**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

FLÁVIA CRISTINA CASTILHO CARÁCIO

**A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL PARA A PRÁTICA
COLABORATIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

**SÃO PAULO
2018**

FLÁVIA CRISTINA CASTILHO CARÁCIO

**A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL PARA A PRÁTICA
COLABORATIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE**

Versão corrigida da Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Amélia de Campos Oliveira

Versão Corrigida

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

**SÃO PAULO
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.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Carácio, Flávia Cristina Castilho

A educação interprofissional para a prática colaborativa na atenção primária em saúde/ Flávia Cristina Castilho Caracio. São Paulo, 2018.

128 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Amélia de Campos Oliveira
Área de concentração: Enfermagem em Saúde Coletiva

1. Ensino superior. 2. Educação interprofissional.
3. Educação em saúde. 4. Atenção primária à saúde.
5. Enfermagem. 6. Medicina. I. Título.

Nome: Flávia Cristina Castilho Carácio

Título: A Educação Interprofissional para a Prática Colaborativa na Atenção Primária em Saúde

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientadora: Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

*Ao meu esposo, **André Luís Carácio** e aos nossos filhos, **Lucca e Matteo** que,
comprometidos com a construção do bem comum, colocamos mais um tijolo
rumo à cidadania!*

Agradecimentos

A Deus, por sempre guiar e iluminar o meu caminho.

À Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira, por ter me recebido, acolhido minhas inseguranças e orientado com imenso afeto, compartilhando ensinamentos valiosos e contribuindo para minha construção pessoal e profissional. Agradeço pela confiança e incentivo durante todo o processo.

Às Profas. Dras. Marina Peduzzi, Valéria Marli Leonello, Emiko Yoshikawa Egry e Maria Madalena Januário Leite por suas importantíssimas contribuições no exame de qualificação, etapa fundamental na elaboração dessa tese. Muito obrigada!

À Profa. Dra. Luzmarina A. Doretto Braciacalli, por ter me apresentado à pesquisa, ter se disponibilizado e colaborado sempre para minha formação pessoal e profissional ao longo dos últimos 20 anos. Sou eternamente grata por sua companhia nessa jornada.

Ao meu esposo André Luis Carácio e aos meus filhos, agradeço por todo companheirismo, amor, compreensão, incentivo e carinho em todas as etapas da vida e nesta em especial.

Aos meus familiares, pais, irmãos, cunhados e sobrinhos, que sempre me apoiaram e acreditaram em mim. Vocês foram essenciais!

Aos amigos, que foram um apoio fundamental ao longo desta trajetória. Obrigada a todos que me incentivaram e acreditaram em mim.

Aos docentes e discentes da Famema, por fazerem parte dessa experiência de aprendizado com atitude generosa e colaborativa, tornando essa etapa de minha formação uma experiência preciosa.

Aos docentes e funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da Famema, por terem me recebido com carinho e contribuído gentilmente para a minha formação.

Epígrafe

“Se temos de esperar, que seja para colher a semente boa que lançamos no solo da vida. Se for para semear, então que seja para produzir milhões de sorrisos, de solidariedade e amizade.”

Cora Coralina

Carácio, FCC. A educação interprofissional para a prática colaborativa na Atenção Primária em Saúde [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2018.

RESUMO

Introdução: Esta investigação tem como objeto a Educação Interprofissional, uma estratégia de mudança do perfil profissional na área da saúde que favorece a prática colaborativa. Ocorre quando dois ou mais estudantes de diferentes áreas da saúde aprendem juntos, visando melhorar a colaboração e a qualidade do cuidado. Este estudo enfoca particularmente a formação de enfermeiras e médicos, principais integrantes das equipes nos serviços da Atenção Primária em Saúde. **Objetivo:** analisar se o processo de formação de enfermeiros e médicos na Faculdade de Medicina de Marília está ancorado nas premissas da Educação Interprofissional e se contribui para prática colaborativa na Atenção Primária. **Método:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem quanti-qualitativa, do tipo estudo de caso, desenvolvida em três etapas: na primeira, foi feita a análise documental dos projetos político-pedagógicos dos cursos de Enfermagem e Medicina da Faculdade de Medicina de Marília. Na segunda, realizou-se a aplicação do questionário *Readiness Interprofessional Learning Scale*, na versão adaptada para o português do Brasil e validada para estudantes de cursos de graduação. Na terceira etapa foram feitas entrevistas individuais semiestruturadas com discentes dos cursos de Enfermagem e Medicina. A análise documental tomou como referência as diretrizes propostas pelo *Centre for the Advancement of Interprofessional Education* para identificar se a proposta curricular dos cursos de Enfermagem e Medicina continha as premissas da Educação Interprofissional. As respostas do questionário foram submetidas a análise estatística. As entrevistas foram transcritas e submetidas à análise de conteúdo. **Resultados:** A integração dos resultados das três etapas da pesquisa corroborou para a identificação dos temas que favorecem a EIP nos cursos da Famema: A construção do aprendizado integrado com as equipes da Atenção Primária, A importância das metodologias ativas na construção da autonomia profissional, A formação da identidade profissional de forma interdependente entre as profissões e A participação do usuário na formação interprofissional dos profissionais da saúde. **Conclusão:** O estudo revelou que, na ótica dos estudantes, o processo de formação de enfermeiras e médicos na Famema apresenta-se orientado para a aprendizagem interprofissional por meio da formação ancorada em um currículo integrado, que faz uso de metodologias ativas e cenários reais de prática, promovendo a autonomia do estudante no processo de construção do aprendizado, contribuindo assim para prática colaborativa na APS.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Superior. Educação Interprofissional em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Medicina.

Carácio, FCC. Interprofessional education for collaborative practice in Primary Health Care [thesis]. Sao Paulo, School of Nursing, University of São Paulo; 2018.

ABSTRACT

Introduction: This research has as its object the Interprofessional Education, a change strategy of a professional profile in the health area, which promotes collaborative practice. It occurs, when two or more students from different health areas learn together to improve collaboration and quality of care. This study focuses, particularly, on the training of nurses and physicians, the main members of the teams in the Primary Health Care services. **Objective:** to analyze if the process of training nurses and doctors in the School of Medicine of Marília is anchored in the premises of Interprofessional Education and, if contributes for collaborative practice in Primary Health Care. **Method:** This is a quantitative-qualitative research, a case study, developed in three stages: in the first stage, the documentary analysis of the political-pedagogical projects of the Nursing and Medicine courses of the Faculty of Medicine of Marília was made. The second one was the application of the Readiness Interprofessional Learning Scale questionnaire, in the version adapted to Brazilian Portuguese and validated for undergraduate students. In the third stage, individual semi-structured interviews were conducted with students of Nursing and Medicine courses. The documentary analysis, took as reference the guidelines proposed by the Center for the Advancement of Interprofessional Education to identify if the curricular proposal of the courses of Nursing and Medicine sustained the premises of Interprofessional Education. The answers of the questionnaire were submitted to statistical analysis. The interviews were transcribed and submitted to content analysis. **Results:** The results favor Interprofessional Education in Famema. The integration of the results of the three stages of the research corroborated the identification of the themes: The construction of integrated learning with primary care teams, the importance of active methodologies in the construction of professional autonomy, professional identity in an interdependent way between the professions and the participation of the user in the interprofessional formation of health professionals. **Conclusion:** The study revealed that, from the point of view of the students, the Nursing and Physicians training process at Famema presents an integrated curricula, use of active methodologies and real practice scenarios, promoting the students' autonomy in the process of building in professional identity, thus contributing to interprofessional learning and collaborative practice in PHC.

KEYWORDS: Higher education. Interprofessional Education in Health. Primary Health Care. Nursing. Medicine.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Distribuição dos grupos estudados no estudo RIPLS, Marília, 2018	48
Figura 2 – <i>Boxplots</i> comparando a distribuição do domínio TEC entre os grupos ...	50
Figura 3 – <i>Boxplots</i> comparando a distribuição do domínio IP entre os grupos	51
Figura 4 – <i>Boxplots</i> comparando a distribuição do domínio ACP entre os grupos	52
Figura 5 – Gráficos de dispersão para avaliar a correlação entre as esferas do RIPL.....	53
Figura 6 – Potencialidades favoráveis à EIP na Famema	89
Figura 7 – Limites para EIP na Famema	96
Figura 8 – Macro-categorias associadas à EIP na Famema.....	102

LISTA DE GRÁFICOS E QUADROS

Quadro 1 – Questões norteadoras para avaliação da qualidade da EIP.....	33
Quadro 2 – Síntese da análise documental dos Projetos Pedagógicos dos cursos de Enfermagem e Medicina da Famema. Marília	46
Quadro 3 – Caracterização dos participantes no estudo RIPLS, Marília, 2018	47
Quadro 4 – Média e desvio padrão nos diferentes domínios do questionário RIPLS por curso. Marília, 2018	47
Quadro 5 – Caracterização dos participantes entrevistados. Marília, SP, 2018	60
Quadro 6 – Categorias empíricas e subcategorias dos 18 entrevistados.....	62

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Comparação do domínio TEC entre os grupos estudados. Marília, SP, 2018	49
Tabela 2 – Comparação do domínio IP entre os grupos estudados. Marília, SP, 2018.....	50
Tabela 3 – Comparação do domínio ACP entre os grupos estudados. Marília, SP, 2018.....	52
Tabela 4 – Frequência, porcentagem, média e desvio padrão de cada questão do grupo Enfermagem do 1º ano. Marília, SP, 2018.....	54
Tabela 5 – Frequência, porcentagem, média e desvio padrão de cada questão do grupo Enfermagem do 2º ano. Marília, SP, 2018.....	55
Tabela 6 – Frequência, porcentagem, média e desvio padrão de cada questão do grupo Enfermagem do 4º ano. Marília, SP, 2018.....	56
Tabela 7 – Frequência, porcentagem, média e desvio padrão de cada questão do grupo Medicina do 1º ano. Marília, SP, 2018.....	57
Tabela 8 – Frequência, porcentagem, média e desvio padrão de cada questão do grupo Medicina do 2º ano. Marília, SP, 2018.....	58
Tabela 9 – Frequência, porcentagem, média e desvio padrão de cada questão do grupo Medicina do 6º ano. Marília, SP, 2018.....	59
Tabela 10 – Comparação entre as profissões por domínio. Marília, 2018.....	60

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
ACP	Atenção Centrada no Paciente
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAIPE	<i>Centre Advancement of Interprofessional Education</i>
CIHC	<i>Canadian Interprofessional Health Collaborative</i>
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
EIP	Educação Interprofissional
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAMEMA	Faculdade de Medicina de Marília
IES	Instituições de Ensino Superior
IP	Identidade profissional
IPEC	<i>Interprofessional Education Consortium</i>
LPP	Laboratório de Práticas Profissionais
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
RIPLS	Readiness Interprofessional Learning Scale
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEC	Trabalho em equipe e colaboração
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
UES	Unidade Educacional Sistematizada
UPP	Unidades de Prática Profissional

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
1 INTRODUÇÃO	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	22
2.1 A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	22
3 OBJETIVOS	29
3.1 GERAL.....	29
3.2 ESPECÍFICOS	29
4 MÉTODO	30
4.1 TIPO DE ESTUDO	30
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	30
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA	32
4.4 COLETA DOS DADOS	32
4.5 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS	33
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	36
5 RESULTADOS.....	37
5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL	37
5.1.1 Curso de Enfermagem	37
5.1.2 Curso de Medicina.....	42
5.2 QUESTIONÁRIO RIPLS	46
5.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	60
5.3.1 A escolha da profissão fundamentando a predisposição para a EIP..	63
5.3.2 As metodologias ativas como intrínsecas à EIP.....	66
5.3.3 A vinculação à experiência.....	76
5.3.1 A inserção precoce na APS favorecendo a prática colaborativa.....	82
5.4 ARTICULAÇÃO DOS RESULTADOS	88
5.4.1 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O TRABALHO EM EQUIPE	89
5.4.2 AS METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO E APRENDIZAGEM	91

5.4.3	A PRÁTICA COLABORATIVA NA APS.....	93
5.4.4	A IDENTIDADE PROFISSIONAL DE ENFERMEIRAS E MÉDICOS	94
5.4.5	A FRAGILIDADE NA PARCERIA ENSINO SERVIÇO	96
5.4.6	A DESARTICULAÇÃO ENTRE AS SÉRIES	98
5.4.7	A INSEGURANÇA DOS ESTUDANTES FRENTE ÀS METODOLOGIAS ATIVAS NO INÍCIO DO CURSO.....	100
5.4.8	A FALTA DE PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NO PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM.....	101
6	DISCUSSÃO.....	103
6.1	A CONSTRUÇÃO DO APRENDIZADO INTEGRADO COM AS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	104
6.2	A IMPORTÂNCIA DAS METODOLOGIAS ATIVAS NA CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA PROFISSIONAL	107
6.3	A FORMAÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DE FORMA INTERDEPENDENTE ENTRE AS PROFISSÕES.....	110
6.4	A PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NA FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE	112
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
	REFERÊNCIAS	118
	ANEXOS.....	124
	APÊNDICES	126

APRESENTAÇÃO

O interesse em estudar a Educação Interprofissional (EIP) está relacionado a minha formação, como egressa do curso de Enfermagem da Famema e participante dos processos de transformação curricular da Instituição. Relaciona-se especialmente ao início de minha vida profissional como enfermeira na Atenção Primária à Saúde (APS), quando me deparei com uma prática de trabalho complexa, composta por uma diversidade de situações sociais bastante difíceis. Embora tal prática seja realizada por diferentes profissionais de saúde, há pouca articulação para o cuidado centrado no paciente e sua família. Desde então, tenho buscado aprofundar meus conhecimentos sobre como atuar nesse cenário, a fim de contribuir para a melhoria da qualidade de vida das coletividades assistidas.

Dentre os maiores desafios vivenciados no início do trabalho na APS, destacaram-se o planejamento das ações em saúde, o trabalho em equipe, a intersetorialidade, as ações educativas, a formação do agente comunitário, o acompanhamento das visitas domiciliárias pela equipe, assim como a organização de palestras escolares e campanhas, dentre outros tantos outros presentes no contexto da APS.

Realizei o Curso de Especialização em Saúde da Família e, em seguida, o Mestrado na área de Ensino em Saúde, que foram grandes oportunidades para discutir as práticas em saúde, especialmente por terem ocorrido por meio de metodologias ativas e com um grupo de colegas que passavam por situações semelhantes na APS, contribuindo para o desenvolvimento de um olhar mais crítico e ampliado sobre a realidade de vida e saúde das pessoas, suas famílias, diferentes grupos sociais e coletividades.

Atuei por sete anos na gestão de serviços de APS no município de Marília e enfrentei os desafios da organização do cuidado, mas sob um novo ângulo: receber novos profissionais com as mais diversas formações em saúde e perceber a forma como concebiam e desenvolviam sua prática junto às equipes de saúde. Essa experiência permitiu-me compreender a necessidade de fortalecimento do trabalho

em equipe, buscando articulações com as instituições de ensino (IES) para a qualificação da prática.

Durante o percurso que realizei até aqui, observei que na prática a maioria dos profissionais reproduz o modelo biomédico, centrado na doença e no cuidado individual, obtendo uma resolução temporária dos problemas e das necessidades trazidas pelos usuários. As Unidades de Saúde não adotam a perspectiva do cuidado integral e a prática segue desarticulada, com ações pontuais e fragmentadas. A rotatividade dos profissionais é alta, o que gera descontinuidade das propostas de trabalho em equipe e baixa resolubilidade das ações de saúde.

O trabalho em equipe busca a integração dos diferentes profissionais da saúde para a produção do cuidado centrado no paciente. Para isso, a formação do profissional da saúde é muito importante. A EIP pode ser uma estratégia para preparar os estudantes para articular suas ações profissionais, a fim de conferir maior resolubilidade aos serviços de saúde. Diante do desafio do profissional da saúde de atuar eficazmente, em resposta à complexidade das necessidades de saúde postas no cenário da APS, a EIP pode favorecer mudanças curriculares que preparem os estudantes para a prática colaborativa na APS.

Espero que essa investigação possa contribuir para a ampliação dos conceitos da EIP no contexto nacional, um tema relevante para a formação dos profissionais da saúde, como uma das estratégias de organização das práticas em APS.

1 INTRODUÇÃO

Esta investigação toma como objeto a Educação Interprofissional (EIP) para a prática colaborativa em saúde, particularmente, na formação de enfermeiras e médicos, principais integrantes das equipes nos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS). A EIP é uma estratégia de mudança no perfil profissional na área da saúde, que ocorre quando dois ou mais estudantes de diferentes áreas da saúde aprendem juntos, por meio e sobre as demais profissões, para melhorar a colaboração e a qualidade do cuidado¹.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) requer profissionais que atuem para fazer cumprir os princípios de universalidade, equidade e integralidade da atenção. Os serviços de saúde devem responder às necessidades de pessoas, famílias e coletividades e para isso os profissionais necessitam desenvolver uma prática colaborativa, centrada nas necessidades do usuário, ampliando as possibilidades de compreensão e resolução dos problemas de saúde².

A APS é o principal contato dos usuários no SUS e centro de comunicação com toda Rede de Atenção à Saúde (RAS). As unidades de APS são organizadas para assumir a responsabilidade por um território adstrito, permitindo a construção de vínculos e o planejamento das ações para que os cuidados sejam efetivos. Para isso, é fundamental que as ações estejam pautadas no trabalho em equipe, com ações interprofissionais, a fim de promover impacto positivo na qualidade da assistência em saúde³.

Os profissionais que atuam na APS devem ser capazes de proporcionar o cuidado integral à saúde. Para isso, sua formação deve abarcar as dimensões individual, familiar e organizacional, para dar conta da complexidade e da heterogeneidade do objeto da atenção e, atuar na gestão do cuidado em saúde⁴.

Tendo em vista o contexto do trabalho em saúde e a complexidade das necessidades e dos problemas de saúde, espera-se que as instituições de ensino superior (IES) utilizem modelos pedagógicos inovadores para formar profissionais

críticos e reflexivos, que considerem as dimensões sociais, econômicas e culturais na provisão de cuidados à saúde⁵.

As transformações da formação na área da saúde, visam favorecer o desenvolvimento de competências voltadas para organização do trabalho em equipe. Este, se caracteriza pela relação complementar que decorre da interação dos profissionais e do trabalho, possibilitando a organização dos serviços de saúde por equipes integradas e com ações centradas no paciente⁶.

O trabalho na área da saúde é produzido simultaneamente pela atuação dos profissionais e pelo modelo de atenção à saúde presente no cotidiano dos serviços e que modula a prática dos profissionais. Para a superação do modelo biomédico e das práticas fragmentadas na APS, é necessário promover o deslocamento da formação uniprofissional, que privilegia o domínio técnico, para o trabalho centrado nas necessidades de saúde dos usuários, de tal modo que estudantes, docentes e profissionais dos serviços de saúde se corresponsabilizem pela organização do cuidado e compartilhem as informações, o que requer habilidade de comunicação e planejamento conjunto das ações, características próprias das equipes colaborativas⁷.

O sistema educacional e o de saúde são interdependentes e devem estar articulados na reorganização do processo de trabalho, para garantir uma prática centrada nas necessidades de saúde do usuário⁸. A reorganização das práticas deve estar ancorada em mudanças nos cursos de graduação, capazes de apoiar a transformação do modelo tecnoassistencial em saúde, para enfrentar a complexidade dos fenômenos de saúde-doença, com foco na integralidade do cuidado⁶.

Destaca-se, a importância de buscar estratégias para a formação dos profissionais de saúde que possibilitem a prática colaborativa na APS. Esta, ocorre quando profissionais de saúde de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, os cuidadores e as coletividades, para o provimento da atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços. Para tanto, apresenta um núcleo de

competências específicas e comuns, constituídas por conhecimentos, habilidades e valores que são compartilhadas pelos profissionais na busca da qualidade da assistência⁹.

A formação inicial visa preparar profissionais generalistas, capazes de conduzir de forma autônoma seu processo de aprendizagem ao longo da vida, buscando trabalhar em equipe e adaptar-se às mudanças, raciocinando criticamente e tomando decisões fundamentadas nessa avaliação⁶. Essa nova perspectiva, requer que a organização curricular e as estratégias pedagógicas estejam alinhadas e sejam desenvolvidas em parceria com os serviços de saúde.

Enfermagem e Medicina têm como objeto de trabalho as necessidades de saúde de indivíduos, famílias, grupos sociais e coletividades, o que demanda uma abordagem complexa e requer a atuação em equipe multiprofissional. No entanto, na atualidade, o ensino dessas profissões em geral ocorre de modo isolado, o que resulta na dificuldade dos egressos para atuar de forma colaborativa².

Os cursos buscam desenvolver saberes técnicos, filosóficos e políticos articulados para desenvolver o cuidado em saúde. Com a proposição das diretrizes curriculares em 2001, o currículo de graduação em Enfermagem visa à formação do profissional generalista, crítico e reflexivo, com competência técnico-científico e ético-política, social e educativa¹⁰. A formação do médico também está intimamente relacionada com a trajetória histórica da profissão que envolve as determinações sociais, econômicas e políticas¹¹.

É necessário reconhecer, o esforço das instituições de saúde para promover a ruptura do paradigma biomédico que ainda sustenta a prática desse profissional nos serviços de saúde. A transformação visa mudar o foco das especialidades, com ações prioritariamente assistencialistas, para uma nova prática em saúde e, para tanto, são necessárias mudanças curriculares que preparem os profissionais para práticas colaborativas, com ações integrais, voltadas para o cuidado efetivo da população¹¹.

Os cursos de graduação em Enfermagem e Medicina têm buscado promover mudanças na formação, adotando currículos integrados e metodologias ativas para que os estudantes assumam de forma ativa e responsável sua formação, compartilhando-a com os docentes e os profissionais do campo. Ou seja, buscam orientar a formação em saúde para a prática colaborativa. As mudanças almejam, que a experiência da formação possa auxiliar o desenvolvimento de uma prática colaborativa interprofissional de qualidade, com a finalidade de aprimorar o cuidado à saúde da população⁵.

Enfermeiras e médicos devem ser preparados para atuar de forma integrada, compartilhando ações e otimizando recursos, com vistas ao aumento da resolubilidade nos serviços de atenção à saúde^{12,13}.

Justifica-se, assim, o desenvolvimento de pesquisas sobre a EIP visando à reconfiguração das relações profissionais e a articulação de competências comuns e complementares, a fim de promover impacto positivo na qualidade da assistência na perspectiva da integralidade. Também, é relevante conhecer a concepção de estudantes sobre a EIP e verificar se sua adoção na formação inicial contribui para o trabalho colaborativo e a atuação centrada nas necessidades dos usuários dos serviços de saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

A EIP é uma estratégia de qualificação das práticas em saúde que oportuniza a preparação individual para a colaboração, estimula o interprofissionalismo e promove o cuidado integral em saúde⁸. É temática emergente no campo da saúde e objeto de discussão crescente no Reino Unido, Canadá, Austrália, Estados Unidos, Japão, alguns países da Europa, nos países nórdicos e mais recentemente em países da América do Sul e da África¹⁴.

Vários centros de pesquisa dedicam-se a estudar a temática, trazendo contribuições importantes por meio de investigações cujo objetivo é melhorar a qualidade da assistência à saúde e favorecer as relações entre profissionais de diferentes categorias para que se tornem mais colaborativos. O mais antigo deles é o *Centre for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE), do Reino Unido, que desde 1987 busca contribuir para melhorar a qualidade dos cuidados em saúde por meio de pesquisas sobre a formação profissional. O lançamento do *Journal of Interprofessional Care* (JIC) em 1992, com o foco na educação, saúde e assistência social, incentivou contribuições de outros campos de atuação e o intercâmbio de experiências e conhecimento entre os países. O JIC é produto da colaboração entre pesquisadores da Austrália, Canadá, Suécia, Reino Unido e Estados Unidos¹.

Em 2010, o CAIPE apresentou a seguinte definição de EIP: “*quando duas ou mais profissões aprendem com, para e sobre a outra, para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados*”¹⁵. Em 2016, propôs diretrizes da EIP com base nas pesquisas mais recentes, contribuindo para a discussão sobre o preparo dos futuros profissionais da saúde e evidenciando o papel do educador e da metodologia de ensino para a construção de habilidades de resolução de conflitos, negociação e tomada de decisão. Enfatizou ainda a importância do pensamento coletivo na compreensão dos fenômenos da saúde, indicando a necessidade de incorporar a EIP na formação em saúde¹⁶.

Desde 2004, o Canadá apresenta um número crescente de publicações sobre o tema e vem contribuindo para a criação de redes de EIP nacionais, assim como os EUA, a Austrália e a Europa. Em 2010, o grupo de pesquisa *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) organizou e publicou um conjunto de competências comuns para as profissões da saúde, que consistem em conhecimentos, habilidades e atitudes partilhadas na lógica do trabalho interprofissional. O documento foi organizado em seis domínios: a comunicação interprofissional; o cuidado centrado no paciente, família e comunidade; o esclarecimento de papéis; a dinâmica de grupo aplicada ao trabalho em equipe; a liderança e a resolução de conflitos interprofissionais. Estes são considerados atributos necessários para o desenvolvimento da EPI e a formação profissional para o trabalho colaborativo^{17,18}.

Outro importante centro de pesquisa em EIP é o *Interprofessional Education Consortium* (IPEC), norte-americano, que define a EIP como um processo de aprendizagem que adota a educação interdisciplinar e promove várias experiências de trabalho em colaboração com a comunidade, com o intuito de atender as mais variadas necessidades de crianças, jovens e famílias, fornecendo conhecimentos, habilidades e valores que as pessoas necessitam para colaborar com os outros com os quais se relacionam. Trata-se de uma intervenção de aprendizado em conjunto, de forma interativa, com o propósito de melhorar a colaboração interprofissional e a saúde dos pacientes¹⁹.

Em 2007, a Organização Mundial da Saúde (OMS) constituiu um grupo de estudos com representantes de vários países para ampliar a discussão sobre a EIP e a prática colaborativa e auxiliar no enfrentamento do desafio global de obter melhoria na força de trabalho em saúde e, dessa forma, garantir a segurança dos pacientes com menor custo. Em 2008, o grupo realizou um mapeamento internacional em 42 países, com resultados que indicaram a presença da EIP em locais distintos em relação à renda e à assistência à saúde, envolvendo alunos de vários cursos da área da saúde^{9,20}.

Em 2010, a OMS lançou o documento intitulado *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*, que considera a EPI uma ferramenta potente para formar a prática dos profissionais, por meio da troca de experiências que potencializam o trabalho colaborativo para qualificar os serviços de saúde⁹.

Em fevereiro de 2015, foi publicado um documento síntese das diretrizes da EIP para o qual contribuíram mais de 200 especialistas de todas as regiões do mundo. O texto integra a versão inicial do *Projeto de Estratégia Global de Recursos Humanos para a Saúde*, que busca consolidar evidências em torno de um quadro abrangente do mercado de trabalho em saúde para cobertura universal em saúde²¹.

Na literatura internacional ainda não há consenso quanto à definição das competências para a EIP. Em 1998, Barr estabeleceu três tipos de competências no âmbito do trabalho em saúde: **colaborativas**, que são essenciais no trabalho entre diferentes profissões; **complementares**, que são específicas de cada profissão e; **comuns** à área da saúde²².

Em 2010, o CIHC definiu seis campos de competências essenciais para a prática interprofissional colaborativa: comunicação interprofissional, cuidado centrado no paciente, clarificação de papéis profissionais, dinâmica de funcionamento da equipe, resolução de conflitos interprofissionais e liderança colaborativa²³.

Em 2011, o IPEC indicou as competências nucleares a serem incorporadas ao processo de formação profissional: valores/ética para a prática interprofissional, papéis e responsabilidades profissionais, comunicação interprofissional e trabalho em equipe saúde²⁴. Em 2016, apresentou competências e sub-competências básicas para a prática colaborativa interprofissional que foram reafirmadas e atualizadas, e estão organizadas dentro de um domínio singular de colaboração interprofissional para qualificar o cuidado saúde²⁵.

Competency 1: Work with individuals of other professions to maintain a climate of mutual respect and shared values. (Values/Ethics for Interprofessional Practice)

Competency 2: Use the knowledge of one's own role and those of other professions to appropriately assess and address the health care needs of patients, and to promote and advance the health of populations. (Roles/Responsibilities)

Competency 3: Communicate with patients, families, communities, and professionals in health and other fields in a responsive and responsible manner, that supports a team approach to the promotion and maintenance of health and the prevention and treatment of disease. (Interprofessional Communication)

Competency 4: Apply relationship-building values and the principles of team dynamics to perform effectively in different team roles to plan, deliver, and evaluate patient/populationcentered care and population health programs and policies that are safe, timely, efficient, effective, and equitable. (Teams and Teamwork).

Após 30 anos de investigações sobre a EIP, constata-se o aumento das publicações a respeito do tema a partir de 2005. A produção científica existente indica que a prática colaborativa nos serviços de saúde é importante para assegurar a qualidade da assistência. Recentemente um estudo de revisão demonstrou a efetividade da EIP no cuidado aos pacientes e na dinâmica de trabalho nos serviços de saúde, com destaque para as seguintes evidências: adesão aos protocolos de atendimento, satisfação do usuário em relação à assistência recebida, compartilhamento de saberes na tomada de decisões por parte dos profissionais, prática colaborativa e diminuição de erros na assistência ofertada²⁶.

Na literatura internacional, outras estratégias de mudança também vem sendo apontadas como potentes para auxiliar na formação profissional: a utilização da aprendizagem baseada em problemas, o ensino *on-line*, a participação dos discentes, professores e profissionais dos serviços na elaboração e avaliação dos currículos dos cursos, a estrutura curricular flexível, a presença de grupos de trabalho para apoiar a proposta, assim como o envolvimento de docentes e da direção dos cursos; o apoio financeiro para implementação e a manutenção das atividades de EIP^{27,28}.

Autores nacionais também reconhecem que os profissionais formados na perspectiva da EIP são mais preparados para o trabalho em equipe e a integralidade da atenção em saúde. São, em sua maioria, oriundos de universidades públicas,

especialmente da região sudeste, vinculadas a cursos da área da saúde que tem os serviços da APS como cenários de prática desde as séries iniciais⁷.

Investigações sobre o tema são crescentes no Brasil, todavia as experiências com EIP ainda são escassas. As IES brasileiras que se destacam pela prática da educação interprofissional são: a Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, a Universidade Federal do Ceará, a Faculdade de Medicina de Marília, a Universidade Estadual Paulista de Botucatu e a Universidade Federal do Recôncavo Baiano, com seus Bacharelados Interdisciplinares na área da Saúde. Tais instituições têm buscado romper com o modelo de formação tradicional, centrado em disciplinas, e a formação específica de cada profissão, adotando estratégias curriculares que favorecem o interprofissionalismo³⁵.

Dentre os autores brasileiros, destacando-se Costa^{29,30}, Silva³¹, Peduzzi et al.⁷, Peduzzi³², Batista^{33,34}, Miranda Neto³⁵, Forte et al.³⁶ e Nuto³⁷. Costa^{29,30} realizou uma investigação sobre como a EPI pode reorientar a formação do profissional em saúde. Os resultados evidenciaram a necessidade de melhorar as habilidades dos futuros profissionais para a colaboração. Dentre os obstáculos, para que isso ocorra, identificaram as relações hierárquicas, a falta de respeito e de reconhecimento do papel do outro no trabalho em equipe.

Silva³¹ analisou como a EIP ocorre na APS, tendo realizado entrevistas com docentes de oito universidades públicas e sessões de grupo focal com estudantes e trabalhadores dos serviços de saúde. Concluiu que o modelo predominante de educação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde ainda é uniprofissional, organizado em disciplinas, o que resulta em saberes e práticas fragmentadas do cuidado, o que reforça a prática biomédica ainda hegemônica. Recomendou a reconfiguração das relações profissionais, com a articulação de competências comuns, a fim de promover a prática colaborativa. Propôs a comunicação proativa, o respeito no processo de tomada de decisão e o apoio para o gerenciamento do autocuidado. Enfatizou ainda que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e o SUS preconizam a formação para o trabalho em

equipe na perspectiva da integralidade e da qualidade da comunicação entre a equipe e os usuários, suas famílias e a comunidade.

Peduzzi et al.⁷ analisaram o trabalho em equipe e constataram seu potencial estruturante para a prática interprofissional. Consideraram que a construção da integração entre profissionais representa uma possibilidade de reorientação das práticas sob o eixo da integralidade, buscando a colaboração, o respeito mútuo e a confiança na interação profissional. Julgam que a formação dos profissionais de saúde no Brasil requer o aprimoramento dos cursos de graduação, visto que ainda predomina a formação uniprofissional, distante da concepção interprofissional que valoriza a aprendizagem compartilhada, para que os estudantes aprendam juntos sobre o trabalho coletivo e as especificidades de cada área de atuação profissional³³.

Batista^{33,34} analisou o trabalho em equipe e a integralidade no cuidado a partir da percepção dos egressos de seis cursos de graduação em saúde da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, que têm momentos de aprendizagem compartilhada em todos os anos do curso. Os egressos avaliaram positivamente a oportunidade de compartilhar experiências de aprendizagem e aprender juntos, com ganhos para a vida profissional e pessoal.

Miranda Neto³⁵ abordou a temática da formação interprofissional nos programas de residência multiprofissional em saúde do estado de São Paulo. Realizou a análise documental de seis dos sete projetos político-pedagógicos desses cursos para identificar o mais favorável à EPI, realizando grupo focal com os residentes do cenário selecionado. O estudo constatou a necessidade de medidas de ajuste na implantação, condução e avaliação do curso, de forma articulada entre os níveis individual, organizacional e político.

Forte et al.³⁶ ponderam que para a EIP se concretizar é necessário superar os limites do ensino tradicional e vencer a fragmentação do conhecimento, promovendo mudanças no contexto da formação que tenham como foco a centralidade do usuário no processo de cuidar. Consideram que as práticas

colaborativas são mais potentes para responder a necessidades e problemas de saúde de indivíduos e suas famílias, grupos sociais e coletividades.

Nuto³⁷ desenvolveu um estudo transversal, de abordagem quantitativa, para avaliar a disponibilidade de estudantes da área de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) para a aprendizagem interprofissional. Aplicou o questionário *Readiness Interprofessional Learning Scale* (RIPLS) e verificou que os estudantes apresentavam alta disponibilidade para a EIP no início da vida acadêmica, o que favorecia o desenvolvimento das habilidades de trabalho em equipe e colaboração, a identidade profissional e atenção centrada no paciente.

Esses autores buscaram ampliar a discussão da EIP, a fim de contribuir para a formação de profissionais de saúde na perspectiva do interprofissionalismo, no qual são características marcantes o trabalho de equipe, a discussão de papéis profissionais, a negociação e o compromisso com a solução de problemas. Em suas propostas, valorizam a história de diferentes áreas profissionais, consideram o outro como parceiro legítimo na construção de conhecimentos e respeitam as diferenças em um movimento de busca, diálogo, desafio, comprometimento e responsabilidade, como componentes essenciais da formação³⁴.

A EIP busca a atuação integrada dos profissionais, com ações articuladas e flexibilidade de papéis, permitindo melhorar a organização do trabalho, otimizar os recursos e promover uma prática mais condizente com as necessidades de saúde da população, dando respostas mais efetivas às suas necessidades de saúde, por meio da articulação de saberes e práticas. É bem sucedida quando são empregados os princípios da educação para adultos e utilizadas metodologias ativas para o desenvolvimento do processo de ensino e aprendizagem, o que pressupõe a interação dos alunos em pequenos grupos e a construção do aprendizado por meio da vivência prática³⁸.

Tendo em vista o exposto, esta investigação busca analisar se, na ótica dos estudantes, o processo de formação de enfermeiros e médicos nos cursos da Famema, que adota currículos integrados e metodologias ativas, fomenta a EIP e contribui para prática colaborativa na APS.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

- ✓ Analisar se o processo de formação de enfermeiros e médicos na Famema está ancorado nas premissas da EIP e contribui para prática colaborativa na APS.

3.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Analisar a proposta curricular dos cursos e relacioná-la com as premissas da EIP;
- ✓ Analisar a percepção de estudantes dos cursos de Enfermagem e Medicina sobre a EIP;
- ✓ Identificar as experiências da EIP na formação dos estudantes dos cursos de Enfermagem e Medicina que contribuíram para a prática colaborativa na APS.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo de abordagem quanti-qualitativa, do tipo estudo de caso, modalidade que permite conhecer um fenômeno em profundidade, em geral uma unidade bem delimitada – pessoa, grupo, programa ou instituição. Essa unidade, estudada de maneira singular, possibilita dar significado a fatos, relações, práticas e fenômenos sociais de maneira articulada^{39,40}.

Na presente investigação, o caso é o de uma IES que apresenta em sua história avanços no processo educacional, com uso de metodologias ativas e currículo integrado, sendo importante conhecer de forma sistemática como os fatos ocorrem nesse contexto, para esclarecer e responder questões em torno da formação interprofissional.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na Faculdade de Medicina de Marília (Famema), uma IES pública localizada no município de Marília, interior do estado de São Paulo, que oferece cursos de graduação em Enfermagem e Medicina. Tais cursos apresentam diversas oportunidades para o estudante vivenciar as relações interprofissionais que ocorrem no processo de aprendizagem e no cotidiano dos serviços de saúde, assim como a comunicação interpessoal envolvida no exercício profissional.

A atual proposta curricular dos cursos da Famema privilegia o trabalho cooperativo em pequenos grupos e estimula as habilidades de comunicação, a troca de conhecimento entre as profissões, o uso de metodologias ativas e o desenvolvimento do estudante para fazer e receber críticas, o que favorece o interprofissionalismo. As mudanças curriculares na Famema levaram a uma nova organização do processo de ensino e aprendizagem, fundamentada na aprendizagem centrada no estudante.

Em 1997, a Famema iniciou um amplo movimento de mudança curricular com a formação das primeiras turmas de Medicina em 2002 e de Enfermagem em 2003. Uma nova mudança foi realizada em 2003. Atualmente, o currículo dos dois cursos está organizado em unidades educacionais interdisciplinares no primeiro e segundo anos, utilizando a problematização nas Unidades de Prática Profissional (UPP), tanto nas atividades de campo em unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como no Laboratório de Prática Profissional¹².

Desde os primeiros anos dos cursos os estudantes são inseridos em contextos reais de prática profissional para que possam ter contato com os problemas e as necessidades dos usuários dos serviços de saúde e vivenciar o trabalho em equipe¹². Trata-se, portanto, de um cenário que aparenta ter condições favoráveis à EIP, visto que utiliza metodologias ativas em seus processos educativos e adota a lógica do trabalho em equipe.

Assim, a Famema revela-se um campo de investigação singular e de interesse para o presente estudo, visto que durante a formação inicial os estudantes são estimulados a ter uma postura ativa em relação ao próprio aprendizado, reconhecer suas necessidades de aprendizagem e superá-las, trabalhar cooperativamente em pequenos grupos e desenvolver a reflexão crítica, atuando juntos no primeiro e segundo anos de ambos dos cursos e também no último ano, quando realizam o estágio curricular supervisionado.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos da pesquisa foram os estudantes do primeiro, segundo e último anos dos Cursos de Enfermagem e Medicina da Famema.

4.4 COLETA DOS DADOS

Os dados foram coletados em três etapas: na primeira foi realizada a análise documental dos projetos pedagógicos (PP) dos cursos de Enfermagem e Medicina da Famema, à luz das diretrizes propostas pela CAIPE em 2003. Na segunda foi aplicado o questionário *Readiness Interprofessional Learning Scale*

(RIPLS), na versão adaptada para o português do Brasil, com estudantes de primeiro, segundo e último anos dos Cursos de Enfermagem e Medicina da Famema. Na terceira etapa da pesquisa, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com uma amostra dos estudantes, a fim de identificar sua disponibilidade para a prática colaborativa. O critério de inclusão foram todos os estudantes matriculados no primeiro, segundo e último anos dos Cursos de Enfermagem e Medicina da Famema que responderam ao questionário e aceitaram participar da entrevista ⁴¹.

Primeira etapa: a análise documental busca analisar em profundidade os documentos para que deles sejam extraídas informações, indicações e esclarecimentos pertinentes ao objeto de estudo. Dessa forma, permite ampliar o conhecimento a respeito de um determinado fenômeno que necessita de contextualização histórica e sociocultural⁴². Neste estudo, a análise documental dos PP dos Cursos de Enfermagem e Medicina da Famema permitiu examinar as propostas curriculares e relacioná-las com as premissas da EIP propostas pela CAIPE em 2003^{42,43}.

Segunda etapa: o questionário RIPLS foi utilizado para avaliar a disponibilidade dos estudantes para desenvolver competências colaborativas. A amostra foi de 324 estudantes no total, sendo 125 alunos matriculados no primeiro dos Cursos de Medicina e Enfermagem, 122 matriculados no segundo ano dos Cursos de Medicina e Enfermagem, 40 matriculados no quarto ano do Curso de Enfermagem e 84 alunos matriculados no sexto ano do Curso de Medicina.

Elegeu-se o RIPLS por se tratar de um instrumento amplamente utilizado internacionalmente, adaptado ao Português do Brasil e validado recentemente no país, com consistência interna e confiabilidade para avaliar atitudes e experiências de estudantes para o aprendizado compartilhado. As respostas compuseram um banco de dados, com dupla digitação, e foram analisadas por meio da estatística descritiva⁴³.

O questionário contém 27 questões sobre trabalho em equipe e colaboração (TEC), identidade profissional (IP) e atenção centrada no paciente (ACP), avaliados

por uma escala do tipo Likert de cinco categorias, com a seguinte pontuação: (1) discordo totalmente; (2) discordo; (3) não concordo nem discordo; (4) concordo; (5) concordo totalmente⁴³. Sua aplicação teve a duração aproximada de 20 minutos. Foi realizada na Faculdade, conforme a disponibilidade de horário dos estudantes, durante os meses de maio e junho de 2018.

Terceira etapa: Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com 18 participantes, que compuseram uma amostra dos estudantes que responderam ao questionário RIPLS, selecionados aleatoriamente por sua aquiescência em participar do estudo quando solicitados. A entrevista foi realizada na Faculdade, durante os meses de julho e agosto de 2018, conforme a disponibilidade de horário dos estudantes e teve duração de aproximadamente 60 minutos. (Anexo A)

4.5 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS

Para analisar cada etapa da pesquisa foram utilizadas estratégias específicas e os resultados foram triangulados, buscando sua articulação. A análise dos PP dos cursos foi realizada por meio da leitura em profundidade das 18 questões propostas pela CAIPE para identificar se o cenário da Famema é favorável à EIP.

Quadro 1 – Questões norteadoras para avaliação da qualidade da EIP.

QUESTÃO NORTEADORA	FINALIDADE DA QUESTÃO
1. Os objetivos declarados promovem a colaboração?	Verificar se o Programa é interprofissional
2. Como os objetivos contribuem para a colaboração?	Verificar se os objetivos são alcançados
3. As metas e os objetivos contribuem para a melhoria da qualidade do atendimento?	Verificar se o Programa trata a colaboração como uma finalidade
4. As metas e os objetivos são compatíveis?	Verificar a compatibilidade dos objetivos multiprofissionais e interprofissionais
5. Como o aprendizado interprofissional é incorporado ao Programa?	Verificar como dimensões interprofissionais ou ênfases são integradas ao Programa

QUESTÃO NORTEADORA	FINALIDADE DA QUESTÃO
6. O Programa informa seu referencial teórico?	Para solicitar que planejadores, professores e avaliadores considerem e selecionem criteriosamente suas perspectivas teóricas
7. O Programa adota a prática baseada em evidências?	Para solicitar o uso das evidências emergentes na tomada de decisões
8. O Programa é formado por valores interprofissionais?	Para solicitar a introdução e a propriedade de adotar valores
9. A aprendizagem comparativa é complementar à aprendizagem comum?	Para verificar se as aprendizagens comparativa e comum formam um todo coerente
10. São adotados métodos de aprendizado interativo?	Para garantir que a aprendizagem interativa é possível
11. A aprendizagem ocorre em pequenos grupos?	Para verificar a utilização da aprendizagem em grupo
12. O número de profissionais participantes é razoavelmente equilibrado?	Para otimizar o aprendizado interativo na medida do possível
13. Todas as profissões estão representadas no planejamento do ensino?	Para garantir que as necessidades de todas as profissões sejam atendidas
14. Usuários e cuidadores são envolvidos no processo de aprendizagem?	Para trazê-los como colaboradores no momento de aprendizagem e trabalho
15. A aprendizagem interprofissional é avaliada?	Para reforçar o valor dado à educação interprofissional
16. A EIP é importante no processo de avaliação?	Para reforçar o valor dado à educação interprofissional na avaliação
17. Como o Programa é avaliado?	Para fornecer respostas aos interessados e contribuir para a base de evidências
18. Os resultados são divulgados?	Para contribuir para o apoio mútuo e a troca na EIP

Fonte: Barr H. Ensuring quality in interprofessional education. CAIPE Bulletin. 2003; 22:2-3.

O material empírico resultante da aplicação dos questionários RIPLS foi analisado por meio do programa Epidata 3.1, com a elaboração de um banco de dados construído mediante dupla digitação. Para a análise dos dados, o banco foi exportado para o programa SAS 9.4⁴⁴. Foi realizada análise exploratória de dados, por meio de medidas resumo (frequência, porcentagem, média, desvio padrão, mínimo, mediana e máximo).

A comparação dos domínios do RIPLS entre os grupos foi realizada por meio do teste de Kruskal-Wallis, seguido do teste de comparações múltiplas de Dunn. A correlação entre os domínios do RIPLS foi avaliada através do coeficiente de Spearman. Para formar os domínios foi usada a soma das questões. As questões 10, 11, 12, 17, 18, 19 foram invertidas. O nível de significância adotado foi de 5%.^{44,45}

As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo na modalidade temática, proposta por Bardin⁴⁶. Trata-se de abordagem metodológica organizada por um conjunto de técnicas de análise e procedimentos sistemáticos que visa à descrição do conteúdo das mensagens das entrevistas e do desmembramento em categorias. Consta de três fases: a primeira é da organização da análise propriamente dita, em que há formulação de hipóteses, quando se tem uma afirmação provisória a verificar e uma finalidade geral a alcançar, além da elaboração de indicadores para orientar a interpretação final. Na segunda é realizada a exploração do material e os elementos do texto são classificados em um sistema de categorias e reunidos de acordo com o seu significado. Esta é uma fase longa, que consiste essencialmente de operações de codificação ou enumeração em função de regras previamente formuladas que farão parte do tratamento dos resultados. Na terceira, é realizado o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. Os resultados brutos são tratados para que possam ser significativos e válidos. Ao se fazer o recorte, pressupõe-se a escolha das unidades de significação a codificar, as quais correspondem ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base⁴⁶.

Optou-se pela utilização da análise de conteúdo por ser tratar de uma técnica de análise dos significados. Dentre as possibilidades existentes, foi utilizada a análise temática por ser transversal e possibilitar recortar do conjunto das entrevistas, um quadro de categorias e seus conteúdos.

Por fim, os resultados da análise dos documentos institucionais da Famema, do questionário RIPLS e das entrevistas foram articulados⁴⁷.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, com CAAE 79518717.2.0000.5392, e do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Marília, tendo recebido o número CAAE 79518717.2.3001.5413. Foram observados todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012.

Os participantes foram informados do objetivo da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE na fase quantitativa e qualitativa da pesquisa. (Apêndice B).

As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas pela própria pesquisadora após a autorização do participante e assinatura do termo de consentimento. Foram gravadas e transcritas na íntegra. Em todo o momento, foi garantido o sigilo profissional e o anonimato, em consonância com as normas do Comitê de Ética e Pesquisa.

5 RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados da pesquisa em três etapas. Na primeira, a análise documental dos PP dos cursos de Enfermagem e Medicina; na segunda, a análise estatística referente ao questionário RIPLS e, na terceira, a análise dos resultados das entrevistas com os estudantes da Famema.

5.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

A análise documental dos PP permitiu caracterizar os cursos de Enfermagem e Medicina da Famema em relação à organização curricular e analisar as 18 questões propostas pelo CAIPE²² para identificar os aspectos que se aproximam da EIP.

5.1.1 Curso de Enfermagem

1. Os objetivos declarados promovem a colaboração?

Em parte. O documento não utiliza os termos EIP e Prática Colaborativa, entretanto faz referência à formação de profissionais capazes de trabalhar em equipe. Os objetivos mencionam que as metodologias ativas e o trabalho pedagógico realizado no curso pressupõem a organização em pequenos grupos, com a participação de estudantes do curso de Medicina, o que é favorável à EIP.

2. Como os objetivos contribuem para a colaboração?

O curso de Enfermagem adota o currículo integrado e orientado por competência dialógica, optando pela aplicação da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) na Unidade Educacional Sistematizada (UES) e da Problemática na Unidade de Prática Profissional (UPP).

O processo educacional considera as experiências do grupo na construção de novos saberes e a comunicação efetiva, buscando preparar os indivíduos para o trabalho em equipe e articulando os propósitos educacionais às necessidades políticas, sociais, individuais e coletivas da população.

3. As metas e os objetivos contribuem para a melhoria da qualidade do atendimento?

Sim. O PP descreve a articulação com as políticas de saúde e a pactuação com o gestor de saúde, assim como as ações e os objetivos determinados a partir das necessidades locais. Pretende contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade do atendimento à saúde a partir da inserção e da integração do estudante com a equipe multiprofissional nas ações de prevenção de doenças, promoção e manutenção da saúde. Também está previsto o desenvolvimento de uma postura crítico-reflexiva sobre os processos de cuidar por meio de protocolos de assistência/intervenções em saúde junto à equipe de saúde e a instrumentalização para o cuidado do indivíduo, família e comunidade.

4. As metas e os objetivos são compatíveis?

Em parte. Os objetivos do programa são parcialmente compatíveis com as premissas da EIP, pois não expressam claramente a EIP e a prática colaborativa como elementos da formação, apesar dos aspectos apresentados evidenciarem os conceitos multiprofissionais e interprofissionais.

5. Como o aprendizado interprofissional é incorporado ao programa?

O PP fundamenta-se na educação de adultos e na aprendizagem significativa. A estrutura curricular do Curso de Enfermagem é organizada em unidades que se distribuem longitudinalmente ao longo do ano: as Unidades Educacionais Sistematizadas (UES) e as Unidades de Prática Profissional (UPP). Ambas estão fundamentadas em metodologias ativas de ensino e aprendizagem significativa.

Nas UPP, o estímulo à aprendizagem tem origem em cenários reais, pois ocorre nos serviços de saúde. O desenvolvimento de atividades em cenários reais implica tanto a aprendizagem como o cuidado efetivo e integral, que ocorre mediante a aplicação do conhecimento visando à transformação da prática profissional e da saúde das pessoas e suas famílias.

6. O programa informa seu referencial teórico?

Sim, o programa adota como diretriz pedagógica a problematização do ensino a partir da prática, a interdisciplinaridade, a integração com a comunidade, a dinamicidade do plano pedagógico com construção e reconstrução permanente dos processos pedagógicos.

7. O programa adota a prática baseada em evidências?

Sim, o PP prevê avaliação por competência. Define competência profissional como a capacidade de mobilizar articuladamente recursos cognitivos, afetivos e psicomotores que permitam resolver situações complexas referentes à práticas profissionais baseadas em evidências científicas para a tomada de decisões.

8. O programa é informado por valores interprofissionais?

Em parte. O termo interprofissional não é mencionado no documento, assim como as competências específicas da EIP. Entretanto, o programa apresenta alguns valores da EIP na medida em que valoriza a autonomia dos pequenos grupos e o conhecimento utilizando problemas reais de aprendizagem.

Os problemas discutidos em tutoria são elaborados por um grupo de docentes de diferentes áreas e profissões, assim como na UPP, em que estudantes de Enfermagem e Medicina são acompanhados por médicos, enfermeiros e psicólogos no LPP, contribuindo principalmente com recursos afetivos e comunicação.

9. A aprendizagem comparativa é complementar à aprendizagem comum?

Sim, a matriz curricular integrativa prevê momentos de aprendizagem comparativa e comum. As conferências, atividades práticas e consultorias individuais e em grupo ocorrem com os estudantes dos dois cursos juntos.

10. São adotados métodos interativos de aprendizado?

Sim, pois a aprendizagem é baseada na educação de adultos e, portanto, na aprendizagem significativa e interativa.

11. A aprendizagem ocorre em pequenos grupos?

Sim. O PP menciona que desde o primeiro ano os 40 alunos do Curso de Enfermagem são divididos em grupos de 12. Os grupos para a UPP são constituídos por quatro alunos do Curso de Enfermagem e oito do Curso da Medicina, formando duplas e trios para realização das atividades, como as visitas domiciliárias.

12. O número de profissionais participantes é razoavelmente equilibrado?

Sim. Há representantes dos dois cursos que compõem as categorias profissionais da Faculdade. Na UPP, os 40 alunos do Curso de Enfermagem e os 80 do Curso de Medicina são divididos em grupos de 12 alunos para cada Unidade de Saúde da Família, formando duplas e trios, com representação dos dois cursos para realização das atividades e momentos com o grupo todo para as discussões.

13. Todas as profissões estão representadas no planejamento?

Sim, todas as profissões são contempladas no planejamento do ensino. O documento apenas cita quais categorias profissionais que compõem o programa, porém descreve competências específicas do Curso de Enfermagem.

14. Os usuários e os cuidadores são envolvidos no processo de aprendizagem?

Não. Em que pese o fato dos alunos serem inseridos nos serviços de saúde desde o início do curso, realizando práticas de assistência, educação e gestão juntamente com as equipes de saúde, o documento não evidencia a participação do usuário no processo de aprendizagem.

15. A aprendizagem interprofissional é avaliada?

Sim. O PP prevê a avaliação formativa e somativa realizada pelos tutores em cada grupo, além dos profissionais de saúde nas UPP. A avaliação é feita por profissionais do serviço de saúde, que acompanham os estudantes, pelos docentes dos cursos de Enfermagem e Medicina envolvidos no processo educacional e

também pelos discentes. Nas situações simuladas com atores que ocorrem na Faculdade o próprio ator participa da avaliação do estudante. São avaliadas as competências relacionadas a conhecimentos e práticas da área específica, o trabalho em equipe, o planejamento de ações e comprometimento do estudante com o próprio aprendizado.

16. A EIP é importante no processo de avaliação?

Em parte. O termo interprofissional não é mencionado no documento, entretanto, o referencial teórico utilizado é o da avaliação por competência, que prioriza a avaliação como um ato dinâmico de natureza processual, favorecendo o processo de ensino e aprendizagem. Seu resultado é demonstrado mediante a atribuição dos conceitos satisfatório (S) e insatisfatório (I) nos formatos de avaliação.

17. Como o programa é avaliado?

O programa é avaliado de maneira coerente com a construção curricular integrada, orientada pela abordagem dialógica de competência. Ocorre de modo participativo, em um processo que todos são sistematicamente avaliados: estudantes, professores e unidades educacionais. Essas avaliações alimentam o processo de (re)elaboração das atividades acadêmicas, considerando a auto-avaliação dos envolvidos.

O processo de avaliação realizado pelos estudantes conta com instrumentos formativos e somativos. O caráter formativo é representado pelas oportunidades de recuperação, enquanto o caráter somativo expressa-se na obrigatoriedade de realização das atividades avaliativas e também ao final das oportunidades de recuperação, quando a lógica somativa é aplicada com o propósito de análise da progressão do estudante, ao longo das unidades e séries.

18. Os resultados da avaliação são divulgados?

Em parte. O documento não prevê a divulgação dos resultados; prevê apenas que o processo de avaliação será contínuo durante todo o processo. Entretanto, o discente tem acesso a todos os formatos de avaliação e, a progressão para a série

subsequente ocorre mediante a obtenção do conceito satisfatório na série anterior. O estudante que obtém o conceito insatisfatório é submetido a um plano de recuperação e tem até duas novas oportunidades de avaliação. Se mantiver o conceito insatisfatório após a terceira avaliação, é reprovado na série.

5.1.2 Curso de Medicina

1. Os objetivos declarados promovem a colaboração?

Em parte. O documento não utiliza os termos EIP e Prática Colaborativa, porém as estratégias pedagógicas mencionadas apresentam as premissas da EIP, como a organização das atividades de aprendizagem em pequenos grupos, o uso da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a prática interdisciplinar.

2. Como os objetivos contribuem para a colaboração?

Os objetivos que orientam o PP do curso de Medicina apontam para o ensino baseado em competências comuns aos dois cursos nos dois primeiros anos, como o processo de comunicação, a integralidade do cuidado, a compreensão do processo saúde-doença e a formulação de plano de cuidado coletivo com a equipe de saúde.

3. As metas e os objetivos contribuem para a melhoria da qualidade do atendimento?

Sim, o desenho curricular busca trabalhar as dimensões psicológicas, social e das necessidades de saúde na busca da resolução de problemas de saúde na coletividade, integrando o processo de ensino e aprendizagem à assistência e à pesquisa. Enfatiza o trabalho em equipe e a troca de saberes para construção de novos conhecimentos, visando à melhoria da qualidade da assistência.

4. As metas e os objetivos são compatíveis?

Em parte, pois não expressam claramente a interprofissionalidade como elemento da formação, apesar dos objetivos e das metas aproximarem-se de algumas premissas da EIP.

5. Como o aprendizado interprofissional é incorporado ao programa?

A formação apresenta o uso da aprendizagem significativa e adota a ABP e a Problemática que possibilitam a construção do conhecimento em pequenos grupos de alunos. A participação junto com a equipe de saúde e a coletividade oportuniza práticas de saúde que levam em conta as necessidades da população e favorecem o aprendizado interprofissional. A estrutura curricular é organizada ao longo do ano em unidades educacionais sistematizadas (UES) e as unidades de prática profissional (UPP). Tanto as UES como a UPP estão fundamentadas em metodologias ativas de ensino e aprendizagem significativa.

6. O programa informa seu referencial teórico?

Sim. O processo de aprendizagem ocorre mediante a ativação dos saberes prévios do estudante, a identificação de suas necessidades de aprendizagem e o desenvolvimento de sua capacidade de criticar antigos e novos saberes, construindo novas sínteses que possam ser aplicadas considerando as necessidades dos usuários dos serviços de saúde.

7. O programa adota a prática baseada em evidências?

Sim, o PP considera competência profissional a capacidade de mobilizar articuladamente recursos cognitivos, afetivos e psicomotores que permitam resolver situações complexas referentes à prática profissional com base em evidências científicas para a tomada de decisão.

8. O programa é informado por valores interprofissionais?

Em parte. O termo interprofissional não é mencionado no documento, assim como as competências específicas da EIP. Entretanto, o programa apresenta valores da EIP na medida em que expressa a formação interdisciplinar para o trabalho em equipe.

9. A aprendizagem comparativa é complementar a aprendizagem comum?

Sim, a matriz curricular integrativa prevê momentos de aprendizagem comparativa e comum. Estão previsto momentos de conferência com estudantes dos dois cursos, consultoria individual e em grupo e utilização de recursos das bases de dados com ambos os cursos.

10. São adotados métodos de interativos aprendizado?

Sim, pois a aprendizagem problematizadora é interativa. O curso adota como metodologia de ensino a ABP e a problematização na prática profissional que têm como característica essencial a interação de saberes e relações no processo de aprendizagem.

11. A aprendizagem ocorre em pequenos grupos?

Sim. A aprendizagem ocorre em pequenos grupos durante toda graduação e por meio de metodologias ativas. Desde o primeiro ano, os 80 alunos do curso de Medicina são divididos em grupos para atividade de UPP, formando grupos de 12 alunos, oito do curso de Medicina e quatro do curso de Enfermagem.

12. O número de profissionais participantes é razoavelmente equilibrado?

Sim. O documento não descreve a composição dos grupos, porém os discentes são organizados para a UPP em grupos de 12, sendo oito do curso da Medicina e quatro do curso de Enfermagem, formando duplas e trios para execução das atividades. O curso de Medicina tem um número maior de estudantes, mas a organização das duplas e trios é razoavelmente equilibrada.

13. Todas as profissões estão representadas no planejamento?

Sim. O documento apenas cita as categorias profissionais, porém as duas formações são contempladas no planejamento do ensino e têm suas necessidades atendidas no planejamento do curso e durante o todo processo de ensino aprendizagem.

14. Os usuários e cuidadores são envolvidos no processo de aprendizagem?

Não. Os alunos são inseridos nas Unidades de Saúde no primeiro ano do curso e, embora usuários e cuidadores estejam envolvidos nas práticas assistenciais, não participam do planejamento das ações de ensino e aprendizagem.

15. A aprendizagem interprofissional é avaliada?

Em parte. O processo de avaliação é formativo e somativo, baseado na avaliação das competências individuais e grupais. O professor utiliza instrumento específico para avaliar competências, como o trabalho em equipe e a colaboração, que estão em sintonia com as premissas da EIP.

16. A EIP é importante no processo de avaliação?

Em parte. O documento não descreve como o processo de avaliação contribui para a qualificação do discente, porém é adotada a avaliação por competência.

17. Como o programa é avaliado?

A avaliação é coerente com a construção curricular integrada, orientada pela abordagem dialógica de competência. Ocorre de modo participativo, em um processo que todos são sistematicamente avaliados: estudantes, professores e unidades educacionais. Essas avaliações alimentam o processo de (re)elaboração das atividades acadêmicas, considerando a auto-avaliação dos envolvidos.

O processo de avaliação realizado pelos estudantes conta com instrumentos formativos e somativos. O caráter formativo é representado pelas oportunidades de recuperação e o caráter somativo expressa-se na obrigatoriedade de realização das atividades avaliativas e ao final das oportunidades de recuperação, quando a lógica somativa é aplicada com o propósito de análise da progressão do estudante, ao longo das unidades e séries.

18. Os resultados da avaliação são divulgados?

Em parte. O documento não prevê a divulgação dos resultados; prevê apenas que o processo de avaliação é contínuo durante todo o processo. O discente tem acesso aos formatos de avaliação e consegue fazer sua auto-avaliação tendo como referência o esperado para um determinado momento da formação. A progressão

para a série subsequente ocorre mediante a obtenção do conceito satisfatório na série anterior. Os estudantes do Curso de Medicina também participam de processos externos de avaliação, como o teste de progresso, a avaliação do Cremesp e outros, que permitem comparar seu desempenho com a média do rendimento esperado para a série.

Quadro 2 - Síntese da análise documental dos Projetos Pedagógicos dos cursos de Enfermagem e Medicina da Famema. Marília, 2018.

Questão	Enfermagem	Medicina
1. Os objetivos declarados promovem a colaboração?	Em parte	Em parte
2. Como os objetivos contribuem para a colaboração?	Sim	Sim
3. As metas e os objetivos contribuem para a colaboração?	Sim	Sim
4. As metas e os objetivos são compatíveis?	Em parte	Em parte
5. Como o aprendizado interprofissional é incorporado ao programa?	Coerente com EIP	Coerente com EIP
6. O programa informa seu referencial?	Sim	Sim
7. O programa adota a prática baseada em evidências?	Sim	Sim
8. O programa é informado por valores interprofissionais?	Em parte	Em parte
9. A aprendizagem comparativa é complementar a aprendizagem comum?	Sim	Sim
10. São adotados métodos interativos de aprendizagem?	Sim	Sim
11. A aprendizagem ocorre em pequenos grupos?	Sim	Sim
12. O número de profissionais participantes é razoavelmente equilibrado?	Sim	Sim
13. Todas as profissões estão representadas no planejamento?	Sim	Sim
14. Os usuários e cuidadores são envolvidos no processo de aprendizagem?	Não	Não
15. A aprendizagem interprofissional é avaliada?	Sim	Em parte
16. A EIP é importante no processo de avaliação?	Em parte	Em parte
17. Como o programa é avaliado?	Coerente com EIP	Coerente com a EIP
18. Os resultados da avaliação são divulgados?	Em parte	Em parte

Fonte: Elaborado pela autora.

5.2 QUESTIONÁRIO RIPLS

O questionário RIPLS foi aplicado durante os meses de maio e junho de 2018 nas dependências da Famema, ao final das atividades regulares dos discentes. No momento da aplicação, o estudo foi apresentado e entregue o TCLE. Dos 371 estudantes matriculados nas séries analisadas (127 de Enfermagem e 244 de Medicina), obteve-se a participação de 324 (87,3%), sendo 213 (65,7%) do sexo feminino.

Do total de 125 alunos matriculados no primeiro ano, 111 (88,8%) responderam ao questionário. Dos 122 alunos matriculados no segundo ano, participaram 107 (87,7%). Havia 40 alunos matriculados no quarto ano do Curso de Enfermagem, sendo que 35 (87,5%) responderam ao questionário. Dos 84 matriculados no sexto ano do Curso de Medicina, participaram 68 (80,9%).

Quadro 3 – Caracterização dos participantes no estudo RIPLS, Marília, 2018.

Curso	1º ano	2º ano	4º ano	6º ano
Enfermagem	35(28%)	34(27,9%)	35(87,5%)	0
Medicina	76 (60,8%)	73(59,8%)	0	68(80,9%)
Total	111 (88,8%)	107 (87,7%)	35 (87,5%)	68 (80,9%)

Fonte: Elaborado pela autora.

Os dois cursos e as diferentes séries investigadas apresentam representação acima de 80% no estudo, com média de ligeiramente superior de participação do curso de Medicina. Não houve dificuldade em relação ao preenchimento do questionário RIPLS por parte dos estudantes, o que possibilitou a análise integral dos dados. Estudantes de ambos os cursos evidenciaram predisposição para a EIP nos três domínios analisados.

Quadro 4 – Média e desvio padrão nos diferentes domínios do questionário RIPLS por curso. Marília, 2018.

Curso	TEC	IP	ACP
Enfermagem	62,3 ± 5,0	30,1± 2,5	23,0± 1,8
Medicina	62,4± 6,4	30,3± 3,1	23,2± 1,8

Fonte: Elaborado pela autora.

No domínio *Trabalho em equipe e colaboração* (TEC) os resultados indicaram atitudes positivas dos estudantes para o trabalho em equipe, com disponibilidade para o aprendizado compartilhado, o trabalho em equipe e a colaboração com estudantes de outras profissões. O domínio *Identidade profissional* (IP), demonstrou que os estudantes apresentam atitude favorável para a autonomia profissional e organização dos objetivos clínicos de cada profissão. O domínio *Atenção centrada no paciente* (ACP), revelou disponibilidade dos estudantes para entender as necessidades de saúde na perspectiva do usuário, com reconhecimento da singularidade dos sujeitos envolvidos no processo saúde e doença. A Figura 1 mostra o número e a porcentagem de estudantes em cada grupo. No Curso de Enfermagem, cada grupo correspondeu a pouco mais de 11% da amostra. No Curso de Medicina, essa média foi ligeiramente superior a 20%.

Figura 1 – Distribuição dos grupos estudados no estudo RIPLS, Marília, 2018.

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 1 apresenta as medidas de posição e dispersão do domínio *Trabalho em equipe e colaboração* (TEC) para os grupos estudados. Nota-se, por exemplo, que as medianas do primeiro, segundo e quarto anos do Curso de Enfermagem foram 63,0, 62,5 e 61,0 respectivamente. No primeiro, segundo e sexto anos do Curso de Medicina as medianas foram 68,0; 62,0 e 60,0 respectivamente.

Tabela 1 – Comparação do domínio TEC entre os grupos estudados. Marília, SP, 2018.

Grupo	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
E1	35	62,7	5,6	48,0	63,0	70,0
E2	34	63,1	4,4	55,0	62,5	70,0
E4	36	61,2	4,8	49,0	61,0	69,0
M1	76	65,3	5,4	47,0	68,0	70,0
M2	74	61,7	5,7	38,0	62,0	70,0
M6	69	60,1	7,0	40,0	60,0	70,0

Fonte: Elaborado pela autora

A Figura 2 apresenta os *boxplots* de cada um dos grupos para esse mesmo domínio (TEC) e permite a visualização rápida da distribuição dos dados, auxiliando a comparação. Para isso foi usado o teste de Kruskal-Wallis que indicou diferenças significativas entre os grupos ($p\text{-valor} < 0,0001$). O teste de Dunn foi usado para as comparações múltiplas e indicou que o grupo de estudantes do 1º ano do curso de Medicina apresentou valores maiores nesse domínio (mediana = 68) que os de 2º (mediana= 62) e 6º anos (mediana= 60) e que o grupo formado por estudantes de Enfermagem do 4º ano (mediana= 61). Essas diferenças estão destacadas em cores diferentes na Figura 2, em que M1 é o grupo apresenta os maiores valores no TEC, o E1 e E2 não diferem de nenhum dos demais grupos e os E4, M2 e M6 não diferem entre si e são menores que o M1.

Para interpretar os *boxplots* é preciso lembrar que eles apresentam medidas de **posição** (média – símbolo dentro das caixas; e mediana – linha horizontal dentro das caixas) e **dispersão** (tamanho das caixas – 1º e 3º quartil e tamanho das linhas verticais – variação esperada dos dados). Os * que aparecem acima ou abaixo das linhas verticais indicam *outliers*, ou seja, observações com valores mais extremos que o esperado no conjunto de dados.

Figura 2 – *Boxplots* comparando a distribuição do domínio TEC entre os grupos.

Fonte: Elaborado pela autora

Na Tabela 2 são apresentados os resultados por grupo do domínio *Identidade profissional* (IP). Foi observada diferença significativa ($p\text{-valor} = 0,0004$; teste de Kruskal-Wallis), sendo que o grupo de estudantes do 1º ano de Medicina (mediana= 31) apresentou maiores valores que os do 6º ano de Medicina (mediana= 30) e do 4º ano da Enfermagem (mediana = 29). O grupo de alunos do 2º ano de Enfermagem (mediana=31), apresentou valores superiores ao do 4º ano de Enfermagem (mediana= 29). A Figura 3 auxilia a visualização desses resultados.

Tabela 2 – Comparação do domínio IP entre os grupos. Marília, SP, 2018.

Grupo	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
E1	35	30,2	2,3	25,0	31,0	34,0
E2	34	30,8	2,8	24,0	31,0	36,0
E4	36	29,3	2,1	24,0	29,0	36,0
M1	76	31,4	3,0	25,0	31,0	39,0
M2	74	29,9	2,8	22,0	30,0	37,0
M6	69	29,4	3,1	21,0	30,0	36,0

Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 3 – *Boxplots* comparando a distribuição do domínio IP entre os grupos.

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação ao domínio *Atenção centrada no paciente* (ACP), não foram observadas diferenças significativas entre os grupos ($p\text{-valor} = 0,0683$; teste de Kruskal-Wallis).

Tabela 3 – Comparação do domínio ACP entre os grupos estudados. Marília, SP, 2018.

Grupo	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo
E1	35	23,3	1,6	20,0	24,0	25,0
E2	34	23,1	1,7	19,0	23,0	25,0
E4	36	22,7	2,0	18,0	23,0	25,0
M1	76	23,7	1,5	20,0	24,0	25,0
M2	74	23,2	1,7	19,0	23,5	25,0
M6	69	22,8	2,1	18,0	23,0	25,0

Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 4 – *Boxplots* comparando a distribuição do domínio ACP entre os grupos.

Fonte: Elaborado pela autora.

A Figura 5 apresenta os gráficos de dispersão e o coeficiente de correlação de Spearman com o objetivo de avaliar a correlação linear entre os domínios do RIPLS dois a dois. Nota-se que as esferas não têm forte correlação linear entre si, sendo que a maior correlação foi observada entre TEC e ACP, com força entre fraca e moderada ($\rho = 0,486$).

O coeficiente de correlação de Spearman pode variar de -1 (indicando forte correlação negativa entre as duas variáveis, ou seja, quando uma cresce a outra decresce) a 1 (indicando forte correlação positiva entre as duas variáveis). Quando próximo de 0 significa que não há correlação linear entre as duas variáveis.

Figura 5 – Gráficos de dispersão para avaliar a correlação entre as esferas do RIPLS.

Fonte: Elaborado pela autora.

As Tabelas 4 a 9, a seguir, apresentam os resultados de cada questão do RIPLS por grupo avaliado.

Tabela 4 – Frequência, porcentagem, média e desvio padrão de cada questão do grupo Enfermagem do 1º ano. Marília, SP, 2018.

Questão	Frequência					Porcentagem					média	Desvio Padrão
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Q1	0	0	1	14	20	0,0	0,0	2,9	40,0	57,1	4,54	0,56
Q2	0	0	0	9	26	0,0	0,0	0,0	25,7	74,3	4,74	0,44
Q3	0	0	2	14	19	0,0	0,0	5,7	40,0	54,3	4,49	0,61
Q4	0	0	4	15	16	0,0	0,0	11,4	42,9	45,7	4,34	0,68
Q5	0	0	2	15	18	0,0	0,0	5,7	42,9	51,4	4,46	0,61
Q6	0	1	4	18	12	0,0	2,9	11,4	51,4	34,3	4,17	0,75
Q7	0	0	0	7	28	0,0	0,0	0,0	20,0	80,0	4,80	0,41
Q8	0	0	0	10	25	0,0	0,0	0,0	28,6	71,4	4,71	0,46
Q9	2	0	5	15	13	5,7	0,0	14,3	42,9	37,1	4,06	1,03
Q10	0	0	1	12	22	0,0	0,0	2,9	34,3	62,9	4,60	0,55
Q11	0	0	2	13	20	0,0	0,0	5,7	37,1	57,1	4,51	0,61
Q12	0	0	2	15	18	0,0	0,0	5,7	42,9	51,4	4,46	0,61
Q13	0	0	4	11	20	0,0	0,0	11,4	31,4	57,1	4,46	0,70
Q14	0	0	1	15	19	0,0	0,0	2,9	42,9	54,3	4,51	0,56
Q15	0	0	2	17	16	0,0	0,0	5,7	48,6	45,7	4,40	0,60
Q16	1	0	0	12	22	2,9	0,0	0,0	34,3	62,9	4,54	0,78
Q17	0	1	7	7	20	0,0	2,9	20,0	20,0	57,1	4,31	0,90
Q18	0	0	12	16	7	0,0	0,0	34,3	45,7	20,0	3,86	0,73
Q19	1	4	9	14	7	2,9	11,4	25,7	40,0	20,0	3,63	1,03
Q20	1	17	7	7	3	2,9	48,6	20,0	20,0	8,6	2,83	1,07
Q21	0	8	5	17	5	0,0	22,9	14,3	48,6	14,3	3,54	1,01
Q22	9	13	6	5	2	25,7	37,1	17,1	14,3	5,7	2,37	1,19
Q23	0	1	1	20	13	0,0	2,9	2,9	57,1	37,1	4,29	0,67
Q24	0	0	0	8	27	0,0	0,0	0,0	22,9	77,1	4,77	0,43
Q25	0	0	1	10	24	0,0	0,0	2,9	28,6	68,6	4,66	0,54
Q26	0	0	0	7	28	0,0	0,0	0,0	20,0	80,0	4,80	0,41
Q27	0	0	0	6	29	0,0	0,0	0,0	17,1	82,9	4,83	0,38

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 5 – Frequência, porcentagem, média e desvio padrão de cada questão do grupo Enfermagem do 2º ano. Marília, SP, 2018.

Questão	Frequência					Porcentagem					Média	Desvio Padrão
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Q1	0	0	0	8	26	0,0	0,0	0,0	23,5	76,5	4,76	0,43
Q2	0	0	0	12	22	0,0	0,0	0,0	35,3	64,7	4,65	0,49
Q3	0	0	0	12	22	0,0	0,0	0,0	35,3	64,7	4,65	0,49
Q4	0	0	2	17	15	0,0	0,0	5,9	50,0	44,1	4,38	0,60
Q5	0	0	1	16	17	0,0	0,0	2,9	47,1	50,0	4,47	0,56
Q6	0	0	4	19	11	0,0	0,0	11,8	55,9	32,4	4,21	0,64
Q7	0	0	0	11	23	0,0	0,0	0,0	32,4	67,6	4,68	0,47
Q8	0	0	0	13	21	0,0	0,0	0,0	38,2	61,8	4,62	0,49
Q9	0	0	2	16	16	0,0	0,0	5,9	47,1	47,1	4,41	0,61
Q10	0	0	0	7	27	0,0	0,0	0,0	20,6	79,4	4,79	0,41
Q11	0	0	0	10	24	0,0	0,0	0,0	29,4	70,6	4,71	0,46
Q12	0	0	0	10	24	0,0	0,0	0,0	29,4	70,6	4,71	0,46
Q13	0	0	0	17	17	0,0	0,0	0,0	50,0	50,0	4,50	0,51
Q14	0	1	2	24	7	0,0	2,9	5,9	70,6	20,6	4,09	0,62
Q15	0	0	1	18	15	0,0	0,0	2,9	52,9	44,1	4,41	0,56
Q16	0	0	1	14	19	0,0	0,0	2,9	41,2	55,9	4,53	0,56
Q17	0	0	5	7	22	0,0	0,0	14,7	20,6	64,7	4,50	0,75
Q18	0	1	8	14	11	0,0	2,9	23,5	41,2	32,4	4,03	0,83
Q19	1	3	6	12	12	2,9	8,8	17,6	35,3	35,3	3,91	1,08
Q20	3	18	6	3	4	8,8	52,9	17,6	8,8	11,8	2,62	1,16
Q21	2	6	8	9	9	5,9	17,6	23,5	26,5	26,5	3,50	1,24
Q22	4	10	6	10	4	11,8	29,4	17,6	29,4	11,8	3,00	1,26
Q23	0	0	1	18	15	0,0	0,0	2,9	52,9	44,1	4,41	0,56
Q24	0	0	0	12	22	0,0	0,0	0,0	35,3	64,7	4,65	0,49
Q25	0	0	1	15	18	0,0	0,0	2,9	44,1	52,9	4,50	0,56
Q26	0	0	0	10	24	0,0	0,0	0,0	29,4	70,6	4,71	0,46
Q27	0	0	0	7	27	0,0	0,0	0,0	20,6	79,4	4,79	0,41

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 6 – Frequência, porcentagem, média e desvio padrão de cada questão do grupo Enfermagem do 4º ano. Marília, SP, 2018.

Questão	Frequência					Porcentagem					Média	Desvio Padrão
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Q1	0	1	0	7	28	0,0	2,8	0,0	19,4	77,8	4,72	0,61
Q2	0	0	1	10	25	0,0	0,0	2,8	27,8	69,4	4,67	0,53
Q3	0	1	0	17	18	0,0	2,8	0,0	47,2	50,0	4,44	0,65
Q4	1	1	2	17	15	2,8	2,8	5,6	47,2	41,7	4,22	0,90
Q5	0	1	2	14	19	0,0	2,8	5,6	38,9	52,8	4,42	0,73
Q6	0	1	5	15	15	0,0	2,8	13,9	41,7	41,7	4,22	0,80
Q7	0	1	1	10	24	0,0	2,8	2,8	27,8	66,7	4,58	0,69
Q8	0	0	1	14	21	0,0	0,0	2,8	38,9	58,3	4,56	0,56
Q9	0	2	5	19	10	0,0	5,6	13,9	52,8	27,8	4,03	0,81
Q10	0	0	0	19	17	0,0	0,0	0,0	52,8	47,2	4,47	0,51
Q11	0	1	3	18	14	0,0	2,8	8,3	50,0	38,9	4,25	0,73
Q12	0	0	0	20	16	0,0	0,0	0,0	55,6	44,4	4,44	0,50
Q13	1	0	0	24	11	2,8	0,0	0,0	66,7	30,6	4,22	0,72
Q14	0	4	4	23	5	0,0	11,1	11,1	63,9	13,9	3,81	0,82
Q15	0	1	0	18	17	0,0	2,8	0,0	50,0	47,2	4,42	0,65
Q16	0	1	0	16	19	0,0	2,8	0,0	44,4	52,8	4,47	0,65
Q17	0	0	2	6	28	0,0	0,0	5,6	16,7	77,8	4,72	0,57
Q18	0	2	5	20	9	0,0	5,6	13,9	55,6	25,0	4,00	0,79
Q19	0	6	6	16	8	0,0	16,7	16,7	44,4	22,2	3,72	1,00
Q20	1	23	5	5	2	2,8	63,9	13,9	13,9	5,6	2,56	0,97
Q21	0	2	7	20	7	0,0	5,6	19,4	55,6	19,4	3,89	0,78
Q22	4	5	7	13	7	11,1	13,9	19,4	36,1	19,4	3,39	1,27
Q23	0	1	0	22	13	0,0	2,8	0,0	61,1	36,1	4,31	0,62
Q24	0	0	0	10	26	0,0	0,0	0,0	27,8	72,2	4,72	0,45
Q25	0	1	3	15	17	0,0	2,8	8,3	41,7	47,2	4,33	0,76
Q26	0	0	1	10	25	0,0	0,0	2,8	27,8	69,4	4,67	0,53
Q27	0	0	0	13	23	0,0	0,0	0,0	36,1	63,9	4,64	0,49

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 7 – Frequência, porcentagem, média e desvio padrão de cada questão do grupo Medicina do 1º ano. Marília, SP, 2018.

Questão	Frequência					Porcentagem					Média	Desvio Padrão
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Q1	0	0	1	9	66	0,0	0,0	1,3	11,8	86,8	4,86	0,39
Q2	1	0	0	10	65	1,3	0,0	0,0	13,2	85,5	4,82	0,56
Q3	0	0	6	10	60	0,0	0,0	7,9	13,2	78,9	4,71	0,61
Q4	0	0	3	13	60	0,0	0,0	3,9	17,1	78,9	4,75	0,52
Q5	0	0	6	19	51	0,0	0,0	7,9	25,0	67,1	4,59	0,64
Q6	1	1	11	18	45	1,3	1,3	14,5	23,7	59,2	4,38	0,88
Q7	0	1	2	10	63	0,0	1,3	2,6	13,2	82,9	4,78	0,56
Q8	0	1	5	15	55	0,0	1,3	6,6	19,7	72,4	4,63	0,67
Q9	0	2	2	23	49	0,0	2,6	2,6	30,3	64,5	4,57	0,68
Q10	0	0	2	14	60	0,0	0,0	2,6	18,4	78,9	4,76	0,49
Q11	0	0	2	22	52	0,0	0,0	2,6	28,9	68,4	4,66	0,53
Q12	0	0	2	24	50	0,0	0,0	2,6	31,6	65,8	4,63	0,54
Q13	0	0	2	15	59	0,0	0,0	2,6	19,7	77,6	4,75	0,49
Q14	0	0	6	20	50	0,0	0,0	7,9	26,3	65,8	4,58	0,64
Q15	0	3	7	19	47	0,0	3,9	9,2	25,0	61,8	4,45	0,82
Q16	0	0	1	9	66	0,0	0,0	1,3	11,8	86,8	4,86	0,39
Q17	1	4	13	30	28	1,3	5,3	17,1	39,5	36,8	4,05	0,94
Q18	0	1	23	25	27	0,0	1,3	30,3	32,9	35,5	4,03	0,85
Q19	2	4	7	29	34	2,6	5,3	9,2	38,2	44,7	4,17	0,99
Q20	10	25	27	11	3	13,2	32,9	35,5	14,5	3,9	2,63	1,02
Q21	7	17	19	27	6	9,2	22,4	25,0	35,5	7,9	3,11	1,13
Q22	11	34	15	14	2	14,5	44,7	19,7	18,4	2,6	2,50	1,04
Q23	0	0	2	38	36	0,0	0,0	2,6	50,0	47,4	4,45	0,55
Q24	0	0	0	11	65	0,0	0,0	0,0	14,5	85,5	4,86	0,35
Q25	0	1	6	21	48	0,0	1,3	7,9	27,6	63,2	4,53	0,70
Q26	0	0	0	6	70	0,0	0,0	0,0	7,9	92,1	4,92	0,27
Q27	0	0	0	5	71	0,0	0,0	0,0	6,6	93,4	4,93	0,25

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 8 – Frequência, porcentagem, média e desvio padrão de cada questão do grupo Medicina do 2º ano. Marília, SP, 2018.

Questão	Frequência					Porcentagem					Média	Desvio Padrão
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Q1	0	0	0	26	48	0,0	0,0	0,0	35,1	64,9	4,65	0,48
Q2	0	0	0	26	48	0,0	0,0	0,0	35,1	64,9	4,65	0,48
Q3	1	0	5	22	46	1,4	0,0	6,8	29,7	62,2	4,51	0,74
Q4	1	2	7	26	38	1,4	2,7	9,5	35,1	51,4	4,32	0,86
Q5	1	2	4	26	41	1,4	2,7	5,4	35,1	55,4	4,41	0,83
Q6	2	3	14	23	32	2,7	4,1	18,9	31,1	43,2	4,08	1,02
Q7	0	2	2	30	40	0,0	2,7	2,7	40,5	54,1	4,46	0,69
Q8	0	0	0	23	51	0,0	0,0	0,0	31,1	68,9	4,69	0,47
Q9	0	3	8	22	41	0,0	4,1	10,8	29,7	55,4	4,36	0,84
Q10	0	0	2	27	45	0,0	0,0	2,7	36,5	60,8	4,58	0,55
Q11	0	0	3	31	40	0,0	0,0	4,1	41,9	54,1	4,50	0,58
Q12	0	1	3	26	44	0,0	1,4	4,1	35,1	59,5	4,53	0,65
Q13	0	0	7	35	32	0,0	0,0	9,5	47,3	43,2	4,34	0,65
Q14	0	4	18	25	27	0,0	5,4	24,3	33,8	36,5	4,01	0,91
Q15	0	3	9	38	24	0,0	4,1	12,2	51,4	32,4	4,12	0,78
Q16	0	2	0	28	44	0,0	2,7	0,0	37,8	59,5	4,54	0,65
Q17	0	0	7	25	42	0,0	0,0	9,5	33,8	56,8	4,47	0,67
Q18	0	4	14	43	13	0,0	5,4	18,9	58,1	17,6	3,88	0,76
Q19	1	3	12	35	23	1,4	4,1	16,2	47,3	31,1	4,03	0,88
Q20	6	25	22	17	4	8,1	33,8	29,7	23,0	5,4	2,84	1,05
Q21	1	13	10	34	16	1,4	17,6	13,5	45,9	21,6	3,69	1,05
Q22	7	22	17	18	10	9,5	29,7	23,0	24,3	13,5	3,03	1,22
Q23	0	0	2	41	31	0,0	0,0	2,7	55,4	41,9	4,39	0,54
Q24	0	0	0	24	50	0,0	0,0	0,0	32,4	67,6	4,68	0,47
Q25	0	0	4	25	45	0,0	0,0	5,4	33,8	60,8	4,55	0,60
Q26	0	0	0	15	59	0,0	0,0	0,0	20,3	79,7	4,80	0,40
Q27	0	0	0	16	58	0,0	0,0	0,0	21,6	78,4	4,78	0,41

Fonte: Elaborado pela autora.

Tabela 9 – Frequência, porcentagem, média e desvio padrão de cada questão do grupo Medicina do 6º ano. Marília, SP, 2018.

Questão	Frequência					Porcentagem					Média	Desvio Padrão
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
Q1	0	0	2	30	37	0,0	0,0	2,9	43,5	53,6	4,51	0,56
Q2	1	0	1	26	41	1,4	0,0	1,4	37,7	59,4	4,54	0,68
Q3	0	2	2	32	33	0,0	2,9	2,9	46,4	47,8	4,39	0,69
Q4	0	4	11	25	29	0,0	5,8	15,9	36,2	42,0	4,14	0,90
Q5	0	4	9	27	29	0,0	5,8	13,0	39,1	42,0	4,17	0,87
Q6	0	2	16	26	25	0,0	2,9	23,2	37,7	36,2	4,07	0,85
Q7	0	0	0	29	40	0,0	0,0	0,0	42,0	58,0	4,58	0,50
Q8	0	0	3	25	41	0,0	0,0	4,3	36,2	59,4	4,55	0,58
Q9	0	2	4	39	24	0,0	2,9	5,8	56,5	34,8	4,23	0,69
Q10	0	0	5	27	37	0,0	0,0	7,2	39,1	53,6	4,46	0,63
Q11	0	0	7	31	31	0,0	0,0	10,1	44,9	44,9	4,35	0,66
Q12	0	0	6	33	30	0,0	0,0	8,7	47,8	43,5	4,35	0,64
Q13	0	8	5	32	24	0,0	11,6	7,2	46,4	34,8	4,04	0,95
Q14	0	3	13	37	16	0,0	4,3	18,8	53,6	23,2	3,96	0,78
Q15	0	0	9	36	24	0,0	0,0	13,0	52,2	34,8	4,22	0,66
Q16	0	0	6	35	28	0,0	0,0	8,7	50,7	40,6	4,32	0,63
Q17	1	3	11	30	24	1,4	4,3	15,9	43,5	34,8	4,06	0,91
Q18	3	21	22	11	12	4,3	30,4	31,9	15,9	17,4	3,12	1,16
Q19	0	8	7	33	21	0,0	11,6	10,1	47,8	30,4	3,97	0,94
Q20	3	31	24	5	6	4,3	44,9	34,8	7,2	8,7	2,71	0,99
Q21	0	14	23	28	4	0,0	20,3	33,3	40,6	5,8	3,32	0,87
Q22	10	26	19	13	1	14,5	37,7	27,5	18,8	1,4	2,55	1,01
Q23	0	2	1	38	28	0,0	2,9	1,4	55,1	40,6	4,33	0,66
Q24	0	0	0	24	45	0,0	0,0	0,0	34,8	65,2	4,65	0,48
Q25	0	0	6	28	35	0,0	0,0	8,7	40,6	50,7	4,42	0,65
Q26	0	0	0	21	48	0,0	0,0	0,0	30,4	69,6	4,70	0,46
Q27	0	0	1	22	46	0,0	0,0	1,4	31,9	66,7	4,65	0,51

Fonte: Elaborado pela autora.

A Tabela 10 apresenta as medidas de posição e dispersão de cada um dos domínios por grupo de formação. Nota-se que a mediana do domínio TEC no grupo de estudantes da Enfermagem é 62, bastante próxima do grupo dos alunos da Medicina, que é 63. Não foram observadas diferenças significativas entre os grupos para esse domínio (p-valor = 0,370; teste de Mann-Whitney). Também não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos no domínio IP (p-valor = 0,110; teste de Mann-Whitney) e no domínio ACP (p-valor = 0,217; teste de Mann-Whitney).

Tabela 10 – Comparação entre as profissões por domínio. Marília, SP, 2018.

Domínio	Grupo	N	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Mediana	Máximo	p-valor
TEC	Enfermagem	105	62,3	5,0	48,0	62,0	70,0	0,370
	Medicina	219	62,4	6,4	38,0	63,0	70,0	
IP	Enfermagem	105	30,1	2,5	24,0	30,0	36,0	0,685
	Medicina	219	30,3	3,1	21,0	30,0	39,0	
ACP	Enfermagem	105	23,0	1,8	18,0	23,0	25,0	0,217
	Medicina	219	23,2	1,8	18,0	24,0	25,0	

Fonte: Elaborado pela autora.

5.3 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Foram entrevistados 18 estudantes que aceitaram participar desta fase do estudo, dos quais 10 (55,5%) eram do sexo feminino. A média de idade foi 24 anos, com variação de 19 a 30 anos. Nove frequentavam o curso de Enfermagem, sendo três do primeiro ano, três do segundo ano e três do quarto ano. Também foram entrevistados nove alunos do curso de Medicina, dois do primeiro ano, dois do segundo e cinco, do sexto ano. As entrevistas foram realizadas nas dependências da Famema, conforme a disponibilidade dos estudantes e tiveram duração média de 35 minutos.

Quadro 5 – Caracterização dos entrevistados. Marília, SP, 2018.

Participante	Idade	Gênero	Formação	Ano de graduação
P1	29	M	Medicina	6º ano
P2	21	F	Enfermagem	2º ano
P3	25	F	Medicina	6º ano

P4	20	F	Enfermagem	2º ano
P5	22	M	Enfermagem	4º ano
P6	19	F	Enfermagem	1º ano
P7	22	F	Medicina	1º ano
P8	30	M	Medicina	6º ano
P9	22	M	Medicina	2º ano
P10	21	F	Enfermagem	2º ano
P11	25	M	Medicina	6º ano
P12	22	M	Medicina	1º ano
P13	21	F	Enfermagem	1º ano
P14	25	F	Medicina	6º ano
P15	22	M	Enfermagem	4º ano
P16	24	F	Enfermagem	4º ano
P17	23	F	Medicina	2º ano
P18	20	M	Enfermagem	1º ano

Fonte: Elaborado pela autora.

A análise de conteúdo das entrevistas permitiu formular quatro categorias empíricas e suas respectivas subcategorias. A primeira delas, denominada *A escolha da profissão fundamentando na predisposição para a EIP*, foi construída a partir de subcategorias *Influência das experiências familiares na formação*, *Interesse em ajudar o próximo* e *Interesse no método*. Os estudantes relatam ter envolvimento prévio com a área da saúde, em experiências familiares, trabalhos voluntários e comunitários. Percebe-se a utilização dos termos: humanista, comunidade e trabalho voluntário.

A segunda categoria, denominada *As metodologias ativas como intrínsecas à EIP*, foi construída a partir das subcategorias *Formação da autonomia*,

Trabalho em pequeno grupo, Falta de conteúdo nas séries iniciais, desarticulação das séries e a Insegurança com o método.

A terceira, designada *A vinculação à experiência*, expressa o reconhecimento do trabalho em equipe, da identidade profissional de ambos os cursos e das necessidades de saúde centrada no paciente, sendo construída a partir das subcategorias *Trabalho em equipe, Atenção Centrada no Paciente e Identidade Profissional*.

A quarta e última categoria recebeu a designação de *A inserção precoce na APS favorecendo a prática colaborativa* e refere-se à inserção dos alunos no cenário de prática da APS desde o primeiro ano, com a observação do trabalho da equipe de ESF e aspectos da parceria ensino-serviço, tendo sido construída a partir das subcategorias *Cenário de Prática na Atenção Primária, Equipe Saúde da Família e Parceria Ensino-Serviço*.

Quadro 6 – Categorias e subcategorias empíricas dos 18 entrevistados.

Categorias	Subcategorias
1. A escolha da profissão fundamentando na predisposição para a EIP	Influência das experiências familiares na formação Interesse em ajudar o próximo Interesse no método
2. As metodologias ativas como intrínsecas à EIP	Formação da autonomia Trabalho em pequeno grupo Falta de conteúdo nas séries iniciais Desarticulação das séries Insegurança com o método
3. A vinculação à experiência	Trabalho em Equipe Atenção Centrada no Paciente Identidade Profissional
4. A inserção precoce na APS favorecendo a prática colaborativa	Cenário de prática na Atenção Primária Equipe de Saúde da Família Parceria Ensino-Serviço

Fonte: Elaborado pela autora.

5.3.1 A escolha da profissão fundamentando a predisposição para a EIP

As experiências familiares influenciaram os estudantes na escolha da profissão, como se observa nos trechos a seguir.

“Eu sempre acompanhei a trajetória da minha mãe e do meu pai, eu ficava observando o trabalho deles e achava muito importante, eu admirava, e quis fazer parte disso, queria colaborar, eu achava importante ter um motivo legal pra acordar todos os dias.” P3

“Eu fiz sete anos de cursinho para entrar na Medicina, eu sempre quis Medicina. Desde pequenininha eu converso com meus pais disso. Eu fui incentivada por eles, hoje não me arrependo dos sete anos, eu fiz certo.” P8

“Eu escolhi a Enfermagem porque eu sempre quis trabalhar com pessoas. A minha família tem muita afinidade com a área da saúde, tem enfermeiras também. Eu sabia que queria algum curso na área da saúde, talvez nem da saúde, mas que trabalhasse diretamente no cuidado de pessoas.” P9

“Cheguei a fazer um ano de Economia, mas apesar de ter gostado, porque eu sempre gostei de todas as matérias do colegial, acabei optando pela Medicina para ajudar o próximo e pelo contexto familiar, meus pais são médicos e minha irmã estava cursando Medicina na época. Eu sempre vivenciei essa área.” P14

“O Curso de Enfermagem sempre foi minha primeira opção, eu sempre quis ser enfermeiro, eu sempre quis ajudar as pessoas. Tenho uma tia que é auxiliar de enfermagem, então eu cresci ouvindo as histórias dela e

isso sempre me despertou muito forte, desde de criança, sempre me despertou essa questão de estar próximo do ser humano.” P15

Os estudantes também destacaram a vontade de ajudar o próximo como um ponto que influenciou a escolha profissional:

“Durante a minha primeira graduação eu fiz trabalho voluntário, morei um tempo na Amazônia e trabalhei com as comunidades ribeirinhas. Foi uma aproximação muito bacana, eu fui vendo que eu gostava muito desse contato com a comunidade, gosto de ajudar o próximo.” P1

“Olha, eu sempre tive um viés humanista, vamos dizer assim, venho de uma família católica, apesar de hoje não ser mais religioso. Estudei em um colégio de padres e sempre tive uma aproximação com a comunidade, com os pobres, de você fazer certa doação, enfim, de olhar para esse lado, para as questões sociais. Então eu acho que isso de certa forma impregnou em mim e começou a fazer sentido.” P1

“Eu não tinha muito conhecimento do que queria, aí eu descobri a Enfermagem, fui procurar mais e gostei, gostei da área de trabalho, gostei de saber que eu ia trabalhar com pessoas e poderia ajudar as pessoas.” P13

“Minha primeira opção foi Medicina, nunca foi por questão financeira, sempre foi pela questão de ajudar os outros. Parece um pouco clichê, mas eu me identifico mesmo com área da saúde e gosto de poder fazer o bem, poder acrescentar algo na vida de alguém, meio que fazer o bem para o próximo.” P17

“Eu queria alguma coisa voltada para a saúde, ter um contato maior com o paciente. Então foi onde eu conheci Enfermagem, pesquisei como era o curso e foi quando eu escolhi o Curso de Enfermagem e fui atrás.” P18

A escolha pelos cursos da Famema foi atribuída pelos estudantes ao método adotado pela Faculdade:

“Enfermagem foi a minha primeira opção. Eu prestei aqui porque quando eu fiz cursinho ouvi falar do método e achei muito bom. O pessoal falava dessa interdisciplinaridade, que seria mais fácil de conhecer a minha profissão e as outras profissões também, achei essa proposta muito interessante, foi isso que pesou.” P4

“Eu fiz o cursinho popular da Famema três anos, fiquei aqui dentro e tinha um certo convívio com os alunos. Eu conhecia o método e sabia como funcionava. Eu acho que a Famema proporciona que você adquira o conhecimento até aonde você quiser, então isso me chamou bastante a atenção e pesou na hora de escolher o curso.” P5

“Foi a minha primeira opção fazer Medicina na Famema, um amigo meu tinha feito PBL em Londrina e para mim era um sonho estudar em um lugar que não tivesse aula, eu queria estudar sozinho, porque no cursinho eu estudei sozinho e eu gostava de ter o meu tempo. Também queria vir para o interior porque eu sou de São Paulo, eu só queria sair de lá.” P11

“Minha prima se formou aqui em 2003, eu tinha interesse em cursar, mas eu não tinha noção do que era o PBL, porque só entende PBL quem vivencia. Não sabia como era não ter aula, hoje eu sei e vou defender o PBL para

sempre. Eu acho que é muito mais significativo quando você tem que ter um papel ativo na produção do seu conhecimento.” P12

5.3.2 As metodologias ativas como intrínsecas à EIP

A promoção da autonomia foi evidenciada pelos participantes do estudo como um ponto positivo na metodologia de ensino da Famema:

“O ponto forte da metodologia é a parte da autonomia dentro do estudo, a gente passa a aprender melhor a buscar informação, a gente constrói uma prática que vai levar para o resto da vida, porque na Medicina a gente não para de estudar e a metodologia da Famema prepara a gente para isso para depois da faculdade.” P2

“Você se torna autônomo, se torna essa pessoa que sabe pesquisar, que aprendeu a pesquisar, que aprendeu a raciocinar, porque isso é tutoria, não é alguém falando, passando o conteúdo, é a percepção que a pessoa tem do conteúdo. Se você aprende sozinho você cria percepção daquilo que está sendo estudado.” P9

“Um ponto positivo da metodologia ativa é que ela traz uma autonomia muito grande para o estudante, no sentido de não ficar na zona de conforto em relação ao conteúdo. Eu tenho uma situação-problema, que me gera várias dúvidas, eu vou atrás dessas dúvidas.” P15

As atividades acadêmicas organizadas em pequenos grupos são vistas como positivas para o desenvolvimento pessoal e acadêmico dos estudantes:

“Quando o grupo é muito grande fica difícil as pessoas se conhecerem, ficam à vontade para fazer as questões, acaba sendo disperso. A ideia dos pequenos grupos

facilitou, principalmente quando a gente ia nas casas e voltava e aí cada um sempre trazia um pouco do que aconteceu na família, era legal, porque as pessoas tinham oportunidade de opinar sobre sua experiência, porque alguém trazia alguma coisa e a gente levantava os problemas, então você poderia trazer um pouco da sua observação, às vezes, da angústia, da alegria que você viu na família, isso foi bastante enriquecedor.” P5

“Eu acho que grupo pequeno é bom para ajudar as pessoas mais tímidas, porque eu sinto muita dificuldade também, aí eu percebo que isso meio que treina você a trabalhar em equipe.” P13

Outro aspecto positivo da metodologia ativa que a diferencia do ensino tradicional é a pesquisa em fontes originais da literatura, como mostram os relatos:

“Conversando com um colega que faz Medicina com aulas tradicionais, ele me disse que muitos estudantes estavam estudando por resumos, que vão passando de aluno para aluno, de turma para turma, sei lá quem fez esse resumo em 1990. Eles vão pouco à fonte, já pegam as aulas prontas, o professor dá a mesma aula ao longo de vários anos ou décadas, então os alunos viam só os resumos. Aqui, de forma em geral, a gente estuda pela fonte mesmo, vai à biblioteca, pega os livros eletrônicos, então eu acho que isso é um ponto muito positivo.” P1

“O ponto positivo é que o método desenvolve o aluno a ter autonomia sobre seu aprendizado, correr atrás das fontes, ter conhecimento nos livros, ir à fonte para tentar achar resposta para as perguntas levantadas na tutoria” P4

Na opinião dos estudantes, outros aspectos positivos da metodologia ativa são a liberdade, a dinamicidade do currículo e o raciocínio clínico que o método possibilita:

“Eu tenho amigos que fazem graduação em outras faculdades, então eu consigo comparar algumas coisas e vejo que nós temos liberdade para estudar. Claro que nós temos que seguir uma grade, só que a gente não precisa ficar preso nela, a gente pode extrapolar e aprender muito mais, a gente que determina o nosso limite. Esse é um ponto muito positivo aqui dentro, o que é diferente das outras faculdades.” P5

“Quando eu saí do colegial, eu preferia ter entrado no método tradicional. Hoje, para falar a verdade, acho o PBL o melhor método porque a gente vai ganhando a noção do que é aprender, de qual é a nossa dificuldade. Porque você sai daqui sabendo pesquisar. Hoje em dia, se eu tenho uma dúvida eu sei achar, porque eu tive que aprender a fazer isso durante os primeiros anos e é o que eu mais gostei do método.” P8

“Eu gosto muito do método, então eu tive uma adaptação muito rápida, porque deixa o aprendizado realmente na nossa mão. Então, não ficam estafante aqueles primeiros anos em que tem aula o dia inteiro como nas outras faculdades de método tradicional, é algo bem dinâmico, o aluno tem que se organizar. Realmente, você tem que ter um nível de proatividade, mas não é que fica largado na nossa mão, eles dão condição para a gente poder chegar, sabe, eles dão o suporte, é algo bem organizado.” P9

“A gente sai com o raciocínio clínico melhor porque exercita isso desde o primeiro ano, não é só no internato, um raciocínio clínico muito legal, eu acho a gente tem uma proatividade muito diferente, a gente tem um contato com o paciente desde o começo.” P9

“O método faz a gente correr atrás do que a gente quer, o facilitador provoca você para pensar, o que você vai estudar, sabe? Às vezes eles fazem alguma pergunta e a gente fica curiosa para saber aquilo na hora, então chega em casa e vai pesquisar sobre isso.” P10

“Eu acho que o método é bom, porque às vezes você vai vendo que tem alguma coisa que você não estava sabendo, que você não encontrou durante seu estudo e aí você vê que outra pessoa encontrou e é legal você compartilhar. E eu posso trazer também coisas que alguém não viu.” P10

“Na Famema você não vai conseguir dar uma fugidinha, porque no tradicional às vezes está tendo uma aula chata, você vai mexer no celular, vai dormir, e aqui não existe isso. Mas é muito bom, porque você está na área da saúde, não tem como você saber metade de uma patologia, é por inteiro.” P11

A metodologia possibilita a construção do vínculo do estudante com a comunidade, desde o início do curso, sendo evidenciado como um aspecto positivo o contato com os usuários na metodologia dos cursos:

“Acho que o método traz muito essa capacidade de empatia com o paciente, de saber entender, saber conversar, lidar com a prática exatamente, essa interação

muito próxima com as pessoas desde o começo do curso.” P1

“O trabalho em grupo é bom para conseguir falar mais, para conseguir também a participação dos colegas, se aproximar mais, ter a sensibilidade de perceber quando alguém não está se sentindo bem e tentar dar uma puxada naquela pessoa, ajudar o grupo na discussão.” P3

O trabalho em pequenos grupos é evidenciado como um aspecto positivo da metodologia dos cursos que possibilita o desenvolvimento profissional:

“Eu gosto do grupo porque eu faço minha pesquisa, que é o meu ponto de vista, e chegando na discussão com o grupo eu vejo os outros pontos de vista, as outras pesquisas, e eu vejo que a minha poderia ser mais completa.” P4

“Eu gosto da construção de pequeno grupo porque muitos assuntos que a gente estuda e acaba não conseguindo ver tudo, no grupo é compartilhado, tem sempre algum colega trazendo algo novo, então um vai complementando o outro.” P5

“O trabalho em pequeno grupo favorece muito porque é um trabalho que a gente vai continuar tendo por muito tempo. Essa questão de mudar sempre as pessoas eu acho muito importante, o grupo da tutoria troca a cada seis meses e na UPP a gente fica dois anos com o mesmo grupo.” P16

“Você vai trabalhar em grupo desde o primeiro ano, é diferente de você sentar numa sala com oitenta alunos. Você se reunir em oito pessoas que pode ser que você

não tenha a mínima afinidade, mas que no grupo você tem de aprender a lidar. A tutoria e a UPP fazem com que você tenha uma visão dinâmica do trabalho, completamente diferente, mesmo porque você troca de grupo a cada seis meses na tutoria. Então, às vezes você sai de uma dinâmica com um grupo e no outro tem outra regra, outro tipo respeito.” P17

Os estudantes também ressaltaram a potencialidade das metodologias ativas no crescimento pessoal e na construção do conhecimento:

“Eu acho que no grupo você consegue aprofundar, um complementa a visão do outro, a gente consegue entender melhor, não é a visão do professor falando para você, mas é o de várias pessoas falando e isso é muito importante porque fica no mesmo nível, a gente desenvolve uma comunicação muito boa. Porque no momento a gente tem que falar e respeitar também as diferenças, eu acho que é um exercício muito grande, eu acho muito bom.” P16

“Eu sempre me adaptei muito bem ao PBL, gosto muito dessa ideia de ter contato com o paciente no primeiro ano, gosto dá pro – atividade que o PBL te instiga a ter, pesquisar, ir por você mesmo. Claro que algumas vezes você se sente muito perdido, principalmente no começo. Até nas cadeiras básicas – ai, nossa! - não tem aquele professor falando o que fazer, você fica inseguro. Mas hoje, estando no sexto ano, eu percebo que podem ficar lacunas, mas as lacunas que ficam hoje não são significativas ao ponto de eu falar que a falação não foi boa, pelo contrário. Eu creio que eu tenho uma falação excelente, é a maioria das pessoas que saíram da

Famema sendo elogiadas, outros serviços que nem sabem que eu faço Famema elogiam pessoas da Famema e aí quando eu falo que faço, eles falam: - Nossa, que legal, você faz lá?! Eu sempre fui muito elogiada.” P17

Os estudantes também ressaltaram as dificuldades com o método, a necessidade de adaptação nos anos iniciais dos cursos:

“Eu acho que a gente fica um pouco desnorteado para estudar, porque às vezes a gente tem a ajuda do tutor também, mas às vezes, a gente vai procurar nos livros e acha que tem coisa a mais, aí você não estuda aquela coisa e tinha que estudar aquela coisa, é um pouco difícil essa parte.” P13

“Eu conhecia superficialmente o método porque meu cunhado já tinha me falado como era, mas eu não imaginava que era tão impactante essa diferença. Eu venho do ensino tradicional, a gente está adaptado com aquela forma de aprender, então é uma nova adaptação que exige bastante superação, começar a se soltar mais, porque você não fica na sala de aula como ser passivo, você é ativo, você tem que buscar e construir o aprendizado e acaba dependendo bastante de você.” P14

“O mais difícil é o período de adaptação, os primeiros seis meses, depois você vai se adaptando e se torna uma coisa natural. Eu acho que seria interessante ter uma mistura dos dois métodos porque às vezes eu tenho a sensação que a gente acaba não vendo tudo.” P14

Outro aspecto negativo mencionado foi a falta de conteúdo nas disciplinas básicas no início do curso. Alguns participantes consideraram que o formato misto do método de ensino poderia melhorar essa fragilidade dos cursos:

“Um ponto negativo é que algumas questões das disciplinas básicas fica mais difícil estudar sozinho, como Anatomia e Histologia, dois pilares básicos. Fica um pouco defasado em relação ao método tradicional.” P1

“Às vezes eu sinto falta de um pouco de conteúdo, no primeiro ano fica todo mundo com medo. Será que eu estou aprendendo? Será que não precisa vir alguém me ensinar Anatomia, Bioquímica? As matérias básicas, mas eles continuam defendendo que é para ter calma, que vocês vão chegar lá, para ficar tranquilo que isso está sendo observado, faz parte do currículo.”

“Eu não acho que precisaria ser só o PBL sabe, eu acho que nas cadeiras básicas seria muito bom ter aula de Biologia, aula de Anatomia, seria bacana para o começo.” P11

“Um ponto negativo é a falta de aulas nas cadeiras básicas, que é entre o primeiro e o segundo ano. Se desse para eu escolher, acho que teria um pouco do ensino teórico junto com o PBL.” P12

“Eu senti falta das matérias básicas no primeiro e no segundo anos, como Anatomia, Fisiologia... A gente integra mais, mas não tem a profundidade nisso, aí a gente acaba direcionando mais para o clínico. Eu acho que seria interessante integrar as duas metodologias, como é feito em Londrina.” P14

A desarticulação das séries também foi identificada pelo estudante como um ponto negativo em ambos os cursos:

“Existem pontos negativos, por exemplo, quando a gente abre um caso de PBL – que é a proposta aqui dentro, e a gente vê uma grande desarticulação entre as séries. Você está vendo as necessidades de saúde no primeiro e segundo ano e no terceiro é quebrado, entra a sistematização da Enfermagem. Mas quando chega no quarto ano, a gente vê que a proposta ‘casa’ com o primeiro e o segundo ano, que você tem um olhar integral para o paciente.” P5

Novamente foi destacado que a opção pelo método misto poderia auxiliar no desenvolvimento acadêmico:

“Eu acho o método é muito bom, a gente realmente aprende, estamos a todo o momento estudando, mas eu sinto que falta ter um complemento, de saber até aonde a gente pode chegar, porque às vezes a gente se sente um pouco perdido. Eu acho que tinha que ser esse método, mas com um pouquinho do outro método também.” P16

“Eu estava acostumada com o método antigo, é muito diferente, tem gente assim que é nítido que se adapta no primeiro mês e outros demoram bem mais. Eu fui um desses casos, porque quando eu entrei e vi que você precisa se expor para conseguir, eu travei. Foi bem sofrido para eu começar a expor e começar a gostar, mas depois que você se abre, que você começa a se jogar mais, porque o medo de você se jogar é você ficar errando muito na frente das pessoas, você está cercado de gente, você está no meio de gente que pode julgar você no quesito ‘é inteligente não é inteligente’. Então,

depois que você percebe que você precisa se jogar e é quando você aprende mais. Você entende o PBL, sabe? É uma forma maravilhosa de fazer você se abrir também, para melhorar o jeito de você se coloca, melhora a sua relação com o quesito grupo mesmo, melhora em receber e dar críticas de uma forma construtiva, não de uma forma pejorativa. Então, para mim foi isso, você estranha e depois se acostuma e assim meio que está se apropriando agora.” P18

A insegurança que o método produz nos estudantes foi relatada como um ponto negativo em ambos os cursos:

“O PBL sempre dá insegurança, saber até aonde eu aprofundo nesse assunto, até aonde eu não aprofundo... São dúvidas que a gente sempre fica se perguntando com os colegas, por exemplo; quando vamos abrir uma questão sobre lúpus, até aonde estudo lúpus? Porque você pega o tratado de lúpus e são 500 páginas... Às vezes no PBL a gente tem essa dificuldade de saber até aonde ir.” P1

“Eu senti falta em alguns momentos de ter uma discussão melhor, onde o professor entrasse mais um pouco e me desse um pouco mais de confiança. A gente tinha uma aula por semana, que são as conferências, só que durava muito pouco tempo, em média duas horas de aula e eu queria um pouco mais. Isso foi variando muito, de tutor para tutor, tinha semestre que era melhor e tinha semestre que era pior.” P3

“Eu acho que é difícil saber até aonde eu tenho que chegar no estudo, saber se você alcançou o que é esperado. Isso ainda a gente não sabe muito bem no

primeiro ano, se a gente conseguiu alcançar ou não a meta.” P6

“Eu estou gostando do método, me adaptando, mas fica aquele sentimento de: - Será que eu estou estudando as coisas certas? Tem uma grade horária livre, eu não tenho que ir numa tutoria sem estudar, se eu for sem estudar, eu vou boiar, então você acaba estudando mais.” P7

“Do PBL, eu destaco a insegurança, porque é muita. No PBL tem essa coisa de você se expor, de buscar sozinho, essa coisa dos professores indagarem e você ir buscar a resposta com o grupo. Não tem um olhar individual para cada pessoa para eu saber se o meu estudo está aprofundado ou não.” P18

5.3.3 A vinculação à experiência

O trabalho em equipe foi destacado como um ponto forte desenvolvido pelos alunos na Famema:

“Uma vez atendemos uma criança que quem trazia era a enfermeira da instituição, em que ela ficava e a gente sempre perguntava da questão da deglutição e tudo mais, e ela dizia que a criança comia normal, não tinha problema. Eu vi que a criança engasgava, mas a enfermeira falou que nunca teve problema de tosse. Aí a Fono foi avaliar, fez os testes da deglutição e falou que na verdade ela tinha uma disfagia importante e que a gente não conseguiria avaliar.” P1

“Participei de uma reunião da nutricionista na Unidade, de um grupo que tem lá para pessoas da comunidade que tenham interesse em perder peso. Eu achei muito

interessante porque tinha uma psicóloga, uma nutricionista e uma educadora física. Elas perguntavam sobre a alimentação, as pessoas da comunidade tiraram várias dúvidas, elas deram orientações de uma maneira tão fácil de entender que isso foi um ensinamento para mim. Eu peguei esse modo de trabalhar delas, achei muito legal de ter a visão de outras disciplinas.” P4

“Se eu pudesse aprenderia um pouquinho com todos os profissionais da saúde, junto. Eu acho que seria muito mais positivo, porque a gente acaba tendo pouca visão dos outros cursos e tem assuntos em comum. Aqui é muito forte isso nos dois primeiros anos, é conjunto, mas quando você vai para o terceiro ano é completamente diferente, é valorizado a Medicina com a Medicina e a Enfermagem com a Enfermagem. Então, você quebra esse vínculo que tem nos dois primeiros anos e isso é muito prejudicial.” P5

“Eu acho fundamental aprender com os outros profissionais, eu vejo a fisioterapeuta fazendo a manutenção dos aparelhos usados na ventilação mecânica ou fazendo a fisioterapia motora respiratória, eu procuro aprender isso com ela.” P14

A integração com estudantes de outras áreas da saúde foi destacada como um ponto importante para formação interprofissional:

“É complicado, às vezes, ter que estudar com outros alunos, mas acho que na hora de trabalhar, vai ter que ser em conjunto com as outras profissões e ainda mais na área da saúde que um depende do outro. Acho que é difícil, mas é importante desde o começo aprender a trabalhar em equipe.” P6

“A integração entre as áreas da saúde é o futuro, tipo saúde mental, fisioterapeuta, psicólogo, enfermeiro, todo mundo tem que discutir, todo mundo tem alguma coisa para contribuir. Isso é, para mim o PBL, é o método, é a construção do conhecimento coletivo, é isso. Então, você sempre tem pessoas com formações diferentes que vão trazer informações diferentes de coisa que você nem imagina.” P11

A Atenção Centrada no Paciente foi evidenciada como motivação para o trabalho em equipe:

“Se o interesse for comum dos alunos, algo interessante para todos, vai ser excelente, eu acho que vai agregar demais, ele pode me passar detalhes de alguma coisa da área dele e eu também posso agregar com outras informações, porque o intuito é sempre o paciente. Eu acho que qualifica mais, com certeza, e conhecendo mais também da área do outro que vai trabalhar com você é possível trabalhar em uma equipe.” P3

“Na verdade, não só Medicina e Enfermagem, mas como toda abordagem multiprofissional... Porque vendo o paciente como a gente vê, não dá para pensar que só o médico vai resolver os problemas de toda população. Com a minha dupla da Enfermagem nos dois primeiros anos, acabei tendo um contato mais próximo e vendo que realmente é fundamental que eles tenham uma formação tão boa quanto a nossa. Porque a vida do paciente não depende só de quem medica, mas de quem cuida, de quem está ali do lado. Acho que tudo isso, a abordagem de muitos profissionais, é para bom o paciente.” P17

O convívio com diferentes profissionais foi destacado como um elemento importante na formação de equipes:

“Achei positivo discutir com os outros profissionais, ter o seu olhar, o da Fono, da TO, do Psicólogo, como cada um atua e tem mais experiência sobre aquela realidade. Eles agregavam muito para a gente. Às vezes, nós da equipe médica não conseguíamos perceber isso, porque tínhamos um olhar mais no biológico, mais no diagnóstico, em questões das medicações.” P1

“Nos dois primeiros anos a gente é bem cru, vou dizer, quase não tem diferença entre o aluno da Medicina e o da Enfermagem. Então estudar com alguém de outro curso agrega outras visões, outras interpretações do contexto. Eu acho que os 12 alunos (8 da Medicina e 4 da Enfermagem, na verdade eram quase 12 alunos de um curso só, a impressão que eu ficava é que a gente no começo do curso era meio que igual.” P1

“Eu conheço pessoas de outras faculdades que estudam no método tradicional e, em relação ao curso, às vezes elas não sabem o papel da profissão dentro de uma equipe, o que elas podem e não podem fazer com relação ao outro profissional. Aqui eu acho que tem isso, é um ponto positivo a gente crescer junto, aprender muitas coisas juntos para poder respeitar o outro, poder respeitar a profissão do outro.” P4

“Eu morei com uma menina da Enfermagem que conheci na UPP e acho importante saber que as funções são diferentes, não tem mais ou menos. Essa proximidade, se não fosse obrigatória aqui na Faculdade, talvez eu não teria. As matérias básicas do primeiro e do segundo anos

são iguais, o vínculo com o paciente também é igual para os dois cursos, depois muda, tanto para o médico, como o enfermeiro. O enfermeiro não tem que ser médico e o médico não tem que ser enfermeiro. Tive contato com enfermeiros muitos bons e muito ruins, assim como tenho contato com médicos muito bons e muito ruins.” P8

“Estudar com alunos de Medicina, que são assim pessoas diferentes, muitas vezes de realidades diferentes, com perspectivas diferentes e que enxergam determinado ponto de vista, acaba completando.” P15

A construção da identidade profissional em cenários de prática foi destacado como positivo para os estudantes:

“A gente passa em Enfermagem na Atenção Básica nos dois primeiros anos, é algo que deve ser bem multidisciplinar, eu acho interessante. Quando a gente passa por outras etapas, aí fica mais pertinente dividir, cada um vai para seu ensino, porque são profissões diferentes.” P9

“Na Famema, são dois anos em que ocorre essa aproximação. Na verdade, [ocorre] na UPP, porque nas tutorias a gente estuda só com os alunos de Medicina e a Enfermagem com a Enfermagem.” P11

Ainda, no que diz respeito à identidade profissional, foram destacadas diferenças expressivas entre os cursos, a despeito dos dois primeiros anos conjuntos:

“Eu caí com uma menina superinteressada da Enfermagem, ela era muito ativa, adorava o que ela fazia, gostava de ir nas visitas, se preocupava com o paciente,

eu gostei muito da experiência de trabalhar com ela, mas eu tive colegas da Medicina que não respeitavam a Enfermagem, então se elas falavam uma palavra errada, faziam chacota. O pessoal da Medicina sentava de um lado da mesa e a Enfermagem do outro e eu era a única que sentava no meio delas, e isso foi uma coisa que a facilitadora pontuou como positivo da minha parte.” P3

“Existem os professores da tutoria de Medicina e existem os professores da tutoria de Enfermagem e a maior parte dos tutores da Medicina são médicos e da Enfermagem são enfermeiros. Eu gostaria de ter tutoria com os médicos também, para saber sobre as atribuições deles, e gostaria que os da Medicina tivessem com os tutores da Enfermagem pra conhecer as atribuições da nossa profissão.” P4

“A proposta, é que os dois primeiros anos seja igual e eles são: nós temos os mesmos casos de tutoria, fazemos as mesmas avaliações, mas tem, por exemplo, a tutoria que é uma das partes da teoria que a gente aprende separado e eu não vejo razão para isso, já que a gente vai ser submetido a uma mesma avaliação. Eu gostaria que fosse tudo junto, não só a prática, mas também a teoria, eu acho que isso seria importante.” P2

“No PBL, por ser um método autônomo, uma coisa negativa e que acaba sendo uma consequência é que como depende muito do aluno, acaba permitindo uma certa disparidade entre os alunos, tem quem vai e estuda e quem não vai, faz o mínimo. Então acaba tendo um desvio padrão grande dos alunos, porque depende muito

do aluno. Não sei se o método tradicional queira ou não você acaba tendo uma média entre os alunos” P6

“Eu acho que os estudantes diferem quanto ao desempenho na faculdade. Eu vi muito nos primeiros anos ,em que a gente tinha as mesmas provas, e o pessoal da Medicina costumava ir bem e era cobrado a equivalência para a Enfermagem, que tinha desempenho pior, ficavam mais de recuperação. Então, a gente vê uma diferença nos estudantes. Eu acho, que tinha que ser separado, eu respeito a integração, eu acho interessante, até mesmo porque a gente vai trabalhar junto, a gente tem que ter convivência positiva, mas não precisa essa interação curricular, a gente vai ter isso na profissão, a gente vai ter isso no internato, é a base respeitar todas as profissões da equipe multidisciplinar, é importante para o atendimento do paciente, mas para isso não precisa a gente estar junto na sala de aula, eu acho.”P14

5.3.4 A inserção precoce na APS favorecendo a prática colaborativa

A inserção dos estudantes na APS no início dos cursos é destacada como um fator positivo para o aprendizado colaborativo:

“Somos colocados desde o começo na Atenção Primária, no contato com as famílias, as famílias são muito carentes, as casas são bem simples e na verdade eu fico meio à vontade nessas situações. Eu já tive bastante contato com essas coisas, com essa realidade, porque eu já fiz um trabalho voluntário.” P1

“O ponto positivo de ir para Atenção Primária desde o primeiro ano é que você vê muito nitidamente a integração de profissionais de áreas diferentes, tem a

enfermeira, o médico, o pessoal do NASF... Você observa o trabalho em equipe, para melhorar a vida das pessoas.”

P2

“No início do curso, temos muito contato com a equipe na Unidade, a gente participa das reuniões de equipe e eu acho que é muito interessante. A gente precisa ter outros contatos para não ficar simplesmente na Medicina, porque você vai trabalhar com outras pessoas, vai fazer parte de uma equipe e vai precisar do Fisioterapeuta, da Fono, do Enfermeiro, do Técnico. Então, é bom desde o começo já estar se integrando nesse ambiente. Eu acho interessante o trabalho em conjunto, é bem legal.” P9

“Eu achei que a Unidade era só para tomar vacina, mas tem consulta de enfermagem, tem consulta da médica, tem o dentista, tem várias coisas mas eu não tinha consciência. Eu acho bem legal que eles trabalham em conjunto mesmo. Eu já tive oportunidade de participar da reunião de equipe e elas pedem conselho uma para outra, eu acho legal isso.” P13

A despeito de valorizarem a inserção na APS desde início dos cursos, alguns estudantes criticaram a organização das atividades acadêmicas:

“Na Unidade de Saúde nós vamos no período da tarde, mas a maior demanda é no período da manhã, então se a gente fosse para esse ambiente de manhã seria mais um ponto positivo para a UPP.” P4

“A Famema tem essa abordagem de contato com a prática na Atenção Primária nos dois primeiros anos, então a gente se divide em grupos, na verdade em duplas, que ficam com duas ou três famílias para cuidar e

aí a gente vai fazendo as visitas domiciliares e conversando com a equipe, com a facilitadora.” P7

A falta do retorno do estudante na APS, no final da graduação, foi evidenciado como uma fragilidade do currículo para ambos os cursos:

“Eu acrescentaria a APS nos últimos anos de Faculdade, principalmente no sexto ano. Tiraria um pouco das especialidades, de ambulatórios muitos específicos, para uma atenção mais geral no cuidado, para aprender a tratar essas coisas que a gente vai lidar no dia a dia, do que talvez ver como é que faz um pós-operatório de aneurisma cerebral no ambulatório de neurocirurgia.” P8

“Eu acho que é mais importante ir no fim da Faculdade na Atenção Primária do que ir no começo, porque quando a gente está lá no primeiro e no segundo ano a gente vai para tentar entender a estrutura da Unidade de uma forma geral, a gente vai lá para ver o que o agente comunitário faz, os outros profissionais; a gente acompanha o enfermeiro, o dentista, a gente não acompanhava tanto o médico. Mas, eu acho assim, que deveria voltar no quinto e no sexto anos pelo mesmo um período de tempo.” P12

Outro aspecto importante da formação mencionado pelos estudantes foi acompanhar a atuação das equipes da ESF, as atividades que ocorrem dentro e fora da Unidade no contexto da APS:

“Há uma (inter)dependência entre a equipe na Unidade de Saúde, de todos eles, desde do agente comunitário de saúde, que não tem uma formação superior, até do médico, eles dependem muito uns dos outros. Eles reconhecem que o trabalho deles depende um do outro e é importante, é algo muito bom.” P2

“Ver a equipe, como eles trabalhavam, foi muito bom. A unidade que eu fiquei ficou muito tempo sem o médico, a gente tinha duas enfermeiras que ajudavam a gente, então eram as enfermeiras, o dentista, os agentes comunitários e o trabalho funcionava bem, a população gostava muito.” P3

“Trabalhar em equipe com a equipe da USF, fazendo parte da equipe, é algo muito positivo. No quarto ano de Enfermagem, eu consigo me sentir como se eu já tivesse formado, como se eu fizesse parte daquela equipe e estivesse no mesmo nível que eles, só como se eu tivesse chegando no serviço agora.” P5

“Eu estou gostando das visitas domiciliares, a gente trabalhou junto com os agentes comunitários na rua para fazer a prevenção da dengue, eles são bem ligados na população, porque eles moram lá, então, conhecem tudo de todo mundo e a população acaba tendo confiança no posto de saúde, construindo esse vínculo, mas é uma realidade bem diferente da minha. Está sendo produtivo acompanhar a vida dessas pessoas e ver como elas adoecem, a questão social, tudo praticamente, é bem legal.” P6

“A gente só tem um professor da Medicina ou da Enfermagem. Eu acho que, embora os cursos estejam juntos, ainda falta a interligação entre os professores, falta ter na UPP e na tutoria os dois professores juntos.” P8

Um ponto positivo bastante valorizado na inserção do aluno na APS foi a possibilidade de acompanhar as atividades e o funcionamento desses serviços:

“Foi muito rica a experiência, muito bom, para a gente ter conhecimento, porque a gente não conhece, eu achava que o posto era só um postinho mesmo, a gente não tem dimensão da importância da Atenção Primária, da comunidade.” P2

“A experiência na prática da Unidade foi muito boa, foi saudável, porque as agentes ajudavam muito a gente, mas depende de onde você cai, são as pessoas, tem professores que não gostam disso, tem também equipes que brigam e fica um inferno, aí o pessoal critica e acha que não vale a pena ir.” P8

“Eu gosto bastante da USF, a equipe que eu vou é bem receptiva, eles estão dispostos a ensinar as coisas, porque eu percebo que tem muita gente que fala que a equipe não liga, que faz pouco-caso das pessoas e a minha é totalmente diferente.” P10

“Na USF que eu frequentei, eu percebi que funcionava muito bem, sabe, realmente tem a demanda espontânea, tem o cumprimento de horário, tem responsabilidade com os pacientes... dos agentes irem visitar os pacientes nas casas. Então você vê que é um serviço que funciona, é integrado e funciona.” P18

Os participantes evidenciaram as dificuldades de interação entre os cursos para a formação interprofissional:

“Eu acho que precisa melhorar a interação dos cursos de Medicina e de Enfermagem, ainda tem diferenças às vezes.” P7

“Com certeza contribuiu para minha formação estudar com o curso de Enfermagem, porque querendo ou não são muito discrepantes as classes sociais dos dois cursos, um deles é muito mais difícil de entrar, então prioriza quem fez aula de inglês, quem fez cursinho de rico, quem fez colégio de rico, então é uma grande experiência para a gente, a gente ter que se misturar, não pode só viver na mesma bolha para sempre.” P11

Também fizeram referência às dificuldades observadas na parceria ensino-serviço, destacando especialmente o número restrito de profissionais:

“Eu acho que na Unidade de Saúde tem um número muito restrito de profissionais, a gente conseguiu ver bem isso. Na UPP, tanto na Enfermagem, como na Medicina a gente consegue enxergar a necessidade de conhecer a profissão um do outro para realmente trabalhar junto. Na Famema, pelo menos nesses dois primeiros anos de graduação, a gente não tem aquela uma certa briga entre profissões e isso já dá margem para que no futuro a gente consiga trabalhar junto.” P2

“Um ponto negativo é a falta de organização, que eu acho que talvez seja uma questão de gestão, não ficam muito bem definido os papéis de cada um e acaba sobrecarregando alguns profissionais dentro da Unidade. A equipe se dá muito bem, porém tem ausência de profissionais, não tem um educador físico, uma psicóloga, um nutricionista, por exemplo.” P2

“Na unidade, tem muitas pessoas da equipe que ficam com receio dos estudantes, eles não entendem muito o nosso papel lá, então ficamos mais entre o grupo de

estudantes mesmo, mas eu vejo a equipe trabalhando lá e acho isso positivo.” P7

5.4 ARTICULAÇÃO DOS RESULTADOS

Os PP dos cursos de Medicina e Enfermagem da Famema, analisados por meio das 18 questões propostas pelo CAIPE⁴², apresentam um modelo pedagógico que favorece a interprofissionalidade no que se refere à utilização das metodologias ativas e à organização dos estudantes em pequenos grupos para as atividades acadêmicas. No entanto, as expressões EIP e Prática Colaborativa não se fizeram presentes nos documentos.

O questionário RIPLS, reforçou tais achados no que se refere a atitude e percepção favorável dos estudantes na Famema para a aprendizagem interprofissional nos três domínios analisados: Trabalho em Equipe, Identidade Profissional e Atenção Centrada no Paciente. Assim como na análise dos PP, verifica-se a existência de um contexto favorável ao desenvolvimento de competências interprofissionais em cenários da APS, como a utilização de metodologias ativas, a construção do conhecimento em pequenos grupos e representação das profissões de Enfermagem e Medicina no processo educacional. As questões do questionário RIPLS permitiram ainda avaliar se os estudantes compreendem a importância da atuação conjunta para o cuidado integral em saúde. Não foram observadas diferenças significativas entre os cursos de Enfermagem e Medicina nos três domínios. Por fim, as entrevistas reforçaram o que foi evidenciado na análise documental e no questionário RIPLS, demonstrando que a EIP é favorecida pelo uso de metodologias ativas, o trabalho em pequenos grupos e a inserção nos primeiros anos dos cursos dos alunos de Enfermagem e Medicina nos cenários de prática da APS, com a corresponsabilidade das equipes da ESF no processo de ensino e aprendizagem.

Os resultados foram organizados em dois tópicos: um referente às potencialidades existentes na IES que criam condições favoráveis à EIP e outro ao conjunto de elementos que apontam para seus limites. A figura 6, a seguir,

apresenta os aspectos favoráveis da EIP na Famema: *A Formação Profissional para o Trabalho em Equipe, As Metodologias Ativas de Ensino e Aprendizagem, A Prática Colaborativa na APS e A Identidade Profissional de Enfermeiras e Médicos.*

Figura 6 – Potencialidades favoráveis à EIP na Famema.

Fonte: Elaborado pela autora.

5.4.1 A FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA O TRABALHO EM EQUIPE

A análise documental revelou que os objetivos dos cursos são interprofissionais e que a IES adota o currículo integrado e orientado por competência dialógica em ambos os cursos. Dessa maneira, o processo educacional busca preparar os estudantes para o trabalho em equipe considerando a aprendizagem em pequenos grupos, a construção coletiva de novos saberes e privilegiando a formação interprofissional, embora na redação dos documentos não conste a expressão EIP.

As respostas do questionário RIPLS indicam a existência de condições favoráveis e prontidão dos estudantes para o desenvolvimento do trabalho em equipe em todos os anos investigados e em ambos os cursos, indicando atitude positiva dos estudantes em relação à necessidade de compartilhar o conhecimento para trabalhar em equipe e melhorar a atenção a saúde nos serviços de saúde.

A análise estatística indicou diferenças significativas entre os grupos estudados: o grupo de estudantes do 1º ano do curso de Medicina apresentou valores maiores no domínio TEC em relação aos demais estudantes de ambos os cursos.

As entrevistas reforçaram tais achados, revelando que nos dois primeiros anos os cursos oferecem aos estudantes oportunidades de interação, o que é fundamental para que a experiência de aprendizado desenvolva-se na perspectiva da interprofissionalidade e fomente um clima de respeito mútuo e valores na construção do saber. A relação estreita entre teoria e prática na UPP torna possível ao estudante adquirir experiência para o trabalho em equipe.

Os estudantes reconhecem que o trabalho em equipe é fundamental nas práticas em saúde, especialmente nas oportunidades de discussão de casos, no planejamento integrado das ações entre os diferentes profissionais, na valorização do saber e do conhecimento dos integrantes da equipe no cuidado e na habilidade de estabelecer uma comunicação efetiva, com respeito às diferenças, para a resolução dos problemas e necessidades de saúde dos usuários.

A integração de saberes e práticas evidenciada nos resultados aponta para a construção de competências colaborativas, essenciais ao trabalho em equipe, e a ampliação da compreensão sobre o processo saúde-doença. Trata-se de uma estratégia pedagógica importante para a formação dos profissionais da saúde, capaz de produzir modelos de atenção e práticas de saúde resolutivas diante da complexidade dos fenômenos da saúde e da doença.

As entrevistas fazem referência à construção coletiva do saber e a interdisciplinaridade, que facilitam o processo de comunicação entre as diferentes formações. A integração das áreas da saúde, especialmente nos dois primeiros anos, foi destacada como um ponto forte pelos estudantes na IES, contribuindo para a formação interprofissional.

A articulação dos resultados indica que a formação dos estudantes da Famema utiliza estratégias participativas de ensino e práticas compartilhadas que

têm como centro as necessidades de saúde de indivíduos e famílias. O trabalho em equipe, eixo central da formação inteprofissional, foi evidenciado nos achados dos diferentes instrumentos, o que confirma a existência dos princípios da EIP na IES avaliada.

5.4.2 AS METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO E APRENDIZAGEM

A análise do referencial teórico presente no PP dos cursos da Famema revelou sua fundamentação na aprendizagem significativa, que busca a ativação dos saberes prévios do estudante para identificar as necessidades de aprendizagem e desenvolver suas capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras, de maneira interdisciplinar. A diretriz pedagógica do Curso de Enfermagem é a Problemática e a do Curso de Medicina, o PBL.

Os resultados encontrados na formação da enfermeira e do médico na Famema evidenciam coerência com as diretrizes curriculares para formação de profissionais críticos e reflexivos. O currículo está alinhado com os princípios da EIP e os resultados são constantemente avaliados para determinar se o aprendizado interprofissional de fato ocorreu.

Na análise documental, verificou-se que os objetivos do método e o modelo de avaliações adotada na instituição são coerentes com a proposta metodológica. A aprendizagem não objetiva apenas a aquisição de conhecimentos, mas também o desenvolvimento de habilidades que são demonstradas por meio de comportamentos nos ambientes de prática profissional. Uma estrutura de competências é aplicada ao currículo para produzir a matriz de avaliação.

É utilizada a avaliação por competência, orientada pela abordagem dialógica, que preconiza o processo participativo dos estudantes, docentes e profissionais dos serviços de saúde em um ato dinâmico e de natureza processual. Em ambos os cursos, a estrutura de competências é usada como um meio de avaliação contínua e organizada por um conjunto articulado de resultados de aprendizagem.

O conhecimento compartilhado é evidenciado pelos estudantes por meio das metodologias ativas de ensino para ampliar a compreensão e a capacidade resolutive frente aos problemas de saúde, entretanto essa temática não é foco do questionário RIPLS, não sendo possível avaliar esse aspecto da metodologia dos cursos na formação da IES.

Nas experiências de aprendizado relatadas pelos estudantes na Famema foi possível identificar os aspectos curriculares voltados para o aprendizado baseado em competências, tais como a vivência das visitas domiciliares interprofissionais realizada na APS. Também foram identificados o respeito aos papéis e às responsabilidades de cada profissional dentro da equipe. Entretanto, persiste o desafio de promover maior articulação na parceria ensino-serviço, necessária para melhorar a inserção do estudante no campo de prática, garantindo a corresponsabilidade entre a IES e o serviço na formação dos futuros profissionais.

A articulação dos dados possibilitou reconhecer a importância das metodologias ativas para EIP na Famema, com a valorização da autonomia do estudante na construção do conhecimento, sua inserção em cenários de prática da ESF no início dos cursos, com trabalho em pequenos grupos integrados por alunos das duas profissões.

Também foram evidenciados os limites para a EIP na instituição, como a fragilidade da parceria ensino-serviço, a insegurança do estudante, especialmente no início dos cursos, expresso nos relatos de falta de conteúdo e desarticulação entre as séries em ambos os cursos.

O planejamento e a implementação da EIP na Famema demandam um esforço organizacional para viabilizar a distribuição dos estudantes dos dois cursos nas equipes, nos locais de aprendizado e nos casos reais de aprendizagem, assim como para o compartilhamento de saberes e experiências no desenvolvimento das competências profissionais.

Os conhecimentos dos valores éticos para prática interprofissional expressam-se no respeito demonstrado entre os diferentes profissionais e na

capacidade de colocar o paciente como centro do planejamento para o cuidado. O reconhecimento do papel profissional e das responsabilidades dentro do contexto da prática, por meio da comunicação clara com a equipe, com o paciente e seus familiares, sustentam a avaliação voltada para prática interprofissional.

5.4.3 A PRÁTICA COLABORATIVA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A análise das entrevistas confirmou que no primeiro e no segundo anos dos cursos as atividades práticas dos estudantes ocorrem em unidades da ESF. O processo de formação em um cenário concreto de prática permite que o futuro profissional torne-se mais crítico e reflexivo, comprometido com as ações de saúde, com um olhar mais sensível ao contexto socioeconômico e cultural da população e mais integrado à equipe, com o desenvolvimento de competências comuns, por meio da aprendizagem compartilhada, da capacidade de resolução de problemas e do respeito mútuo.

O trabalho em pequenos grupos na ESF auxilia os estudantes a reconhecer o trabalho em equipe para a melhoria dos resultados em saúde, promovendo a comunicação eficaz, a colaboração e o trabalho entre os membros da equipe e aprimora a assistência ao cuidado de saúde. Nos documentos institucionais foi possível verificar que ambos os cursos adotam valores interprofissionais. Embora seus PP não mencionem as competências específicas da EIP e da Prática Colaborativa, fazem menção à interdisciplinaridade, à autonomia no processo de aprendizagem e ao trabalho em pequenos grupos. Adotam as metodologias ativas da Problemática e do PBL, com processo de avaliação formativa e somativa.

O questionário RIPLS evidenciou que os estudantes mostram-se favoráveis à prática colaborativa, com atitudes positivas para o trabalho em equipe, disponibilidade para o aprendizado compartilhado e colaboração com estudantes de outras profissões.

Nas entrevistas os alunos destacaram a prática na ESF, que se vale do trabalho interprofissional. Enfatizaram a construção do conhecimento junto com as equipes para a discussão de problemas da coletividade. Consideram que a

organização curricular possibilita o aprendizado e que o apoio organizacional é um componente necessário para a prática colaborativa. Entretanto, os entrevistados também mencionaram fragilidades na articulação da parceria ensino-serviço, o que requer novos direcionamentos para a efetivação de diretrizes que considerem a EIP no processo de formação.

A reflexão das responsabilidades e do papel de cada membro da equipe com clareza, além do apoio mútuos durante a formação, permite o reconhecimento da prática colaborativa e das relações de interdependência entre os membros da equipe para a melhoria da qualidade de saúde da população.

5.4.4 A IDENTIDADE PROFISSIONAL DE ENFERMEIRAS E MÉDICOS

A EIP requer a participação ativa do aluno e a formação baseada em casos reais. Os resultados do presente estudo indicam que os PP dos cursos de Enfermagem e Medicina da Famema visam à formação de profissionais autônomos, que buscam o próprio conhecimento e são estimulados a pensar e a ser críticos.

A mudança de postura do estudante, de passivo para ativo, em decorrência do uso de metodologias ativas é fundamental para a construção da identidade dos profissionais de saúde.

Nos documentos institucionais analisados, a autonomia dos sujeitos foi destacada, assim como a articulação dos recursos cognitivos, afetivos e psicomotores, tendo como objetivo a resposta conjunta dos profissionais da saúde, com diferentes conhecimentos, às necessidades de saúde da coletividade.

A melhoria da qualidade do atendimento também foi evidenciada na análise documental, especialmente na questão três do questionário CAIPE, que ressalta como uma das principais ações a elaboração de planos de cuidado organizados a partir das necessidades locais junto às equipes da ESF através de ações conjuntas: discussões de casos, intervenções junto às famílias e coletividades no desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e manutenção

da saúde, a fim de contribuir para melhora na qualidade do atendimento à população.

O questionário RIPLS possibilitou identificar que no domínio IP os estudantes apresentam atitude favorável à autonomia profissional e à organização dos objetivos para cada profissão. Os processos de socialização são essenciais para a compreensão da identidade profissional, por meio da inserção das profissões no mercado de trabalho e da influência da organização do trabalho nos modelos assistenciais reconhecidos no cotidiano do processo de aprendizagem.

As entrevistas ampliaram os achados da RIPLS, permitindo identificar o processo de reflexão sobre a identidade profissional com a postura crítica e autonomia para a construção do conhecimento dos estudantes. Revelaram que os estudantes na Famema têm oportunidades para entender os papéis e as contribuições dos diferentes profissionais que trabalham juntos em um ambiente de prática real, como membros da equipe de saúde. Os estudantes revelaram perceber que a proposta curricular prevê a formação profissional para o trabalho em equipe interprofissional para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com consciência crítica e reflexiva sobre o processo saúde-doença.

A subcategoria *Atenção Centrada no Paciente* ressalta a importância do trabalho articulado com o serviço e com a instituição formadora para promoção de práticas interdisciplinares com foco na integralidade do cuidado. A centralização nas necessidades do paciente, visando à melhoria dos resultados em saúde, corresponde à segunda categoria apreendida nas entrevistas e remete a uma prática com foco no paciente, ao planejamento das ações e à qualidade do atendimento, em decorrência da confiança e da colaboração entre os profissionais.

Os estudantes da Famema são expostos às interações diretas com trabalhadores de outras profissões e, dessa forma, podem aprender com e sobre várias profissões desde o início de seus estudos, o que favorece sua compreensão sobre o valor e o significado do trabalho em saúde. A EIP capacita os alunos a estabelecer relações de trabalho mais eficazes porque busca desenvolver

competências de comunicação, com a participação de diferentes profissionais na tomada de decisão, utilizando problemas reais de aprendizagem.

A figura 7 apresenta os limites encontrados para a EIP na Famema: *A fragilidade na Parceria Ensino-Serviço, A Desarticulação entre as séries dos cursos de Enfermagem e Medicina, A insegurança dos estudantes frente às Metodologias Ativas no início do curso e A falta de participação do usuário no processo de Ensino e Aprendizagem.*

Figura 7 – Limites para EIP na Famema.

Fonte: Elaborado pela autora.

5.4.5 A FRAGILIDADE NA PARCERIA ENSINO-SERVIÇO

Diante da insuficiência de recursos humanos e de práticas colaborativas nos serviços de saúde, a fragilidade na parceria ensino-serviço torna-se um importante objeto de investigação, para aproximar a formação das necessidades do campo de atuação em saúde e construir a integração efetiva entre os profissionais e os estudantes para formar trabalhadores comprometidos com os princípios e as diretrizes do SUS.

A parceria ensino-serviço é fundamental na construção coletiva do aprendizado. Na Famema, o planejamento é compartilhado em reuniões que permitem a troca de informação entre os gestores do serviço e a academia. Entretanto, a interação durante as atividades no cenário de prática ainda requer investimentos para que os esforços individuais sejam integrados a objetivos comuns, de forma articulada e corresponsável.

Os resultados evidenciam a fragilidade na parceria ensino-serviço para EIP na ótica de alguns estudantes, embora sua inserção nos contextos de prática ocorra desde o início dos cursos, com ampla contribuição das equipes de ESF no acompanhamento das reflexões no cotidiano da Unidade e participação nos processos de avaliação dos estudantes. Não obstante, os estudantes referem falta de participação dos profissionais e indisponibilidade dos membros da equipe em favorecer atividades em conjunto na APS, o que resulta em fator limitante para EIP.

Os documentos institucionais analisados descrevem que a articulação ensino-serviço dá-se a partir das necessidades locais, com o propósito de contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade do atendimento. É mencionada a inserção do estudante nos contextos de prática e sua integração com a equipe multiprofissional desde o primeiro ano. Entretanto, não há clareza quanto à participação da equipe no processo, na organização das atividades e as contribuições não são pactuadas entre o ensino e o serviço. O questionário RIPLS não evidencia claramente este aspecto.

Nas entrevistas foi mencionada a falta de participação dos profissionais da USF nas atividades com os estudantes e do usuário no planejamento do cuidado, o que dificulta a construção do aprendizado efetivo das competências interprofissionais. As dificuldades de gestão na organização dos serviços em relação a definição dos papéis de cada profissional, a sobrecarga de alguns membros da equipe no processo de cuidado também foram destacadas como prejudiciais ao trabalho em equipe. Os estudantes também identificam descompassos na parceria ensino-serviço, como a rotatividade dos profissionais, as práticas individuais e falta de planejamento das equipes para realizar atividades compartilhadas. Ou seja, foram

encontrados limites na articulação do apoio organizacional entre os gestores da academia e os dos serviços de saúde, articulação essa que é fundamental para a sustentação da EIP. No conjunto de relatos, constata-se baixa participação dos profissionais do serviço nas ações educativas e no planejamento educacional.

É necessário que o contrato de interação ensino-serviço possa buscar realizar atividades comuns nas unidades, com a participação das equipes e dos usuários no planejamento do processo de aprendizagem a fim de proporcionar a efetiva parceria entre as instituições.

5.4.6 A DESARTICULAÇÃO ENTRE AS SÉRIES

Muitas têm sido as mudanças implementadas na formação de enfermeiras e médicos na Famema para superar o modelo tradicional de ensino. Atualmente, a organização curricular está voltada para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes dos estudantes, em que a centralidade das práticas educacionais ocorrem na APS, com a inserção dos estudantes dos dois primeiros anos de forma integrada em contextos de prática profissional. Entretanto, estudantes de ambos os Cursos apontam em seus relatos dificuldades na articulação entre as séries.

Os documentos institucionais evidenciaram que o processo formativo ocorre por meio do currículo integrado e orientado por competência dialógica. Os estudantes são divididos em pequenos grupos para as atividades organizadas em unidades fundamentadas em metodologias ativas de ensino e aprendizagem significativa, que se distribuem longitudinalmente ao longo do ano: as unidades educacionais sistematizadas (UES) e as unidades de prática profissional (UPP). Evidenciaram ainda que o processo educacional considera as experiências do grupo para a construção de novos saberes, por meio da articulação teoria e prática, buscando preparar os estudantes para o trabalho em equipe, articulando os propósitos educacionais às necessidades individuais e coletivas da população.

O questionário RIPLS não tem o objetivo de avaliar se ocorre articulação entre as séries, não sendo possível observar esse dado nessa etapa do estudo.

Entretanto, essa dificuldade revelou-se nos relatos dos estudantes. Estes, reconheceram como potencialidade do curso o uso das metodologias ativas de aprendizagem, com a finalidade de formar um profissional crítico, tendo como base na formação voltada para as necessidades de saúde população em cenários de prática da APS. Entretanto, consideram que as séries deveriam estar mais articuladas.

Os estudantes do Curso de Enfermagem identificam a desarticulação das séries como um ponto negativo no que se refere à compreensão das necessidades de saúde no primeiro e no segundo anos do Curso que, no terceiro ano, modifica-se completamente e passa a ser organizado pelas práticas de enfermagem e, no quarto ano, pela Sistematização da Enfermagem, o que dificulta a superação da dicotomia teoria e prática.

Os relatos dos estudantes do curso de Medicina consideram que deveriam retornar à APS ao final do curso, o que lhes permitiria aprofundar os conhecimentos adquiridos nos primeiros anos e ampliar a prática do trabalho em equipe. Em sua opinião, a integração das séries, com eixo na APS, favorece a formação generalista e a formação ampliada do profissional da saúde, razão pela qual sentem necessidade de mudanças na organização curricular.

Assim, a fragilidade na construção curricular para integração das séries e o desenvolvimento de competências ao longo da formação dos estudantes em graus crescentes de complexidade e autonomia representam desafios a serem superados na Instituição. O desenvolvimento curricular é um processo reflexivo e dinâmico, orientado pela necessidade de mudança no modelo de atenção a saúde e de formação profissional, frente às necessidades dos estudantes para desenvolver a capacidade de atuar em equipe em resposta às necessidades de saúde da população.

5.4.7 A INSEGURANÇA DOS ESTUDANTES FRENTE ÀS METODOLOGIAS ATIVAS NO INÍCIO DO CURSO

No contexto das metodologias ativas, o conhecimento precisa ser construído por meio da interação com o que se pretende aprender, baseado tanto na solução de problemas quanto no desenvolvimento de projetos comuns entre ensino-serviço, que estimulem o pensamento crítico e reflexivo dos sujeitos do processo de ensino e aprendizado, possibilitando a integração entre a teoria e a prática.

As competências descritas nos documentos da Instituição apontam para a construção curricular com a participação ativa dos estudantes em pequenos grupos, em ações interprofissionais em cenários de prática na APS que possibilitam a autonomia para construção do conhecimento. As metodologias ativas são estratégias para o enfrentamento das mudanças necessárias no cenário educacional, possibilitando a intervenção e transformação das práticas em saúde.

Nos documentos institucionais a autonomia do estudante foi evidenciada, consoante com a busca de superação do modelo tradicional de formação, voltado para organização de conteúdos disciplinares. A combinação de abordagens metodológicas, com a adoção de métodos mistos, que privilegiam a organização de conteúdos essenciais, especialmente na formação do médico, foi apontada como um caminho de superação dos limites encontrados.

No questionário RIPLS não foi possível identificar dificuldades em relação ao método utilizado. Entretanto, nas entrevistas constatou-se a insegurança dos estudantes com o uso das metodologias ativas, principalmente no início dos cursos. Na ótica dos estudantes, as dificuldades com o método constituem uma fragilidade. A mudança abrupta do modelo tradicional para a utilização de metodologias ativas enfrenta resistências e requer adaptação. Disso decorre a insegurança por parte dos estudantes com relação ao método adotado na Instituição, relacionada com necessidade de mudança da postura passiva para ativa, ao assumir a responsabilidade pelo próprio aprendizado, buscando ativamente o conhecimento.

Há consenso dos estudantes quanto à falta de conteúdo no início dos Cursos, o que gera dúvidas em relação ao aprendizado e requer um grande esforço dos estudantes para superação dessa dificuldade, especialmente nos primeiros anos.

5.4.8 A FALTA DE PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM

A participação do usuário no processo de ensino-aprendizagem não aparece no planejamento dos cursos, quer na análise documental, quer nos relatos dos estudantes, o que revela a centralidade da participação nos profissionais no cuidado em saúde. Entretanto, para que a atenção a saúde seja efetiva, é fundamental a participação do usuário e sua família, compartilhando responsabilidades na construção do cuidado.

A despeito da busca contínua pela participação de usuários e famílias no planejamento do cuidado nos serviços de saúde, este é um limite a ser superado na no que diz respeito ao aprendizado do estudante Famema. A investigação permitiu compreender que nos espaços de formação do profissional de saúde há falta de participação do usuário no processo de ensino e aprendizagem. Tal constatação colide com as diretrizes para o SUS, em que a participação popular é uma premissa de fundamental importância para formação profissional. Nos documentos institucionais analisados não está prevista a participação dos usuários no planejamento e no acompanhamento das atividades de ensino e aprendizagem, indicando persistência do modelo de organização centrado na doença, com práticas autoritárias e limitadas para a promoção da saúde.

O questionário não revelou qual a participação dos usuários na prática educativa, sendo importante que novas pesquisas venham contribuir para o reconhecimento desse aspecto para a EIP. Nas entrevistas, a falta de participação dos usuários nas atividades acadêmicas não foi mencionada como dificuldade para a construção do aprendizado e das competências interprofissionais. A falta de clareza em relação à participação popular aponta para necessidade de ampliar o diálogo com a população.

Ao desconsiderar a participação popular, as relações profissionais entre os trabalhadores e os usuários dos serviços saúde assumem uma perspectiva vertical que só será superada quando as práticas em saúde levarem em conta o usuário como sujeito, superando os limites da falta de autonomia, protagonismo e diálogo entre a educação em saúde e a participação popular.

Finalmente, a integração dos resultados levou à organização dos seguintes macro-categorias: *A construção do aprendizado integrado com as equipes da Atenção Primária*, *A importância das metodologias ativas na construção da autonomia profissional*, *A formação da identidade profissional de forma interdependente entre as profissões* e *A participação do usuário na formação interprofissional dos profissionais da saúde*.

Figura 8 – Macro-categorias associadas à EIP na Famema.

Fonte: a autora.

6 DISCUSSÃO

A formação prevalente na área da saúde no Brasil é uniprofissional, pois as atividades educacionais na maioria das IES ocorrem apenas entre estudantes da mesma profissão e há pouca ou nenhuma interação com os colegas de outras profissões. Isso contribui para a criação de estereótipos e preconceitos e para a falta de reconhecimento das competências e das responsabilidades próprias de cada profissão. Esse cenário contrapõem-se à EIP e à prática colaborativa.⁷

A interprofissionalidade é um elemento essencial da EIP¹. Caracteriza-se, pelo desenvolvimento de práticas integradas entre profissionais de diferentes áreas e campos disciplinares que buscam desenvolver práticas de saúde integradas de acordo com as necessidades de saúde das coletividades. A atuação interprofissional requer conhecimentos, habilidades e atitudes e que favoreçam o funcionamento da equipe e a colaboração interprofissional ⁴⁸.

O aprendizado interprofissional prioriza a força de trabalho conjunta e a inserção em cenários de aprendizagem, visando à integração ensino-serviço e entre teoria e prática e reforçando a relevância da prática colaborativa entre os profissionais. Propõe a reorientação do trabalho em equipe, para que este se torne mais colaborativo. As práticas colaborativas são uma estratégia para o aumento do acesso universal à saúde, ao expandir ao máximo o alcance da prática de cada profissão⁴⁹.

Mudanças na formação, com participação ativa do estudante no processo de ensino e aprendizagem e reconhecimento de seu papel dentro da equipe, qualificam a força de trabalho e promovem o fortalecimento do SUS. A formação profissional pautada na prática colaborativa interprofissional possibilita a interação dos estudantes com a prática na ESF e em processos grupais. O compartilhamento de objetivos comuns, a construção coletiva do saber, o clima da equipe e a clareza dos papéis possibilita aos estudantes valorizar o trabalho em equipe e o cuidado centrado no paciente⁷.

6.1 A CONSTRUÇÃO DO APRENDIZADO INTEGRADO COM AS EQUIPES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

O trabalho em equipe é um tema amplamente discutido como ferramenta para melhorar as práticas de saúde, em resposta às mudanças na concepção da saúde e da doença e ao modo de organização dos serviços de saúde. No cenário mundial de formação dos profissionais da saúde, essas mudanças objetivam superar o modelo uniprofissional de formação em saúde³².

Na APS, uma equipe de trabalho é composta por profissionais de várias áreas da saúde que possuem diferentes conhecimentos, atitudes, habilidades e capacidades de intervenção, movida pelas necessidades do paciente e seus familiares. Possibilita ampliar o acesso aos serviços de saúde e melhorar a qualidade da atenção, com base em comunicação, confiança e respeito mútuo⁵⁰.

Ao entrevistar os estudantes da Famema percebeu-se a importância que dão desenvolvimento da capacidade de trabalhar em equipe para resolução dos problemas de saúde locais pelas equipes da ESF. Fizeram referência à participação dos diferentes profissionais da saúde em sua formação integral. Também foi possível perceber a importância que atribuem a sua inserção nos contextos de prática da APS nas séries iniciais dos cursos, o que lhes permite vivenciar o trabalho em equipe. Desde o início do curso os estudantes são expostos ao trabalho em equipe, visando à formação profissional crítica e reflexiva, por meio da articulação entre teoria e prática.

Peduzzi define *equipe* como a integração dos profissionais no trabalho por meio da articulação das inúmeras ações dos diferentes profissionais e a comunicação efetiva entre os envolvidos, a fim de obter o entendimento mútuo para o planejamento do cuidado⁵¹. Na promoção do cuidado integral do paciente, o trabalho em equipe é um modo eficiente de desenvolver o trabalho colaborativo, particularmente quando os membros da equipe conhecem bem suas responsabilidades. Para os estudantes, a possibilidade de realizar o aprendizado junto a uma equipe de saúde permite entender o papel na equipe na efetividade do cuidado.

A comunicação é um aspecto central para o trabalho em equipe. Para Peduzzi, é importante que a comunicação entre profissionais faça parte do exercício cotidiano de trabalho e permita articular as inúmeras ações na equipe, no serviço e na rede de atenção³². É uma das competências necessárias para a prática colaborativa⁵².

Os achados do estudo mostraram que a organização em pequenos grupos para realizar as atividades acadêmicas facilita o vínculo, a troca de saberes e a comunicação efetiva. A construção de vínculo, para assegurar a capacidade de escuta e negociação frente as diferentes perspectivas e vivências de usuários e profissionais da saúde, contribui para a construção do projeto terapêutico e a tomada de decisão para o cuidado em saúde⁵³.

As competências apresentadas pela CIHC (2010) também enfatizam a importância da comunicação nas equipes de saúde, identificando seis domínios de competências comuns para todos profissionais: comunicação interprofissional, atenção centrada no usuário, clareza de papéis, dinâmica de funcionamento em equipe, liderança colaborativa e resolução de conflitos¹⁷.

A comunicação e as negociações entre os profissionais valorizam os conhecimentos e as contribuições de cada um dos envolvidos nos cuidados dos usuários, famílias, grupos sociais e coletividades⁵⁴. Os estudantes entrevistados reconhecem que a formação interprofissional é capaz de promover mudanças, qualificação e melhorias nas práticas profissionais e nos resultados de saúde da população. As entrevistas revelaram ainda a importância das instituições de ensino e dos serviços incentivarem a EIP na equipe, com o reconhecimento e a valorização do trabalho de todos os profissionais, buscando promover a tomada de decisão compartilhada para a prática compartilhada de trabalho.

Ficou claro, entretanto, que a falta de participação das equipes locais no processo de decisão e no planejamento dos aspectos da formação dos estudantes dificulta a troca de saberes e a compreensão acerca dos papéis desempenhados pelos membros da equipe de saúde.

O trabalho coletivo organiza-se em torno de um objetivo comum, qual seja, as necessidades de saúde de indivíduos, famílias, grupos sociais e coletividades e também deve ocorrer de forma articulada e corresponsável entre a equipe de saúde e os estudantes⁵⁴.

A prática colaborativa, por meio de planejamento, intervenção e avaliação das ações de saúde, mostra-se mais resolutiva no que toca à integralidade do cuidado, pois contribui para superar o modelo fragmentado das práticas em saúde. Em vários países, as associações nacionais e os órgãos reguladores das profissões de saúde recomendam a adoção de competências essenciais para a prática colaborativa, sendo esta o domínio central sob o qual as competências estão organizadas^{55,38}.

A prática colaborativa visa ainda à melhoria na comunicação, o que favorece o trabalho em equipe. Um conjunto de profissionais de diferentes áreas, atuando com interdependência, integração, clareza de papéis e identidade de equipe, é capaz de compartilhar objetivos, valores e responsabilidades e assim tem possibilidade de conferir maior resolubilidade aos serviços de saúde ao atender as necessidades de saúde da população.⁵⁵⁻⁹

Esta investigação revelou que os cursos de Enfermagem e Medicina da Famema estão voltados para a formação de profissionais capazes de produzir práticas de saúde mais eficazes frente aos desafios da área da saúde, considerando as mudanças dos perfis epidemiológicos, como o aumento da expectativa de vida e das condições crônicas. Os estudantes dos dois cursos reconhecem que o trabalho em equipe e a prática colaborativa possibilita a complementaridade de saberes e ações entre a equipe, na perspectiva do cuidado integral.

6.2 A IMPORTÂNCIA DAS METODOLOGIAS ATIVAS NA CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA PROFISSIONAL

O Marco de Ação sobre Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, publicado em 2010 pela OMS, contextualiza os sistemas de saúde existentes e compromete-se com a implementação dos princípios da EIP e a prática colaborativa. Segundo o *Marco*, o aprendizado deve utilizar metodologias ativas com o intuito formar profissionais para alcançar competências essenciais para o trabalho em equipe, eficazes para atuar em sistemas complexos de saúde⁹.

As metodologias ativas compreendem estratégias de ensinar e aprender nas quais o estudante é ativo, capaz de desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes críticas e reflexivas, coerente com as mudanças sociais^{60,61}. Em programas educacionais interprofissionais, a adoção de metodologias ativas favorece o desenvolvimento das competências interprofissionais necessárias ao futuro profissional que assumirá a responsabilidade de se integrar a equipes de trabalho em saúde⁶⁰.

Os resultados deste estudo indicam a efetividade da abordagem dialética de ensino e aprendizagem adotada pela Famema, que utiliza metodologias ativas para a formação de profissionais autônomos e postura crítica frente aos desafios impostos pelo trabalho em saúde. A autonomia na construção do conhecimento foi destacada nos relatos dos estudantes na busca pelo conhecimento, contribuindo para a construção do pensamento crítico.

Os programas educacionais interprofissionais, que buscam desenvolver conhecimentos e habilidades colaborativas desde os anos iniciais da formação, favorecem o aprendizado com enfoque no cuidado integral. A formação na área da saúde deve incluir as várias dimensões do cuidado para responder à complexidade das necessidades de saúde.

O currículo adotado em 2003 pela Famema, orientado por competência dialógica, busca desenvolver nos estudantes atitudes éticas, políticas e técnicas com conhecimento e responsabilidade para intervir em contextos complexos de saúde⁶¹.

Os documentos institucionais dos cursos da Famema propõem metodologias ativas de ensino e aprendizagem com o objetivo de formar sujeitos autônomos. Para isso, o processo de ensino e aprendizagem considera o estudante sujeito desse processo, capaz de construir seu conhecimento e trabalhar em equipe. Nesse modelo, o professor passa a ser um facilitador na construção do saber e do trabalho colaborativo.

Os objetivos dos programas na IES estudada buscam desenvolver a responsabilidade do estudante para a construção da autonomia, a fim de obter conhecimento na área de competência, aliado ao compartilhamento das experiências de aprendizado com diferentes áreas, por meio de discussões de casos concertos, integrando equipes de saúde, para que possa ter a oportunidade de atuar com uma equipe no planejamento e tomada de decisão em saúde, favorecendo a construção interprofissional.

Novas abordagens pedagógicas capazes de mobilizar a autonomia na construção do conhecimento para o trabalho em saúde como prática social têm sido amplamente estudadas para responder aos princípios do SUS. A estratégia utilizada na Famema está alinhada às metodologias inovadoras propostas para a formação de enfermeiras e médicos, pautadas no conceito de autonomia.

Um aspecto do currículo da Famema é a organização do processo de aprendizagem em contextos reais de prática e a vivência em pequenos grupos dos problemas do território junto às equipes da ESF, possibilitando a aquisição de conhecimento e o desenvolvimento de atitudes com base na atuação de cada membro da equipe da APS. Entretanto, o estudo evidenciou a insegurança dos estudantes em relação ao método adotado, especialmente no início dos cursos.

Há consenso entre os estudantes quanto à falta de conteúdos, apontada como uma dificuldade nos primeiros anos. Para superar esse limite, sugerem mudanças na organização curricular, com a adoção de métodos mistos de ensino e aprendizagem.

Os estudantes de ambos os cursos na Famema passam por avaliações formativas e somativas. Os documentos institucionais evidenciam que a avaliação ocorre de forma contínua, com a utilização de instrumentos padronizados que avaliam os estudantes, os docentes e os grupos de aprendizagem em um processo de sucessivas aproximações, em um movimento de ação, reflexão e ação, utilizando avaliação construtivista por meio do referencial de competência dialógica⁵.

O Centro para o Avanço da Educação Interprofissional (CAIPE) enfatiza a importância da avaliação processual, sugerindo que sejam usados tanto processos de avaliação formativa quanto somativa. A avaliação formativa oferece um retorno inicial aos alunos para garantir que saibam o que é esperado deles e possam avançar em seu aprendizado. A avaliação somativa contribui para a construção individual do estudante e compõe o conceito final de satisfatório ou insatisfatório¹⁶.

Os resultados da investigação revelaram que a Famema adota um modelo de avaliação que se aproxima das orientações da CAIPE, referência mundial em EIP. Nos documentos institucionais e nas entrevistas há achados em relação à avaliação somativa e formativa dos estudantes. A avaliação da efetividade da EIP e dos contextos educativos é um campo complexo que exige ações contínuas para garantir bons resultados e, portanto, deve ser sistematicamente realizada¹.

As IES e os serviços de saúde devem se comprometer com a eficácia da EIP na forma de apoio organizacional que deve incluir liderança na condução do processo, conhecimento, experiência com essa abordagem e formação de um corpo docente proativo que incentive os estudantes a assumir uma postura crítica frente às necessidades de saúde da população.

Os resultados de aprendizagem por meio de metodologias ativas estão relacionados a conceitos como: a dinâmica do trabalho em pequenos grupos, comunicação interprofissional, tomada de decisão centrada nas necessidades do paciente, problemas reais de aprendizagem e valores éticos associados à colaboração interprofissional^{9, 26,38,58}.

6.3 A FORMAÇÃO DA IDENTIDADE PROFISSIONAL DE FORMA INTERDEPENDENTE ENTRE AS PROFISSÕES

Na perspectiva da EIP, todos os profissionais da saúde devem estar preparados para integrar equipes de saúde centradas nas necessidades da população, respeitando os saberes e as práticas das diferentes profissões. A IES estudada apresenta condições favoráveis e há prontidão dos estudantes no domínio IP em ambos cursos segundo a análise quantitativa.

A identidade profissional evidenciada não está atribuída a uma categoria profissional, mas à autonomia profissional para organização de cada profissão. As pesquisas nacionais e internacionais acerca da EIP evidenciam que está ocorrendo mediante a importância atribuída ao trabalho em equipe e à autonomia dos sujeitos para a prática colaborativa, com a identificação de papéis e responsabilidades de cada membro da equipe para o cuidado integral³¹.

A EIP tem como características essenciais não só o trabalho em equipe e o reconhecimento dos papéis profissionais, para que se identifiquem as especificidades de cada profissão, mas também as competências compartilhadas e o compromisso entre os sujeitos envolvidos em buscar a resolução de problemas e a negociação na tomada de decisão, em uma perspectiva colaborativa³³.

A instituição estudada favorece a construção da identidade profissional baseada em competências interprofissionais, em conformidade com os estudos de Barr, em que o aprendizado profissional e interprofissional complementam-se de maneira planejada e o estudante transita entre esses dois campos, permeado pela colaboração. A articulação das três competências - competências comuns a todas as profissões; competências complementares específicas e competências próprias de cada área profissional - possibilita que os profissionais colaborem dentro de sua própria categoria profissional, assim como com outras profissões²².

A EIP requer o preparo individual para a colaboração, o que implica na valorização de cada profissional, com seus conhecimentos e habilidades específicas, reconhecendo que há necessidade de múltiplos saberes para a

construção da prática colaborativa entre profissões, a fim de promover o cuidado integral. Dessa maneira, o aprendizado constrói-se de forma interativa entre as diferentes profissões¹.

Os papéis de cada profissional dentro da equipe foram identificado pelos estudantes, com a percepção de que a autonomia dos diferentes membros da equipe, em atuação complementar, favorece a EIP. As entrevistas revelaram que a interação com os diferentes profissionais da APS possibilita maior efetividade das práticas em saúde, com vistas ao atendimento integral do paciente.

A ampliação do olhar do profissional em formação na Famema também aparece nos currículos dos Cursos, que buscam romper com o modelo fragmentado por meio da valorização da autonomia do estudante e do papel do docente, que atua como facilitador na construção do conhecimento do aluno, visando à aprendizagem reflexiva. Entretanto, emergiram sentimentos de desigualdade entre os cursos, com desvalorização dos estudantes de Enfermagem.

A abordagem biomédica é realidade em grande parte dos serviços de saúde, com o predomínio da atuação isolada dos profissionais diante das necessidades de saúde da população. O desafio das IES é ampliar as discussões em relação ao processo de ensino e aprendizagem, a fim de fortalecer a formação interprofissional e superar os modelos predominantes de educação e prática uniprofissional.

Autores afirmam que os avanços na IES referem-se às estratégias de reestruturação das relações de poder para formação privilegiando as relações horizontais. A integração dos cursos na instituição estudada ocorre com a participação dos dois cursos nas atividades de UPP, com aprendizagem problematizadora e interativa ⁶. Os cursos adotam a ABP e a problematização como metodologia de ensino, que têm como característica essencial a interação de saberes e relações no processo de aprendizagem⁶².

6.4 A PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NA FORMAÇÃO INTERPROFISSIONAL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.

Um aspecto essencial na prática colaborativa é a Atenção Centrada no Paciente, terminologia utilizada para designar a formação dos estudantes diante das necessidades de saúde dos usuários e familiares, que auxilia no deslocamento do foco dos futuros profissionais da saúde para a perspectiva da integralidade. Essa temática é descrita na literatura como um domínio essencial para EIP na formação interprofissional que contribui para a formação do estudante para a prática colaborativa⁶³.

A perspectiva ampliada do cuidado em saúde está vinculada ao cuidado integral, ao estabelecimento das relações horizontais, pautadas na humanização, na comunicação efetiva e na valorização do vínculo entre profissionais da saúde e usuários, famílias, grupos sociais e coletividades, considerando a subjetividade dos envolvidos na construção do cuidado. A tomada de decisão compartilhada na organização dos serviços de saúde contribui para formação interprofissional.

A interprofissionalidade é considerada uma estratégia importante no cuidado centrado no paciente, cujos resultados positivos são demonstrados por meio do aumento da satisfação no trabalho, aumento da capacidade da equipe para resolver problemas complexos e da capacidade de utilizar outros recursos. A adoção da EIP tem sido fundamental para modificar o modelo de atenção prevalente nos serviços da APS⁶⁴.

A participação do usuário no processo do cuidado expressa a necessidade de romper com a prática prescritiva, as relações verticais amplamente utilizadas nos serviços de saúde para organização do cuidado para possibilitar a autonomia e a subjetividade do paciente no planejamento das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, considerando os determinantes sociais do processo saúde e doença⁶⁵.

Entretanto, a participação do usuário no processo de ensino e aprendizagem não aparece no planejamento dos cursos da IES investigada, quer na

análise documental, quer nas entrevistas com os estudantes, o qual revela a centralização da participação por profissionais da saúde, sugerindo a persistência de práticas hegemônicas centradas no modelo biomédico. A incorporação de usuários, famílias, grupos sociais e coletividades é fundamental no planejamento do ensino, assim como é fundamental o compartilhamento de responsabilidades na construção do cuidado⁶⁶.

A integralidade do cuidado ocorre por meio da participação efetiva dos usuários e equipe de saúde, através de ações conjuntas ensino-serviço propicia a integração.

A inserção dos estudantes no início de ambos os cursos na APS na Famema é destacada como importante para formação, entretanto as dificuldades na parceria ensino-serviço dificultam a construção do aprendizado⁵.

A expectativa de melhoria da qualidade do atendimento também foi evidenciada na análise documental, especialmente na questão três, que ressalta como uma das principais ações a elaboração de planos de cuidado organizados a partir das necessidades locais junto às equipes da ESF mediante ações conjuntas: discussões de casos, intervenções junto às famílias no desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e manutenção da saúde.

Outro aspecto avaliado foi que a parceria ensino-serviço é fundamental na construção coletiva do aprendizado. O planejamento compartilhado, com espaços para reuniões, trocas de conhecimentos e informações entre os estudantes e os membros da equipe oferecem apoio e garantem a interação e a comunicação necessárias ao trabalho em equipe. Dessa maneira, a interação durante as atividades nos contextos de prática possibilita agregar os esforços individuais em torno de objetivos comuns.

Dificuldades na articulação entre a IES e os serviços da APS impõem limites à EIP na instituição estudada. Estudos mostram a importância de todos os membros da equipe sentirem-se integrantes e responsáveis pelo cuidado,

apresentando competências para desenvolver a prática interprofissional colaborativa.

Os movimentos de mudanças curriculares no cenário nacional e internacional, influenciados pelo contexto social e histórico, buscam a participação efetiva de todos os sujeitos nos contextos de prática - docentes, profissionais de serviço e população - com negociação, avaliação da parceria de ensino-serviço pelos dos gestores locais, no contexto da municipalização. Essa articulação possibilita a construção de projetos educacionais corresponsáveis por transformar o processo de trabalho^{67,68}.

Os achados acerca da participação dos profissionais do serviço no processo de formação revelam que sua participação parcial das atividades acadêmicas no campo produz impactos no trabalho em equipe e na avaliação dos estudantes. Os documentos institucionais indicam que a avaliação dos estudantes ocorre em conjunto entre docentes e profissionais da APS.

É necessário continuar investindo esforços no cenário político-educacional para a construção de relações ensino-serviço que valorizem as práticas colaborativas. É relevante fomentar a participação de usuários, famílias, grupos sociais e coletividades no planejamento do cuidado nos serviços de saúde. Na Famema essa questão é um limite a ser superado, visto que não há participação do usuário no planejamento das ações educativas.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há quase duas décadas a Famema busca imprimir avanços em sua proposta educacional de formação integral de estudantes de Enfermagem e Medicina, com vistas à superação do modelo tradicional de formação. Para isso, vale-se das metodologias ativas e do trabalho colaborativo interprofissional.

A presente investigação buscou identificar se a IES apresenta um contexto favorável à EIP. Partiu do pressuposto, que seu modelo de formação interprofissional é potente para a construção do conhecimento, de habilidades e atitudes dos estudantes necessárias ao trabalho colaborativo.

Os resultados das três etapas do estudo confirmaram que o processo de formação de enfermeiros e médicos na Famema está ancorado nas premissas da EIP. Está sintonizado, portanto, com as orientações da OMS que considera a necessidade de realizar a transição do modelo uniprofissional para a educação interprofissional como estratégia capaz de produzir impactos na crise mundial da força de trabalho em saúde. Segundo a OMS, à medida em que os profissionais são preparados para trabalhar em equipes interprofissionais, tornam-se mais capazes de desenvolver práticas colaborativas capazes de responder às necessidades locais de saúde, buscando promover o acesso aos serviços de saúde, a atenção integral e a equidade.

O investimento na formação interprofissional em cursos da área da saúde é uma estratégia eficiente de enfrentamento de problemas de saúde, favorecendo o cuidado centrado nas necessidades do usuário e a comunicação efetiva dentro das equipes. Busca superar a fragmentação das ações de saúde, por meio da construção coletiva de saberes e práticas interprofissionais.

As concepções pedagógicas e as metodologias de ensino e aprendizagem desenvolvidas na Famema objetivam alcançar mudanças e promover melhorias nas práticas de cuidado do SUS. A inserção dos estudantes no contexto da APS desde o primeiro ano contribui para o desenvolvimento das práticas

colaborativas, favorecendo as relações interpessoais e o compartilhamento de saberes entre os diferentes profissionais.

A análise documental identificou que os objetivos educacionais propostos pela Famema favorecem o desenvolvimento de competências comuns de forma coerente com as recomendações da OMS para a formação do profissional da saúde nos três focos da EIP propostos por Barr e colaboradores: a preparação individual para a colaboração, o cultivo da colaboração no grupo e na equipe e a melhoria dos serviços e a qualidade da assistência.

A análise estatística dos resultados da aplicação da RIPLS revelou que os estudantes apresentam competências colaborativas nos domínios de TEC, AP e ACP, com predisposição para a EIP nos três domínios analisados em ambos os cursos avaliados, com a média ligeiramente superior do curso de Medicina. Houve diferença significativa entre os grupos estudados, pois o grupo de estudantes do 1º ano do curso de Medicina apresentou valores maiores no domínio AP e TEC em relação aos demais estudantes de ambos os cursos.

As respostas do questionário RIPLS indicaram ainda a existência de condições favoráveis e prontidão dos estudantes para o desenvolvimento do trabalho em equipe em todos os anos investigados e em ambos os cursos, indicando atitude positiva em relação à necessidade de compartilhar o conhecimento, trabalhar em equipe e melhorar a atenção a saúde nos serviços de saúde.

As entrevistas com os estudantes mostraram que as práticas pedagógicas na Famema alinham-se às premissas da EIP, especialmente na valorização das metodologias ativas, que possibilitam o desenvolvimento de habilidades, conhecimentos e atitudes fundamentais para atuar em equipe nas necessidades de saúde dos usuários dos serviços de saúde. Ainda assim, nem sempre a parceria ensino-serviço possibilita um cenário favorável à EIP e parte da insegurança dos estudantes decorre da falta de articulação entre ensino e serviço para a formação profissional.

A inserção do estudante na APS, com compartilhamento de saberes e tomada de decisão, também se mostra favorável à construção da prática colaborativa, possibilitando o aprendizado de competências comuns e compartilhadas.

Foi possível verificar que o currículo por competência, somado ao uso de metodologias de ensino e aprendizagem, tem impacto positivo no desenvolvimento da EIP. No entanto, novas pesquisas são necessárias para explorar outros aspectos que podem determinar resultados educacionais no contexto da formação para o fortalecimento da EIP, como a ótica dos docentes, dos usuários e dos gestores da parceria ensino-serviço.

Embora seja necessário ampliar pesquisas para identificar as abordagens mais significativas e eficazes para a formação interprofissional, pode-se concluir que a IES investigada apresenta um contexto de ensino e aprendizagem favorável à EIP, na medida em que qualifica seus estudantes para a produção de práticas interprofissionais colaborativas centradas nos usuários, famílias, grupos sociais e coletividades.

REFERÊNCIAS

1. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, Freeth D. Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence. Oxford: Blackwell; 2005.
2. Carácio FCC. A formação do profissional de saúde para atuação em Atenção Primária [dissertação]. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2013.
3. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012.
4. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013 [citado 2017 abr 10];66(N. Esp.):158-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>.
5. Braccialli LAD. Os sentidos da avaliação do desempenho do estudante em um currículo por competência [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.
6. Feuerwerker LCM, Capozzolo AA. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo trabalho em saúde. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Hens AO, organizadores. Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 35-68.
7. 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.
8. 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 interdependente world. Lancet. 2010;376(9756):1923-58.
9. Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra; 2010.
10. Melo CMM. Divisão social do trabalho e enfermagem. São Paulo: Cortez; 1986.
11. Elder FC, Fonseca MRF. História da educação médica no Brasil. Cad ABEM. 2006;2:8-27.
12. Faculdade de Medicina de Marília; Instituto UniFamema/Oscip. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – PRÓ-SAÚDE: Famema em novas perspectivas: curso de enfermagem, curso de medicina. Marília; 2005.
13. Anderson ES, Kinnair D. Integrating the assessment of interprofessional education into the health care curriculum. J Taibah Univ Med Sci. 2016;11(6):552-8.

14. Barr H. Interprofessional education: the genesis of a global movement. London: Centre for Advancement of Interprofessional Education; 2015.
15. Barr H, Low H. Introducing interprofissional education. Fareham: Centre for The Advancement of Interprofessional Education (CAIPE); 2013.
16. Barr H, Gray R, Helme M, Low H, Reeves S. Interprofessional education guidelines. Fareham: CAIPE; 2016.
17. Canadian Interprofessional Health Collaborative. A national interprofessional competence framework. Vancouver; 2010.
18. Canadian Interprofessional Health Collaborative. Interprofessional education & core competencies: literature review. Vancouver; 2007.
19. Patel Gunaldo T, Brisolara KF, Davis AH, Moore R. Aligning interprofessional education collaborative sub-competencies to a progression of learning. *J Interprof Care*. 2017;31(3):394-6.
20. Barr H, Gray R, Helme M, Low H, Reeves S. Steering the development of interprofessional education. *J Interprof Care*. 2016;30(5):549-52.
21. Tamayo M, Besoain-Saldaña A, Aguirre M, Leiva J. Teamwork: relevance and interdependence Interprofessionaleducationdevelopment: not for the faint of heart of interprofessionaleducation. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:1-10.
22. Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprof Care*. 1998;12(2):181-7.
23. Wagner SJ, Reeves S. Milestones and entrustable professional activities: the key to practically translating competencies for interprofessional education? *J Interprof Care*. 2015;29(5):507-8.
24. Thistlethwaite JE, Forman D, Matthews LR, Rogers GD, Steketee C, Yassine T. Competencies and frameworks in interprofessional education: a comparative analysis. *Acad Med*. 2014;89(6):869-75.
25. Interprofessional Education Collaborative. Core competencies for interprofessional collaborative practice: 2016 update [Internet]. Washington; 2016 [cited 2017 Mar 10]. Available from: <http://hsc.unm.edu/ipe/resources/ipec-2016-core-competencies.pdf>
26. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. [Internet]. 2013 [cited 2017 Jan 17];3:1-47. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>

27. Sunguya BF, Hinthong W, Jimba M, Yasuoka J. 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*. 2014;9(5):1-17.
28. O'Rourke J, Brown B. Introducing the interprofessional education collaborative competency domains through a dentistry and nursing partnership. *Clin Simul Nur*. 2017;13(3):102-5.
29. Costa MV. A educação interprofissional como abordagem para reorientação da formação profissional em saúde [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2014.
30. Costa MV, Vilar MJ, Azevedo GD, Reeves S. Interprofessional education as an approach for reforming health professions education in Brazil: emerging findings. *J Interprof Care*. 2014;28(4):379-80.
31. Silva JAM, Peduzzi M, Orchard C, Leonello VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(2):16-24.
32. Peduzzi, M. O SUS é interprofissional. *Interface Comun. Saúde Educ*. 2016;20(56):199-201.
33. Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Cad FNEPAS*. 2012;2(1):25-8.
34. Batista NA. A educação interprofissional na formação em saúde. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Hens AO, organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 59-67.
35. Miranda Neto MV. Limites e potencialidades da residência multiprofissional em saúde para a educação interprofissional [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.
36. Forte FDS, Moraes HGF, Rodrigues SAG, Santos JS, Oliveira PFA, Moraes MST, et al. Educação interprofissional e o programa de educação pelo trabalho para a saúde/Rede Cegonha: potencializando mudanças na formação acadêmica. *Interface (Botucatu)*. 2016;20(58):787-96.
37. Nuto SAS, Lima Júnior FCM, Camara AMCS, Gonçalves CBC. Avaliação da disponibilidade para aprendizagem interprofissional de estudantes de ciências da saúde. *Rev Bras Educ Méd*. 2017;41(1):50-7.
38. Reeves S, Fletcher S, Barr H, Birch I, Boet S, Davies N, et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education. *BEME Guide No. 39. Med Teach*. [Internet]. 2016 [cited 2017 Jan 17];38(7):656-68. Available from: <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>.

39. Deslandes SF, Assis SG. Abordagem quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadoras. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 195-226.
40. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
41. Peduzzi M, Norman I, Coster S, Meireles E. Adaptação transcultural e validação da Readiness for Interprofessional Learning Scale no Brasil. Rev Esc Enferm USP. 2015;49(N. esp. 2):7-15.
42. Barr H. Ensuring quality in interprofissional education. CAIPE *Bulletin*. 2003; 22: p.2-3.
43. Sá-Silva JR, Almeida CD, Guindani JF. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. Rev Bras Hist Ciênc Sociais. 2009;1(1):1-15.
44. The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), versão 9.4. SAS Institute Inc, Cary, NC, USA. Minitab 16
45. Conover WJ. Practical nonparametric statistics. 3ª ed. Nova Iorque: John Wiley & Sons Inc., 1999.
46. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2012.
47. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
48. Pullon S, Morgan S, Macdonald L, McKinlay E, Gray B. Observation of interprofessional collaboration in primary care practice: a multiple case study. J Interprof Care. 2016;30(6):787-94.
49. Pan American Health Organization. Strategy for universal access to health and universal health coverage. [CD53.R14]. [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2014. [cited Feb 11, 2017]. Available from: <https://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/technical-information/26-strategy-for-universal-access-to-health-and-universal-health-coverage/file>
50. D'Amour D, Ferrada-Videla M, Martín-Rodríguez L, Beaulieu M-D. The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. J Interprof Care. 2005;19(Suppl 1):116-31.
51. Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: Pereira IB, Lima JCF organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 419-26.
52. Interprofessional Education Collaborative (IPEC) Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: report of an expert panel

[Internet]. Washington; 2011 [cited 2014 Abr 4]. Disponível em: <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/IPECReport.pdf>

53. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2007 [cited 2018 Nov. 17];12(4):849-59. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S141381232007000400007>.

54. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2009;8(3):1-31.

55. Morgan, S, Pullon, S, Mckinley E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. Int. J. Nurs. Stud. 2015;52(7):1217-30.

56. San Martín-Rodríguez I, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. Journal of Interprofessional Care. 2005;(Supl1):132-47.

57. West M, Lyubovnikova J. Illusion of team working in health care. Journal of Health Organization and management. 2013;27(1):134-42.

58. Agreli HLF. Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe e a Atenção Primária à Saúde [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

59. Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. J Interprof Care. 2018;32(1):1-3.

60. Almeida Filho N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. Saúde Pública. 2010;26(12):2234-49.

61. Aguiar-da-Silva RH; Scapin LT, Batista NA. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. Avaliação. 2011;16(1):167-84.

62. Higa EFR et al. Caminhos da avaliação da aprendizagem ativa: visão do estudante de medicina. Revista Lusófona de Educação. [Internet]. 2018 [cited 2018 Nov 17];40(40). Disponível em: <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6441>

63. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2008;23(1):1-21.

64. Fox A, Reeves S. Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *J Interprof Care*. 2015;29(2):113-8.
65. Ayres J, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(40):67-81.
66. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000;51(7):1087-110.
67. Silveira CA, Paiva SMA. A evolução do ensino de enfermagem no Brasil: uma revisão histórica. *Ciênc. Cuid. Saúde*. [Internet]. 2011 [citado 2017 Nov 01];10(1):176-83. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6967/pdf>
68. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20(12):600-7.

ANEXO - READINESS FOR INTERPROFESSIONAL LEARNING SCALE(RIPLS)

1. A aprendizagem junto com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde?
2. Em última análise, os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes.
3. Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumentará minha capacidade de compreender problemas clínicos.
4. A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde, durante a graduação, melhoraria os relacionamentos após a graduação.
5. Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde.
6. A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais.
7. Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros.
8. Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde.
9. A aprendizagem compartilhada me ajudará a compreender minhas próprias limitações.
10. Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.
11. Não é necessário que estudantes de graduação da área da saúde aprendam juntos.
12. Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso.
13. A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais.
14. Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões da saúde.

15. A aprendizagem compartilhada ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.
16. A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe.
17. A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos
18. Preciso adquirir muito mais conhecimentos e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde.
19. Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu.
20. Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional (autonomia profissional).
21. Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional (objetivo clínico).
22. Minha principal responsabilidade como profissional será tratar meu paciente (objetivo clínico).
23. Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente (situação do paciente).
24. Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim (situação do paciente).
25. Procuro transmitir compaixão aos meus pacientes (situação do paciente).
26. Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto (situação do paciente).
27. Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes (situação do paciente).

APÊNDICES - APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA

Data de nascimento:

Sexo: [] masculino [] feminino

Formação: [] médico [] enfermeiro

Ano de ingresso no curso: _____

1. Por que você escolheu o curso de Enfermagem/Medicina? Essa foi a sua primeira opção?
2. E por que escolheu o curso de Enfermagem/Medicina da Famema? Foi sua primeira opção ou você prestou outros vestibulares?
3. Quando você escolheu o curso de Enfermagem/Medicina da Famema, você conhecia a proposta pedagógica?
 - Se sim, isso pesou na sua decisão? Favoravelmente ou negativamente?
 - Se não, quando você ficou sabendo dessa proposta pedagógica? O que achou?
4. Agora que você já está cursando Enfermagem/ Medicina, o que acha dessa proposta?
 - Você gosta de estudar junto com alunos de outro curso?
 - Quais os pontos positivos?
 - Quais os pontos negativos?
5. Se você pudesse, preferiria aprender somente com o grupo de enfermeiras/médicos?
 1. Você já foi para o campo de prática na ABS?
 2. Como foi sua inserção no campo?
 - O que você fez?
 - O que você mais gostou?
 - Quais os aspectos positivos?
 - Quais os aspectos negativos?
 3. Você teve oportunidade de trabalhar em conjunto com outros profissionais da ABS?
 4. O que achou dessa experiência?
 5. O trabalho em pequenos grupos que você tem no curso, ajudou quando você teve de atuar na ABS?
 - Se sim, por quê?
 - Se não, por quê?
 6. Se você pudesse mudar alguma coisa no seu curso, o que você mudaria?
 7. Se tivesse de dar um conselho para quem vai prestar o vestibular de Enfermagem/Medicina na Famema, o que você diria?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaria de convidá-lo(a) a participar da pesquisa intitulada “***A Educação Interprofissional para a prática colaborativa na Atenção Primária em Saúde: Estudo de Caso Famema***”, desenvolvida pela Sra. Flávia Cristina Castilho Carácio, aluna do Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Amélia de Campos Oliveira.

A investigação tem como objetivo de analisar se o processo de formação de enfermeiros e médicos na Faculdade de Medicina de Marília está ancorado nas premissas da Educação Interprofissional e se contribui para prática colaborativa na Atenção Primária.

A pesquisa terá como procedimento a análise documental dos projetos político-pedagógicos dos cursos de Enfermagem e Medicina, a aplicação do questionário *Readiness Interprofessional Learning Scale*, na versão adaptada para o português do Brasil, para os estudantes matriculados do primeiro, segundo e do último ano do curso de enfermagem e medicina, sendo necessário, aproximadamente 20 minutos para cada aplicação. Uma amostra desses estudantes, por sorteio, após responderem ao questionário RIPLES, realizará entrevistas individuais semiestruturadas, com duração de aproximadamente 60 minutos. A entrevista será realizada na Faculdade, conforme a disponibilidade de horário dos estudantes, durante os meses de janeiro, fevereiro e março de 2018, será gravada e o material transcrito mediante a autorização do participante.

Esta pesquisa poderá trazer desconforto emocional durante a entrevista, considerando que será solicitado um relato da trajetória acadêmica, podendo trazer risco a saúde mental, sendo garantido aos participantes o direito de acompanhamento e assistência emocional se necessário, inclusive, posterior ao encerramento e/ ou a interrupção da pesquisa.

Informamos que a sua participação é em caráter voluntário, e poderá se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. A manutenção do anonimato e da privacidade do

participante é garantida durante todas as fases da pesquisa. Caso aceite participar, poderá desistir a qualquer momento sem qualquer ônus ou prejuízo.

A pesquisa e a coleta de dados foram aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, recebendo o número de processo (número do processo), e pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de Marília, instituição coparticipante deste estudo. Este Termo será assinado em duas vias, ficando uma com você e a outra comigo. Ressaltamos, que o TCLE deve ser rubricado em todas as suas páginas e assinado nas duas vias.

Caso você tenha alguma despesa decorrente da sua participação na pesquisa, haverá garantia de ressarcimento conforme a necessidade do participante e indenização caso ocorram danos decorrentes da pesquisa.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à pesquisadora responsável pela investigação para esclarecimento de dúvidas. A principal pesquisadora é a Sra. Flávia Cristina Castilho Carácio, que pode ser encontrada no endereço – Rua Santa Helena, 1967 Telefone: 14 99762 4450 ou e-mail flavinhacaracio@yahoo.com.br.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Endereço – Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000 Telefone- (11) 30618858 e-mail – cepee@usp.br

O endereço do Comitê de ética da instituição coparticipante deste estudo é da Faculdade de Medicina de Marília – Av. Monte Carmelo, 800, Fragata, Marília –SP CEP 17 519030 Telefone (14) 34021744

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 que aprova as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante

Data: ____/____/____