create a collaborative network oriented towards the strengthening the national health system to become more resilient and better aligned with the health and social needs of the Brazilian population.

Notes

1. In this article, we use the definition of IPE developed by the Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE), who defined IPE as an activity which occurs when two or more health professions learn about, from, and with each other to enable effective collaboration and delivery of patient/client care (CAIPE, 2002).
2. The NCGs documents use the terms 'interdisciplinary', 'interprofessional', and 'multiprofessional' interchangeably without acknowledging the conceptual differences related to these terms.

Declaration of interest

The authors report no conflicts of interest. The authors alone are responsible for the writing and content of this article.

ORCID

Scott Reeves <http://orcid.org/0000-0002-0573-0622>

References

- Agreli, H. L. F., Peduzzi, M., Loqueti, C., & Silva, M. C. (2014). Atenção Centrada no Usuário como Atributo do Trabalho em Equipe e Prática Interprofissional Colaborativa na Atenção Básica. *Blucher Medical Proceedings*, 1(2), 263–263.
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barr, H. (1998). Competent to collaborate: Towards a competency-based model for interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 12(2), 181–187. doi:10.3109/13561829809014104
- Becker, H. S., Geer, B., Hughes, E. C., & Strauss, A. L. (1961). *Boys in white: Student culture in medical school*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Brasil. (2013). *Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências*. Diário Oficial da União.
- CAIPE [Centre for the Advancement of Interprofessional Education]. (2002). *Centre for the advancement of interprofessional education*.
- Caseiro, C. C. F., & Gebran, R. A. (2010). Avaliação formativa: Concepção, práticas e dificuldades. *Nuances: Estudos Sobre Educação*, 15(16), 141–161.
- Ceccim, R. B. (2004). Equipe de saúde: A perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. *Cuidado: As Fronteiras Da Integralidade*, 3, 259–278.

- CIHC [Canadian Interprofessional Health Collaborative]. (2010). *A national interprofessional competency framework*. Vancouver, BC: College of Health Disciplines University of British Columbia.
- Costa, M. V. D., & Borges, F. A. (2015). O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19, 753-763. doi:10.1590/1807-57622014.1057
- Costa, M. V. D., Patrício, K. P., Câmara, A. M. C. S., Azevedo, G. D., & Batista, S. H. S. D. S. (2015). Pró-Saúde e PET-Saúde como espaços de educação interprofissional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19, 709-720. doi:10.1590/1807-57622014.0994
- Crisp, N., & Chen, L. (2014). Global supply of health professionals. *New England Journal of Medicine*, 370(10), 950-957. doi:10.1056/NEJMr1111610
- De Los Santos, M., McFarlin, C. D., & Martin, L. (2014). Interprofessional education and service learning: A model for the future of health professions education. *Journal of Interprofessional Care*, 28(4), 374-375. doi:10.3109/13561820.2014.889102
- Figueiredo, N. M. A. D. (2007). *Método e metodologia na pesquisa científica* (2nd ed.). São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*, 376(9756), 1923-1958. doi:10.1016/S0140-6736(10)61854-5
- Gergen, K. J. (2009). *Realities and relationships: Soundings in social construction*. Boston: Harvard University Press.
- Goldman, J., Zwarenstein, M., Bhattacharyya, O., & Reeves, S. (2009). Improving the clarity of the interprofessional field: Implications for research and continuing interprofessional education. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 29(3), 151-156. doi:10.1002/chp.20028
- Hall, L. W., & Zierler, B. K. (2015). Interprofessional education and practice guide no. 1: Developing faculty to effectively facilitate interprofessional education. *Journal of Interprofessional Care*, 29(1), 3-7. doi:10.3109/13561820.2014.937483
- IPEC [Interprofessional Education Collaborative Expert Panel]. (2011). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel*. Washington, D.C.: Interprofessional Education Collaborative.
- Kahaleh, A. A., Danielson, J., Franson, K. L., Nuffer, W. A., & Umland, E. M. (2015). An interprofessional education panel on development, implementation, and assessment strategies. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 79(6), 78. doi:10.5688/ajpe79678
- Lampert, J. B. (2008). Dois séculos de escolas médicas no Brasil e a avaliação do ensino médico no Panorama atual e perspectivas. *Gazeta Médica Da Bahia*, 78(1), 31-37.
- Lampert, J. B., Bicudo, A. M. (2014). 10 anos das Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Medicina. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica.
- Liu, Y., Zhang, Y., Liu, Z., & Wang, J. (2015). Gaps in studies of global health education: An empirical literature review. *Global Health Action*, 8, 10.3402/gha.v3408.25709. doi:10.3402/gha.v8.25709
- Melo, B. D. C., & Sant'Ana, G. (2012). A prática da Metodologia Ativa: Compreensão dos discentes enquanto autores do processo ensino-aprendizagem. *Comunicação Em Ciências Da Saúde*, 23(4), 327-339.
- Ministério da Educação (2001a). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES no 3, de 7 de novembro de 2001: Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. *Diário Oficial União*. 09 nov 2001 [citado 2008 set 22];Seção1:37. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>
- Ministério da Educação. (2001b). Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES no 4, de 7 de novembro de 2001: Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. *Diário Oficial União*. 09 nov 2001 [citado 2008 set 22];Seção1:38. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>
- Ministério da Educação. (2002). Conselho Nacional de Educação Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia. *Diário Oficial União*. 04 mar 2002 [citado 2008 set 22];Seção1:10. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>
- Ministério da Educação. (2014). *Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina e dá outras providências*. Brasília, DF: Diário Oficial da União.
- Oandasan, I., & Reeves, S. (2005). Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. *Journal of Interprofessional Care*, 19, 21-38. doi:10.1080/13561820500083550
- Peduzzi, M., Norman, I., Germani, A., Silva, J., & Souza, G. (2013). Educação interprofissional: Formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 47(4), 977-983. doi:10.1590/reeusp.v47i4.78051
- Peduzzi, M., Palma J.J.L. (2000). A equipe de Saúde. In: *Schraiber, L. B., Nemes M. I. B., Mendes-Gonçalves, R. B. (Org). Saúde do adulto, programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec. 234-50.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: Conceito e tipologia. *Revista De Saúde Pública*, 35(1), 103-109. doi:10.1590/S0034-89102001000100016
- Puccini, R.F., Sampaio, L.O., Batista, N. A. (2008). *A formação médica na Unifesp: excelência e compromisso social*. São Paulo: Unifesp.
- Reeves, S. (2010). The need to problematize interprofessional education and practice activities. *Journal of Interprofessional Care*, 24(4), 333-335. doi:10.3109/13561820.2010.492748
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S., & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Reeves, S., Pelone, F., Hendry, J., Lock, N., Marshall, J., Pillay, L., & Wood, R. (2016). Using a meta-ethnographic approach to explore the nature of facilitation and teaching approaches employed in interprofessional education. *Medical Teacher*, 38, 1221-1228. doi:10.1080/0142159X.2016.1210114
- Schonwetter, D. J., Hamilton, J., & Sawatzky, J. A. (2015). Exploring professional development needs of educators in the health sciences professions. *Journal of Dental Education*, 79(2), 113-123.
- Simmons, B., & Wagner, S. (2009). Assessment of continuing interprofessional education: Lessons learned. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 29(3), 168-171. doi:10.1002/chp.20031
- Stella, R. C. D. R., & Campos, J. J. B. D. (2006). Histórico da construção das Diretrizes Curriculares Nacionais na graduação em medicina no Brasil. *Cad Abem*, 2, 77.
- Streit, D. S., Barbosa Neto, F., & Lampert, J. (2012). *100 Anos de Diretrizes Curriculares Nacionais. Cadernos de Educação Médica*. Retrieved from Sunguya, B. F., Hinthong, W., Jimba, M., & Yasuoka, J. (2014). Interprofessional education for whom? -challenges and lessons learned from its implementation in developed countries and their application to developing countries: A systematic review. *PLoS One*, 9(5), e96724. doi:10.1371/journal.pone.0096724
- Towle, A., & Godolphin, W. (2013). Patients as educators: Interprofessional learning for patient-centred care. *Medical Teacher*, 35(3), 219-225. doi:10.3109/0142159X.2012.737966
- WHO [World Health Organization]. (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- WHO [World Health Organization]. (2013). *WHO education guidelines: Transforming and scaling up health professionals' education and training*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

APÊNDICE F – Comprovante de submissão do Artigo 2

Interface - Comunicação, Saúde, Educação

**Cursos de especialização ofertados no âmbito do Mais
Médicos: análise documental na perspectiva da Educação
Interprofissional**

Journal:	<i>Interface - Comunicação, Saúde, Educação</i>
Manuscript ID	ICSE-2017-0842
Manuscript Type:	Articles
Keyword:	Programa Mais Médicos, Educação Interprofissional, Especialização, Atenção Primária à Saúde

SCHOLARONE™
Manuscripts

APÊNDICE G – Comprovante de aprovação de publicação do Artigo 3**Revista Latino-Americana de Enfermagem****Decision Letter (RLAE-2018-2731.R1)**

From: rlae@eerp.usp.br

To: joserodrigues.saude@gmail.com

CC: rlae@eerp.usp.br

Subject: Revista Latino-Americana de Enfermagem - Decision on Manuscript ID RLAE-2018-2731.R1

Body: 23-Apr-2018

Dear Mr. Rodrigues Freire Filho:

It is a pleasure to accept your manuscript entitled "Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos" for publication in the Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Thank you for your fine contribution. On behalf of the Editors of the Revista Latino-Americana de Enfermagem, we look forward to your continued contributions to the Journal.

Please wait our next contact.

Sincerely,
Ms. Maria Helena Palucci Marziale
Editor-in-Chief, Revista Latino-Americana de Enfermagem

Date Sent: 23-Apr-2018

ANEXOS

ANEXO A – Autorização das instituições supervisoras do PMMB e secretarias de saúde para realização da pesquisa

*Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
Secretaria Municipal de Saúde
Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde/GGTE
Centro de Educação em Saúde*

Carta de Anuência Institucional

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado “**FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL PARA O TRABALHO EM EQUIPE: UMA ANÁLISE A PARTIR DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM MÉDICOS INTEGRANTES DO PROJETO MAIS MÉDICOS PARA O BRASIL**”, sob a responsabilidade da pesquisador José Rodrigues Freire Filho, CPF 045.095.836-13, a ser executado no Centro de Educação em Saúde junto aos tutores e supervisores do Projeto Mais Médicos para o Brasil vinculados a essa instituição supervisora.

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar, autorizo sua execução, desde que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

*Denise Vianna Amador
BM 37088-5
Gerente do Centro de Educação
em Saúde
CES / GGTE / SMSA-BH*

Denise Vianna Amador
Gerente do Centro de Educação em Saúde/CES

Belo Horizonte, 29 de agosto de 2015.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilma. Prof^a. Dr^a. Aldaísa Cassanho Forster

Prezada Professora,

Em atendimento à sua solicitação, registramos nossa autorização institucional para realização da pesquisa intitulada *“Formação interprofissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir das equipes de Saúde da Família com médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)”* a ser realizada junta à Universidade Estadual de Montes Claros, pelo *aluno da pós-graduação José Rodrigues Freire Filho*, sob sua orientação, com o seguinte objetivo: *verificar se a inserção do médico do PMMB favoreceu o desenvolvimento de ações pedagógicas e práticas de saúde alicerçadas no trabalho em equipe na lógica da EIP*. Registramos nossa ciência de que, para alcance do objetivo, o estudante de pós-graduação deverá ter acesso aos dados a serem colhidos por meio de entrevistas junto aos tutores, sendo os professores Antônio Prates Caldeira e João Batista Silvério e o grupo de supervisores vinculados à instituição e que fazem parte do PMMB. Na oportunidade, registramos ainda nossa anuência para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Montes Claros, 27 de Agosto de 2015.

Prof^a. Graciana Guerra David

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Prof^a Graciana Guerra David
Diretora do CCBS - UNIMONTES
Masp 1046837-9

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Pós-Graduação

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

 Ilmo Sr. Prof. Dr. *Ben Hur Braga Taliberti*

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "Formação interprofissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir das equipes de Saúde da Família com médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)" a ser realizada junta à Universidade Federal de Uberlândia, pelo aluno da pós-graduação José Rodrigues Freire Filho, sob orientação da Prof.^a Dra. Aldaísa Cassanho Forster, com o seguinte objetivo: verificar se a inserção do médico do PMMB favoreceu o desenvolvimento de ações pedagógicas e práticas de saúde alicerçadas no trabalho em equipe na lógica da EIP, necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos por meio de entrevistas junto às tutoras Márcia Araújo Barreto e Rosuítá Fratari Bonito e o grupo de supervisores vinculados à instituição e que fazem parte do PMMB. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Instituição de Ensino, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Ribeirão Preto, 24 de agosto de 2015.

Aldaísa C. Forster
Prof.^a Dra. Aldaísa Cassanho Forster
Pesquisadora responsável pela orientação do projeto**(V) Concordamos com a solicitação.**

Prof. Dr.

Ben Hur Braga Taliberti
(CARIMBO)
 Universidade Federal de Uberlândia
 Prof. Dr. Ben Hur Braga Taliberti
 Diretor da Faculdade de Medicina
 Rubrica nº 1242/2013

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Pós-Graduação

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA Ilma. Prof.^a

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada *"Formação interprofissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir das equipes de Saúde da Família com médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)"* a ser realizada junta à Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, pelo aluno da pós-graduação *José Rodrigues Freire Filho*, sob orientação da Prof.^a *Dra. Aldaísa Cassanho Forster*, com o seguinte objetivo: *verificar se a inserção do médico do PMMB favoreceu o desenvolvimento de ações pedagógicas e práticas de saúde alicerçadas no trabalho em equipe na lógica da Educação Interprofissional em Saúde (EIP)*, necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos por meio de entrevistas junto à tutora Prof.^a *Sheyla Ribeiro Rocha* e o grupo de supervisores vinculados à instituição e que fazem parte do PMMB. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Instituição de Ensino, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Ribeirão Preto, 03 de setembro de 2015.**Prof.^a Dra. Aldaísa Cassanho Forster****Pesquisadora responsável pela orientação do projeto**☒ Concordamos com a solicitação.**COORDENAÇÃO DO CURSO DE
MEDICINA-FAMED DA UFVJM**Prof.^a*Luciana Fernandes Amorim Leite*

(CARIMBO)

Prefeitura de Belo Horizonte
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/SMSA
Gerência Regional de Saúde Barreiro
Gerência de Distrito Sanitário Barreiro/ GERSA-B
Avenida Olinto Meireles, 327, Barreiro – BH/MG – 30640-010
Tel: (31) 3277-1516 / Fax: (31) 3277-5912 / gersab@pbh.gov.br

Carta de Anuência Institucional

Declaro conhecer o projeto de pesquisa intitulado Formação interprofissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir das equipes de Saúde da Família com médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil, sob responsabilidade da pesquisa José Rodrigues Freire Filho, CPF: 045.095.836-13, a ser executado nos Centros de Saúde: Eduardo Mauro Araújo/Miramar e Vale do Jatobá.

Declaro ainda conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS:466/12, autorizo sua execução, desde que o projeto seja aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Belo Horizonte, 14 de 09 de 2015.

Renata Mascarenhas Bernardes
Gerente Distrito Sanitário Barreiro/GERSA-B

Renata Mascarenhas Bernardes BH: 077 577-4
Gerente do Distrito Sanitário Barreiro
GERSA-B/SMSA

CARTA DE AUTORIZAÇÃO/ANUÊNCIA

Eu, Danilo Fernando Macedo Narciso, secretário adjunto de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Montes Claros, tenho ciência e autorizo a realização da pesquisa intitulada "Formação interprofissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir das equipes de Saúde da Família com médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil", sob responsabilidade do pesquisador José Rodrigues Freire Filho, com a orientação da professora Dra. Aldaísa Cassanho Forster, vinculados ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Para isto, será concedida ao pesquisador a autorização para a realização de coletas de dados por meio de entrevistas com os profissionais de saúde de quatro equipes da Atenção Primária à Saúde do município de Montes Claros.

Montes Claros, MG ____ de agosto de 2015.

Danilo Fernando Macedo Narciso
Secretário Adjunto de Atenção Primária à Saúde

Dr. Danilo Fernando Macedo Narciso
Secretário Adjunto de Saúde
SM-S, Montes Claros - MG

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE
PREFEITURA DE
UBERLÂNDIA
POR UMA CIDADE EDUCADORA**DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**

Declaro estar ciente que o Projeto de Pesquisa "**Formação interprofissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir das equipes de Saúde da Família com médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil**" será avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa e concordar com o parecer ético emitido por este CEP, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta Instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Autorizo o pesquisador **José Rodrigues Freire Filho** realizar a etapa de coleta de dados por meio da realização de grupos focais, aplicação de questionário e entrevistas com os profissionais das equipes de atenção básica do município que serão selecionadas conforme critérios citados no projeto da pesquisa, utilizando-se da infraestrutura desta Instituição.

Roseli Aparecida Muniz
Coordenadora de Atenção Primária à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

Uberlândia 15/09/15

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO -

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Formação interprofissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir das equipes de Saúde da Família com médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil

Pesquisador: José Rodrigues Freire Filho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 47794815.6.0000.5414

Instituição Proponente: Departamento de Medicina Social

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.265.019

Apresentação do Projeto:

O projeto: Formação interprofissional para o trabalho em equipe: uma análise a partir das equipes de Saúde da Família com médicos integrantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil trata-se de pesquisa descritiva e exploratória, cujos cenários de estudo são os territórios de saúde sob a atuação das instituições supervisoras do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) no estado de Minas Gerais, Brasil. Os sujeitos serão os médicos integrantes do PMMB do estado de MG, os tutores, supervisores e profissionais das equipes as quais os médicos participantes do projeto estão vinculados.

Objetivo da Pesquisa:

É pesquisa de campo que objetiva verificar se a inserção do médico do Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB) favoreceu o desenvolvimento de ações pedagógicas e práticas de saúde alicerçadas no trabalho em equipe na lógica da Educação Interprofissional.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto de pesquisa apresenta poucos riscos aos sujeitos investigados relacionados ao compartilhamento de informações. Quanto aos benefícios, espera-se que o estudo possibilite um maior conhecimento sobre as estratégias educativas no âmbito dos serviços de saúde de Atenção

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO

CEP: 14.055-380

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-0009

E-mail: csecuiaba@fmrp.usp.br

**CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO -**

Continuação do Parecer: 1.265.019

Primária, especialmente nos territórios com integrantes do PMMB, além de: - Ampliar o debate sobre políticas de formação em serviço com base na interprofissionalidade;- Conhecer o perfil de profissionais envolvidos no PMMB nos territórios de saúde do estado de Minas Gerais;- Subsidiar gerentes, planejadores, pesquisadores que trabalham direta ou indiretamente com recursos humanos em saúde no que tange a adoção de estratégias que favoreçam o desenvolvimento do trabalho em equipe;- Reforçar os vínculos entre instituições de ensino e serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa de grande importância para o país, pois o Projeto Mais Médicos para o Brasil não teve uma avaliação objetiva sob o ponto de vista científico. Projeto bem elaborado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou todos os termos obrigatórios, inclusive as cartas de autorização dos vários centros envolvidos. Apresentou dois TCLEs, um para os grupos focais (não médicos) e outro para as entrevistas individuais (médicos, tutores e supervisores).

Recomendações:

Única recomendação, a substituição nos TCLEs o termo cópia (a ser entregue para o participante) para via.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de importância para o país, aprovado com a recomendação acima

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatado parecer do relator de aprovar o projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_562409.pdf	04/09/2015 15:13:09		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_562409.pdf	04/09/2015 13:54:55		Aceito
Outros	Carta_Autorizacao_UFU.pdf	04/09/2015 13:26:24	José Rodrigues Freire Filho	Aceito
Outros	Carta_Autorizacao_UFVJM.pdf	04/09/2015 13:24:48	José Rodrigues Freire Filho	Aceito
Outros	Carta_Autorizacao_SMSA_BH.pdf	30/08/2015 13:05:07	José Rodrigues Freire Filho	Aceito
Outros	Autorizacao_UEMC.pdf	28/08/2015	José Rodrigues	Aceito

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO

CEP: 14.055-380

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-0009

E-mail: csecuiaba@fmrp.usp.br

**CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO -**

Continuação do Parecer: 1.265.019

Outros	Autorizacao_UEMC.pdf	02:15:43	Freire Filho	Aceito
Outros	Autorizacao_MontesClaros.pdf	28/08/2015 02:15:26	José Rodrigues Freire Filho	Aceito
Outros	Autorizacao_BH.pdf	28/08/2015 02:14:40	José Rodrigues Freire Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.pdf	28/08/2015 02:07:19	José Rodrigues Freire Filho	Aceito
Outros	Questionario_MedicoPMMB.pdf	28/08/2015 02:06:28	José Rodrigues Freire Filho	Aceito
Outros	Questionario_Medico_naoPMMB.pdf	28/08/2015 02:06:12	José Rodrigues Freire Filho	Aceito
Outros	Questionario_tutor.pdf	28/08/2015 02:05:17	José Rodrigues Freire Filho	Aceito
Outros	Questionario_supervisor.pdf	28/08/2015 02:04:58	José Rodrigues Freire Filho	Aceito
Outros	Formulario_caracterizacao_perfil_grupos focais.pdf	28/08/2015 02:03:42	José Rodrigues Freire Filho	Aceito
Outros	Roteiro_grupo_focal_Equipes_sem_med ico_PMMB.pdf	28/08/2015 02:02:25	José Rodrigues Freire Filho	Aceito
Outros	Roteiro_grupo_focal_Equipes_com_med ico_PMMB.pdf	28/08/2015 02:02:10	José Rodrigues Freire Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_grupo_focal.pdf	28/08/2015 02:00:00	José Rodrigues Freire Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevistas.pdf	28/08/2015 01:59:47	José Rodrigues Freire Filho	Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto (Plataforma Brasil - JOSÉ RODRIGUES - atualizada).pdf	12/08/2015 10:05:46		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_562409.pdf	01/08/2015 18:00:29		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto - José Rodrigues (Plataforma Brasil - Projeto Pesquisa Doutorado).jpg	01/08/2015 17:58:32		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO

CEP: 14.055-380

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-0009

E-mail: cseculaba@fmrp.usp.br

CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO -

Continuação do Parecer: 1.265.019

RIBEIRAO PRETO, 06 de Outubro de 2015

Assinado por:
LAÉRCIO JOEL FRANCO
(Coordenador)

Endereço: TERESINA 690

Bairro: SUMAREZINHO

CEP: 14.055-380

UF: SP

Município: RIBEIRAO PRETO

Telefone: (16)3602-0009

E-mail: csecuiaba@fmrp.usp.br

ANEXO C – Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI)

Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI)

Sexo: (___).Masculino. (___). Feminino.

Idade (em anos): _____

País: Brasil

Favor marcar sua área de especialização, caso seja profissional, ou seu programa acadêmico, se for estudante. (listados em ordem alfabética):

[1] Agente comunitário de saúde

[2] Assistente Social

[3] Enfermagem (Especifique, por favor, sua especialidade: _____)

[4] Farmácia (Especifique, por favor, seu ambiente de trabalho):

(a). Drogeria/Farmácia. (b). Farmácia Hospitalar. (c). Outros.

[5] Fisioterapia

[6] Fonoaudiologia

[7] Medicina (Especifique, por favor, sua especialidade: _____)

[8] Nutrição

[9] Odontologia (Especifique, por favor, sua especialidade: _____)

[10] Psicologia

[11] Profissional de Saúde Pública

[12] Técnico ou Auxiliar em Enfermagem

[13] Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal

[14] Terapia Ocupacional

[15] Outro(a) (especifique, por favor: _____)

Definições:

Colaboração interprofissional: Trabalho em conjunto de profissionais da área de saúde de diferentes formações, com o intuito de melhorar a qualidade de atendimento dos pacientes.

Profissionais de saúde: Pessoas qualificadas, com formação e conhecimento em profissões relacionadas à saúde.

Pacientes (clientes): Indivíduos que recebem serviços prestados por profissionais da área de saúde.

Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional
--

Instruções: Indique, por favor, o quanto você concorda ou discorda de cada uma das seguintes afirmações, escrevendo o número apropriado entre os parênteses disponibilizados antes de cada afirmação. Utilize, por favor, a escala de 7 pontos, a seguir (quanto maior o número na escala, maior a concordância):

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Discordo totalmente	Concordo totalmente
1. () Os profissionais de saúde devem ser vistos como colaboradores, ao invés de superiores ou subordinados.	
2. () Todos os profissionais de saúde devem ter a responsabilidade de monitorar os efeitos de intervenções em seus pacientes/clientes.	
3. () O trabalho em equipe no cuidado à saúde não pode ser um resultado do ensino interdisciplinar.	
4. () As instituições acadêmicas devem desenvolver programas de ensino interdisciplinar para aumentar a prática colaborativa.	
5. () Os profissionais de saúde não devem questionar as decisões tomadas por colegas, mesmo que eles achem que essas possam ter efeitos prejudiciais ao paciente/cliente.	
6. () Todos os profissionais de saúde podem contribuir para as decisões relacionadas ao bem-estar de pacientes/clientes.	
7. () A prática colaborativa sempre funciona melhor quando os profissionais de saúde desenvolvem relações de trabalho para atingir os mesmos objetivos.	
8. () O ensino interdisciplinar e a colaboração interprofissional não estão ligados entre si.	
9. () A função principal de outros profissionais de saúde é seguir, sem questionamento, as orientações dos médicos que estão tratando os pacientes/clientes.	
10. () A colaboração interprofissional, que inclui respeito mútuo e comunicação, melhora o ambiente de trabalho.	
11. () Todos os profissionais de saúde devem contribuir para as decisões relativas à melhora do cuidado de seus pacientes/clientes.	
12. () A satisfação no trabalho não está relacionada às práticas de colaboração interprofissional.	
13. () Os profissionais de saúde devem estar cientes de que seus colegas de outras áreas relacionadas à saúde podem contribuir para a qualidade do cuidado.	
14. () Os profissionais de saúde devem estar envolvidos na tomada de decisões político-administrativas relativas ao seu trabalho.	
15. () Devido à diferença de cada função, não há muitas áreas que permitam a sobreposição de responsabilidades entre os profissionais de saúde que prestam cuidados aos pacientes/clientes.	
16. () Para promover o melhor benefício ao paciente/cliente, os profissionais de saúde devem usar seu próprio julgamento ao invés de consultar seus colegas de outras áreas relacionadas à saúde.	
17. () Os erros clínicos serão minimizados quando existir colaboração entre os profissionais de saúde.	
18. () Todos os profissionais de saúde possuem competências específicas próprias para prestar atendimento de qualidade aos seus pacientes / clientes.	
19. () Os profissionais de saúde que trabalham em conjunto não podem ser igualmente responsabilizados pelo serviço que prestam.	
20. () Durante sua formação, todos os estudantes da área da saúde devem ter a experiência de trabalhar em equipes com estudantes de outras áreas da saúde, para que possam compreender melhor sua respectiva função.	

ANEXO D – Autorização para utilização da EJARCI/ JeffSATIC**De:** Mohammadreza Hojat <Mohammadreza.Hojat@jefferson.edu>**Assunto: RE: about a new research - asking your permission to use JSATIC****Data:** 4 de março de 2016 11:20:02 BRT**Para:** Suely Grosseman <sgrosseman@gmail.com>, "vianacostam@yahoo.com.br" <vianacostam@yahoo.com.br>

Dear Suely:

Hope all goes well with you. I was away from the office for a couple of weeks. Came back today. Yes, Dr. Marcelo Viana has my permission to use the JeffSATIC. Did you send me a copy of your translated version for my file?

Wishing you the best in your project.

(-:

Hojat

- ☐ **Mohammadreza Hojat, Ph.D.**
 - ☐ Research Professor of Psychiatry and Human Behavior
 - ☐ Director of Jefferson Longitudinal Study
 - ☐ Center for Research in Medical Education and Health Care
 - ☐ Sidney Kimmel Medical College at Thomas Jefferson University
 - ☐ 1015 Walnut Street, Curtis Building, 3rd Floor, Suite 320B
 - ☐ Philadelphia, PA 19107, USA
 - ☐
 - ☐ Voice-mail: (215) 955-9459
 - ☐ Fax: (215) 923-6939
 - ☐ E-mail: Mohammadreza.Hojat@Jefferson.edu
 - ☐ Website: www.jefferson.edu/university/skmc/research/research-medical-education.html
- Webpage: www.jefferson.edu/university/skmc/research/research-medical-education/team/hojat.html

To be understood is a basic human need that can be fulfilled when an empathic relationship is formed.

Information about my book "*Empathy in Patient Care*" is posted at: www.springer.com/us/book/9780387336077. The expanded and updated edition of the book under a new title "*Empathy in Health Professions Education and Patient Care*" will be released in 2016, posted at: www.springer.com/us/book/9783319276243.

From: Suely Grosseman [<mailto:sgrosseman@gmail.com>]**Sent:** Thursday, March 03, 2016 3:07 PM**To:** Mohammadreza Hojat; vianacostam@yahoo.com.br**Subject:** about a new research - asking your permission to use JSATIC

Dear Prof. Hojat.

There is a long time we don't talk to each other and I miss our meetings on

Tuesdays.

Marcelo Musa, Edna and I have finished the cultural adaptation and translation of your scale JEFFERSON SCALE OF ATITUDES TOWARD INTERPROFESSIONAL COLLABORATION

I am sitting with Dr. Marcelo Viana, professor of nursing school at one University at Northeast Brazil (State University of Rio Grande do Norte) and he intends to apply the scale among 60 health professionals who work in Family Health Care Units, including health workers, nurses, physicians, dentists.

So, I would like to ask your permission, so that he can use the Portuguese version of JSATIC. This message is addressed to you and to him, so that we can begin to talk.

Thank you so much in advance.

Best wishes😊

Suely Grosseman