

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ALEXANDRA SECRETI PREVEDELLO

**Avaliação da disponibilidade para Educação Interprofissional
entre estudantes das Escolas Médicas de Mato Grosso**

RIBEIRÃO PRETO
2023

ALEXANDRA SECRETI PREVEDELLO

Avaliação da disponibilidade para Educação Interprofissional entre
estudantes das Escolas Médicas de Mato Grosso

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Formação de profissionais e de professores na área da saúde

Orientador: Fernanda dos Santos Nogueira de Góes

RIBEIRÃO PRETO
2023

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.

Prevedello, Alexandra Secreti

Avaliação da disponibilidade para Educação Interprofissional entre estudantes das Escolas Médicas de Mato Grosso. Ribeirão Preto, 2023.

158 p.: il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientador: Fernanda dos Santos Nogueira de Góes

1. Colaboração Interprofissional, 2. Educação Interprofissional, 3. Estudantes de Medicina, 4. Fatores Sociodemográficos.

PREVEDELLO, Alexandra Secreti

Avaliação da disponibilidade para Educação Interprofissional entre estudantes das Escolas Médicas de Mato Grosso

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em/...../.....

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu esposo Arlei

*Por ser meu companheiro, sempre me apoiando em todas minhas
decisões e incentivando na realização dos meus sonhos.*

*Obrigada por estar caminhando sempre ao meu lado nos meus projetos e
pela compreensão nos momentos de ausência.*

Aos meus filhos Guilherme e Gustavo

Meus gêmeos amados, minha alegria diária e razão do meu crescer.

*Obrigada por fazerem parte da minha vida, tornando-me plena e
realizada e serem meu incentivo diário para evoluir.*

AGRADECIMENTOS

*Agradecimento especial à minha orientadora, **Profª. Drª. Fernanda dos Santos Nogueira de Góes**, por compartilhar seus conhecimentos, incentivar e apoiar nessa caminhada, e acima de tudo, com sua leveza e gentileza tornar esse sonho leve e prazeroso. Obrigada por ser uma fonte de inspiração e me proporcionar conhecer o verdadeiro amor na arte de ensinar. Minha eterna gratidão por estar ao meu lado neste momento especial da minha jornada.*

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pela oportunidade de cursar o doutorado

*À coordenadora do DINTER, em Sinop, **Patrícia Reis de Souza**, pela sua disponibilidade durante todo esse período.*

*Aos coordenadores dos Cursos de Medicina **Dr. Paulo, Proª. Drª. Nadia, Profª. Heloise, Profª. Drª. Denise, Prof. Dr. Gleber, Prof. Dr. Marcio** que participaram e proporcionaram a realização da pesquisa.*

*Aos meus assistentes de pesquisa **Profª. Drª. Rosa, Profª. Drª. Laura, Profª. Drª. Fabiana e Proª. Drª. Ziliane** e estudantes de iniciação científica **Barbara, Caroline, Glenda, Jerusha, Maiara, Naiade, Carlos Alberto, Emanuelle e Viviane**, que me auxiliaram no processo da coleta de dados.
*Sem vocês não seria possível a realização deste estudo.**

*Aos meus assistentes, **Rogério e Gustavo**, que realizaram a digitação dos dados, com muito responsabilidade e dedicação.*

*À minha secretária, **Andreia**, que esteve ao meu lado, me auxiliando sempre que necessário.*

À todos os meus familiares, amigos, professores e funcionários da EERP, professores da UFMT que, de uma forma direta ou indireta, contribuíram para o meu crescimento acadêmico.

À CAPES: O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001"

*Se não morre aquele que escreve um livro e planta uma árvore, com
mais razão não morre o educador que semeia vida e escreve na alma.*

Bertolt Brecht

RESUMO

PREVEDEDELLO, A. S. **Avaliação da disponibilidade para Educação Interprofissional entre estudantes das Escolas Médicas de Mato Grosso**. 2023. 158 f. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Introdução: A Educação Interprofissional (EIP) é reconhecida como estratégia para enfrentar os desafios do cuidado integral à saúde pois favorece o desenvolvimento de habilidades profissionais para a prática colaborativa e tem impactos positivos na assistência ao paciente, de acordo com o Sistema Único de Saúde. **Objetivos:** analisar a EIP nas escolas médicas de Mato Grosso (MT), sob a ótica das Diretrizes Curriculares vigentes para o curso de Medicina, nos cinco semestres finais da graduação. Tem como objetivos específicos 1) avaliar a disponibilidade para o aprendizado compartilhado de estudantes de Medicina das escolas médicas de MT; 2) identificar possíveis relações entre a disponibilidade para o aprendizado compartilhado dos estudantes de Medicina e variáveis sociodemográficas; 3) identificar a percepção dos coordenadores de curso de Medicina sobre o aprendizado interprofissional nos cursos de Medicina. **Métodos:** Estudo transversal misto, conduzido nos cursos de graduação em Medicina de MT. Foram convidados a participar 1.072 estudantes do 8 ao 12º semestre; 879 responderam à *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS) e questionário sociodemográfico. Para a análise dos dados utilizou-se a classe de *Additive Models for Location Scale and Shape* – GAMLSS e utilizado o *R Core Team, 2020*. Participaram também seis coordenadores dos cursos de medicina, os quais responderam uma entrevista semi-estruturada com perguntas sobre experiência e formação interprofissional e atividades interprofissionais nos cursos. Para análise das entrevistas utilizou-se a análise de conteúdo categorial temática. **Resultados:** A maioria dos itens da RIPLS apresentou *score* médio maior do que 4 (total de 5). Os alunos estão dispostos a trabalhar e colaborar em equipe, apesar de demonstrarem pouco interesse nas atividades em pequenos grupos com estudantes de outras profissões da saúde. Os estudantes valorizam sua Identidade Profissional e demonstram preocupação em promover o cuidado à saúde centrado no paciente. As variáveis gênero masculino, maior idade, curso prévio e estudar em universidade privada foram associados à menor disponibilidade para EIP, enquanto ter realizado trabalho em equipe no semestre final apresentaram maior disponibilidade para EIP. Os coordenadores percebem que a exposição aos espaços multiprofissionais durante o curso, projetos de extensão, disciplinas optativas e internato médico favorecem o trabalho em equipe e diminuição dos estereótipos associados a profissões da saúde. A EIP nas escolas médicas de MT ainda não é curricularizada, contudo existem espaços interprofissionais para proporcionar o seu desenvolvimento. **Conclusão:** O reconhecimento dos fatores que influenciam na disponibilidade dos estudantes para EIP e os desafios para a implementação permitem às escolas médicas estratégias para promover a EIP voltadas para esses grupos específicos e ações para superar os obstáculos para o seu efetivo desenvolvimento.

Palavras-chave: Colaboração Interprofissional, Educação Interprofissional, Estudantes de Medicina, Fatores Sociodemográficos.

ABSTRACT

PREVEDELLO, A. S. **Interprofessional Education's readiness among Brazilian medical students.** 2023. 158 f. Thesis (Doctorate) Ribeirão Preto College of Nursing. University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Introduction: Interprofessional Education (IPE) is recognized as a tool for facing care challenges. According to the Unified Health System, it favours health professionals' training to develop skills for collaborative practice and positive impacts on patient care. To analyze interprofessional education on the last five semesters in medical schools in Mato Grosso state from the perspective of current curriculum guidelines. The specific objectives are: 1) to assess the availability for shared learning of medical students in Mato Grosso; 2) to identify possible relationships between medical students' availability for shared learning and sociodemographic variables; 3) identify the perception of medical course coordinators about interprofessional learning in medical courses. **Methods:** A mixed cross-sectional study was carried out in the undergraduate medical courses at Mato Grosso. Out of 1,072 students from the 8th to the 12th semester were invited to participate and 879 students answered the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) and a sociodemographic questionnaire. For the analysis of the data generated by RIPLS and the sociodemographic questionnaire, the Additive Models for Location Scale and Shape – GAMLSS class and the R Core Team, 2020 were used. The course coordinators participated in a semi-structured interview and answered questions about experience and interprofessional training, interprofessional activities developed in courses, opportunities and spaces for interprofessional education. For the analysis of the interviews, thematic categorical content analysis was used. **Results:** most RIPLS items averaged greater than 4 (out of 5). The results suggest students are willing to work and collaborate in a team despite showing little interest in small group activities with students from other health professions. Students value their professional identity with other team members and are concerned with promoting patient-centered health care. Male gender, older age, previous course and studying at a private university were associated with less availability for IPE while having performed teamwork and the final semester showed greater availability for IPE. Coordinators perceive that exposure to multidisciplinary spaces during the course, extension projects, elective subjects and medical internship favour teamwork and decrease the stereotypes associated with health professions. IPE in medical schools in Mato Grosso is not yet completely integrated into the curriculum. However there are interprofessional spaces to provide opportunities for its development. **Conclusion:** Recognition of the factors that influence students' availability for IPE and the challenges for implementation allow medical schools to adopt strategies to promote interprofessional education aimed at these specific groups and actions to overcome obstacles to their effective development.

Keywords: Interprofessional Collaboration, Interprofessional Education, Medical Students, Sociodemographic Factors.

RESUMEN

PREVEDELLO, A. S. **Evaluación de la disponibilidad para la Educación Interprofesional entre estudiantes de Facultades de Medicina de Mato Grosso**. 2023. 158 f. Tesis (Doctorado) Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2023.

Introducción: La Educación Interprofesional (EIP) es reconocida como una estrategia para enfrentar los desafíos de la atención integral en salud, ya que favorece el desarrollo de competencias profesionales para la práctica colaborativa y tiene impactos positivos en la atención al paciente, según el Sistema Único de Salud. **Objetivos:** analizar la formación interprofesional en las facultades de medicina de Mato Grosso en la perspectiva de las directrices curriculares vigentes para la carrera de medicina durante el internado médico. Sus objetivos específicos son: 1) evaluar la prontitud para el aprendizaje compartido de los estudiantes de medicina de las facultades de medicina de Mato Grosso; 2) identificar posibles relaciones entre la prontitud de los estudiantes de medicina para el aprendizaje compartido y las variables sociodemográficas; 3) identificar la percepción de los coordinadores de cursos de medicina sobre el aprendizaje interprofesional en los cursos de medicina. **Métodos:** estudio transversal mixto en el estado de Mato Grosso en cursos de graduación de la carrera de medicina del estado. Fueron invitados 1072 estudiantes de medicina del 8° al 12° semestre; 879 estudiantes respondieron la Escala de Preparación para el Aprendizaje Interprofesional (RIPLS) y un cuestionario sociodemográfico. Para el análisis de los datos se utilizó la clase Additive Models for Location Scale and Shape – GAMLSS y el R Core Team, 2020. Los coordinadores del curso estuvieron de acuerdo participar de una entrevista semiestructurada y responder preguntas sobre experiencia y formación interprofesional, actividades interprofesionales desarrolladas en los cursos, oportunidades y espacios de formación interprofesional. Para el análisis de las entrevistas se utilizó el análisis de contenido categórico temático. **Resultados:** la mayoría de los ítems de la RIPLS tuvieron una media superior a 4 (total de 5). Los resultados sugieren que están dispuestos a trabajar y colaborar en equipo a pesar de mostrar poco interés en actividades en pequeños grupos con estudiantes de otras profesiones de la salud. Los estudiantes valoran su identidad profesional frente a los demás miembros del equipo y muestran preocupación por promover la atención de la salud centrada en el paciente. Las variables género masculino, mayor edad, otro curso académico previo y estudiar en universidad privada se asociaron con menor disponibilidad para EIP mientras que haber realizado trabajo en equipo y el semestre final mostró mayor disponibilidad para EIP. Los coordinadores perciben que la exposición a espacios multidisciplinarios durante el curso, proyectos de extensión, asignaturas optativas y prácticas médicas favorecen el trabajo en equipo y disminuyen los estereotipos asociados a las profesiones de la salud. La EIP en las facultades de medicina de Mato Grosso aún no está curricularizada, sin embargo existen espacios interprofesionales para propiciar oportunidades para su desarrollo. **Conclusión:** La identificación de los factores que influyen en la disponibilidad de los estudiantes para la EIP y los desafíos para su implementación permiten que las facultades de medicina adopten estrategias para promover la educación interprofesional dirigida a estos grupos específicos y acciones para superar los obstáculos para su desarrollo efectivo.

Palabras clave: Colaboración Interprofesional, Educación Interprofesional, Estudiantes de Medicina, Factores Sociodemográficos

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos artigos	53
----------	--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Modelos diagnóstico F1.....	75
Gráfico 2	Modelos diagnóstico F2.....	76
Gráfico 3	Modelos diagnóstico F3.....	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Aspectos gerais que facilitam ou desafiam a aplicação da EIP na aprendizagem de estudantes da saúde.....	56
Quadro 2	Aprendizagens construídas por estudantes da graduação e residentes de programas que utilizaram a EIP.....	59
Quadro 3	Desafios e esforços necessários para a implementação da EIP na percepção dos formadores.....	62
Quadro 4	Avanços e desafios na gestão de ensino e saúde para a implementação da EIP.....	63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos estudantes participantes da pesquisa por Universidade. Mato Grosso.....	80
Tabela 2	Distribuição dos estudantes participantes da pesquisa por semestre letivo e tipo de atividade.....	80
Tabela 3	Dados sóciodemográficos dos estudantes.....	81
Tabela 4	Média de <i>scores</i> dos estudantes pelos fatores da RIPLS e itens da RIPLS.....	82
Tabela 5	Média de <i>scores</i> dos estudantes dos fatores da RIPLS e correlação com as variáveis independentes.....	85
Tabela 6	Associação entre as variáveis sociodemográficas independentes e fator F1 –Trabalho em equipe da RIPLS.....	87
Tabela 7	Associação entre as variáveis sociodemográficas independentes e fator F2 –Identidade profissional da RIPLS.....	87
Tabela 8	Associação entre as variáveis sociodemográficas independentes e fator F3 – Atenção à saúde centrada no paciente da RIPLS.....	88
Tabela 9	Dados sociodemográficos dos coordenadores.....	89

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária em saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAIPE	<i>Centre for the Advancement of Interprofessional Education</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEBES	Centro de Estudo de Saúde
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CANPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conferência Nacional em Saúde
DCNC	Diretrizes Nacionais Curriculares
EIPE	Educação Interprofissional
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
EMPER	Rede Europeia para Desenvolvimento da Educação Multiprofissional
F1	Fator1 – Trabalho em equipe e colaboração
F2	Fator 2 – Identidade Profissional
F3	Fator 3- Atenção à saúde centrada no paciente
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDBE	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IESI	Instituições de Ensino Superior
FNEPAS	Fórum Nacional da Educação das Profissões da Área de Saúde
HNSC	Hospital Nossa Senhora da Conceição
LDBEN	Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MT	Mato Grosso
MEC	Ministério da Educação e Cultura
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PBL	<i>Problem Basic Learning</i>
PET-Saude	Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
PEPS	Pólos de Educação Permanente em Saúde

PINESC	Programa Interinstitucional de Interação de Ensino, Serviço, Comunidade
PITSP	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PNEPSP	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PPC	Projeto Pedagógico de Curso
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PROGRAMA	Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais do Setor de Saúde
UNI	
PROMED	Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina
PRO-SAUDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
SUS	SUS Sistema Único de Saúde
ReBETIS	Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em saúde
REIP	Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas
RIPLS	<i>Readness Interprofessional Learning Scale</i>
RMSR	Residência Multiprofissional em Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMT	Universidade Federal de Mato Grosso
UFR	Universidade Federal de Rondonópolis
UNEMT	Universidade Estadual de Mato Grosso
UNIC	Universidade de Cuiabá
UNIVAG	Centro Universitário de Varzea Grande
VER-SIS	Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1.	INTRODUÇÃO.....	21
1.1	Embasamento Teórico.....	23
1.1.1	Evolução histórica da formação médica no Brasil.....	23
1.1.1.1	Ensino Médico no Brasil Colônia até o Século XIX.....	23
1.1.1.2	Século XX.....	25
1.1.1.3	Início do Século XXI até a atualidade.....	31
1.1.2	Educação Interprofissional.....	36
1.1.2.1	Conceitos e terminologias.....	36
1.1.2.2	Evolução histórica da Educação Interprofissional.....	39
1.1.2.3	Cenário Internacional.....	39
1.1.2.4	Histórico da EIP no Brasil.....	43
1.1.2.5	A EIP como estratégia na formação.....	46
2.	OBJETIVOS.....	48
2.1	Objetivo Geral.....	49
2.2	Objetivos Específicos.....	49
3.	REVISÃO DE LITERATURA.....	50
3.1	EIP na perspectiva do estudante	56
3.2	Formadores na ótica da EIP	61
3.3	Avanços e desafios na gestão de ensino e saúde.....	63
3.4	Recomendações	65
4.	MÉTODO.....	67
4.1	Aspectos Éticos.....	68
4.2	Tipo de estudo.....	68
4.3	Marco Teórico	69
4.4	Local do Estudo	69
4.5	População do Estudo.....	71
4.6	Organização da coleta de dados.....	71
4.6.1	Estudantes de Medicina.....	72
4.6.1.1	Instrumentos.....	72
4.6.1.2	Coleta de Dados.....	72
4.6.1.3	Análise dos Dados.....	74
4.6.2	Coordenadores dos Cursos de Medicina.....	77
4.6.2.1	Instrumentos.....	77
4.6.2.2	Coleta de Dados.....	77
4.6.2.3	Análise de Dados.....	78
5.	RESULTADOS.....	79
5.1	Disponibilidade para Educação Interprofissional (EIP) - estudantes de medicina	80
5.2	Disponibilidade para Educação Interprofissional (EIP).....	82
5.3	Educação Interprofissional (EIP) na visão dos coordenadores dos cursos de medicina	88

5.4	A formação do coordenador.....	89
5.6	Aprendendo interprofissionalmente na graduação.....	90
5.7	Resultados de ações interprofissionais na graduação.....	94
5.8	Desafios para implementar a Educação Interprofissional (EIP) nos Cursos de Medicina.....	95
5.9	Análise final dos resultados utilizando a incorporação concomitante...	98
6.	DISCUSSÃO.....	101
7.	CONCLUSÃO.....	112
	REFERENCIAS.....	114
	ANEXOS.....	133

APRESENTAÇÃO

Minha escolha pelo curso de Medicina aconteceu muito cedo, nos últimos anos do Ensino Fundamental, a partir de um desejo pessoal de exercer o cuidado em saúde. Ingressei, ao final da conclusão do Ensino Médio, no curso de graduação em Medicina na Universidade Federal de Santa Maria, em 1996, um curso com metodologia tradicional de ensino.

Durante a graduação, realizei diversas atividades e vivências que ampliaram minha formação acadêmica nas áreas de ensino, pesquisa e extensão, contribuindo para a formação da minha identidade profissional e escolha da minha especialização. Dentre elas, fui bolsista no serviço de Patologia da Hospital Universitário; monitora de Imunologia, de modo a adquirir conhecimentos de ensino e interprofissionalidade, trabalhando com estudantes de Medicina e de outros cursos, além de bolsista de iniciação científica do CNPq, o qual, proporcionou-me um primeiro contrato com pesquisa. Além dessas atividades, durante a graduação, busquei conhecer e realizar estágios em diferentes áreas médicas, para acrescer minha formação e também conhecer com a que me identificaria.

Meu internato médico, com duração de 1 ano, foi realizado no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), na cidade de Porto Alegre, um hospital de grande porte, com serviços multiprofissionais e com diversas especialidades médicas. Durante o internato em Ginecologia e Obstetrícia, as vivências de prestar um atendimento integral à mulher e acompanhá-la durante todas as suas fases de vida, dando-lhes suporte clínico, cirúrgico e emocional no percurso, levaram-me à identificação com a área e o desejo de exercer a especialidade.

Iniciei minha especialização na área de Ginecologia e Obstetrícia, em 1997 até 1999, no HNSC, o que contribuiu muito para a construção do meu conhecimento e identidade profissional como médica ginecologista e obstetra.

Após finalizar a residência médica, em busca de mercado de trabalho, mudei para a cidade de Sinop, no Estado de Mato Grosso, onde trabalhei durante vários anos somente na área de saúde, inicialmente no serviço público e privado e depois somente privado. Durante o período em que atuei no serviço público, participei do serviço de Planejamento Familiar, que compreendia uma equipe interprofissional (assistente social, psicóloga e médico) e atividades interprofissionais instrutivas aos pacientes, na Unidade Básica de Saúde (UBS) em que atuava.

A maior parte da minha carreira profissional realizou-se no âmbito da assistência à saúde privada e, durante esse período, deparei-me com a necessidade de uma promoção em saúde integrativa, com um olhar que levasse em consideração o aspecto biopsicossocial da natureza humana, muito pouco desenvolvido nas escolas médicas tradicionais. Para preencher as lacunas da formação do curso de graduação, realizei duas especializações: Sexualidade

Humana, na USP de São Paulo e uma formação em Terapia Sistêmica de Indivíduos, Casais e Família, pelo CEFI de Porto Alegre, na área da psicologia.

A partir do ano de 2014, a Universidade Federal de Mato Grosso passou a ofertar o curso de Medicina em Sinop, construído de acordo com as normas atuais das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Medicina, que objetiva formar médicos generalistas e utiliza as metodologias ativas de ensino como estratégia de ensino. Em 2015, após concurso público, iniciei minha carreira como docente universitário e muitas dificuldades se apresentaram neste início da profissão, das quais, a falta de formação pedagógica, de conhecimento da metodologia ativa de ensino-aprendizagem e as burocracias administrativas foram as de maior significado.

Essas dificuldades me despertaram o interesse em entender melhor o ensino em saúde, metodologias ativas e suas diferenças com a metodologia tradicional, buscar estudá-las e adotá-las no trabalho.

Como atuação docente, iniciei projetos de extensão em que pude retomar a prática do trabalho interprofissional e perceber, com maior clareza, a importância dessa cooperação para atingir um objetivo maior: o bem-estar do paciente e a formação de profissionais aptos à prática colaborativa.

Em 2018, por meio do DINTER, promovido pela Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto, em parceria com a Universidade Federal de Mato Grosso Campus – Sinop, ingressei na pós-graduação. A escolha do tema da minha pesquisa vem de ao encontro da busca pessoal de entender melhor o ensino médico e que ferramentas podem melhorar a formação acadêmica e a qualidade da assistência.

Durante o doutorado aprofundei meus conhecimentos de educação em saúde, no processo de realizar uma pesquisa, no trabalho interprofissional e, ao final dessa caminhada ressignifiquei minha identidade docente.

Objetivo com esta pesquisa contribuir com informações que possam ser utilizadas pelos cursos, para instituir ações que aprimorem a formação, os serviços de saúde e a qualidade do cuidado dos usuários.

A multiplicidade de fatores tem transformado a sociedade, como pesquisas e avanço no conhecimento científico, mudanças nos conceitos de padrões de qualidade de vida, organização política, social e recursos financeiros disponíveis. A educação médica e o sistema de saúde de cada país acompanham as mudanças socioeconômicas, exigem reavaliação e reorganização de suas diretrizes e objetivos que atendam às demandas emergentes da população, naquele determinado contexto histórico (PAHO, 2020; VIANA; HOSTINS; BEUNZA, 2021).

Diante desse cenário, o cuidado com a formação dos profissionais de saúde é um tema mundialmente debatido e pesquisado pelas instituições ligadas à área. Em 2006, a Organização das Nações Unidas (ONU) publicou um relatório intitulado “Trabalhando juntos pela saúde”, que apresentou uma avaliação do cenário mundial dos *deficits* da força de trabalho. O documento traz os problemas, desde a formação até o desempenho do profissional de saúde no trabalho, e propõe estratégias para melhorar a assistência. No âmbito da educação, o relatório inclui mudanças institucionais relacionadas com a prática de ensino, treinamento do corpo docente, atenção à grade curricular e às metodologias de ensino (VIEIRA et al., 2018; PAHO, 2006).

Dados da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) demonstram que, nas Américas, há milhões de pessoas que sofrem com a falta de acesso aos serviços de saúde, tornando-se um desafio garantir serviços de qualidade (PAHO, 2014; PAHO, 2020). Para enfrentar os desafios apresentados sobre assistência e no cuidado integral destinados à saúde, a Educação Interprofissional (EIP) em saúde tem sido uma estratégia para o desenvolvimento da prática colaborativa, que responda às demandas de saúde (PAHO, 2020; SILVA *et al.*, 2015; ELY; TOASSI, 2018; WHO, 2010).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é o modelo de gestão da saúde vigente e apresenta como um dos seus princípios norteadores a integralidade da atenção à saúde, com foco na qualidade de vida, prevenção de doenças e promoção da saúde. Para o seu fortalecimento, é necessária a reorientação da formação e do trabalho em saúde (SILVA *et al.*, 2015).

A EIP, como proposta educacional, favorece a formação para o SUS, visto que contribui para reduzir a fragmentação da assistência e das relações entre os profissionais. Ademais, a EIP fortalece o sistema de saúde ao promover a formação de profissionais mais preparados, de modo que eles possam: 1. compreender o usuário como centro das ações e das políticas de saúde; 2. atuar colaborativamente em equipe e 3. reconhecer a interdependência das áreas. Desse modo, podem ser capazes de resolver as complexas necessidades da área,

condições necessárias para integralidade da assistência em saúde (ROSSIT *et al.*, 2018; BAHR, 2015).

Para que a EIP ocorra, são fundamentais o alinhamento e a colaboração entre serviços de saúde, educação e comunidade, envolvidos que promovam a assistência de saúde e educação (PAHO, 2014). Em vista disso, este estudo se propõe a pensar sobre a Educação Interprofissional no ensino de Medicina brasileiro, especificamente no estado de Mato Grosso, considerando as legislações nacionais vigentes e o perfil médico que se pretende formar e responder as seguintes questões de pesquisa: como os estudantes de medicina do Mato Grosso estão sendo preparados para trabalhar interprofissionalmente? Quais variáveis interferem na disponibilidade dos estudantes para atuarem interprofissionalmente?

Para uma maior compreensão da formação médica brasileira e da Educação Interprofissional, faz-se necessário um breve histórico da sua evolução, ao longo do tempo.

1.1 Embasamento Teórico

1.1.1 Evolução histórica da formação médica no Brasil

A formação médica, segundo pesquisa realizada, tem sofrido transformações ao longo do tempo, influenciada pelos contextos políticos, sociais e econômicos da sociedade brasileira.

Para fins didáticos, a evolução do ensino médico brasileiro será dividida segundo as épocas históricas brasileiras, dentro de um contexto de realidade nacional e internacional, bem como sua influência na formação médica do país em: Brasil Colônia ao Império, Século XX, Século XXI.

1.1.1.1 Ensino Médico no Brasil Colônia até o Século XIX

Historicamente, os primeiros cuidados em saúde no país iniciaram durante a época do Brasil colonial. Nesse período, a assistência era exercida por físicos, cirurgiões-barbeiros, curiosos, curandeiros, indígenas, africanos. A comitiva de Tomé de Souza trouxe eminentes missionários que atuavam como médicos, boticários e enfermeiros, mesclando os conhecimentos médico-cirúrgicos europeus com as práticas nativas. No século XVIII, foram

instalados, em algumas vilas e cidades, boticas (farmácias) ou hospitais nos colégios dos jesuítas (BELTRAME, 2006; GONÇALVES; BENVIDES-PEREIRA, 2009).

Como colônia de Portugal, o Brasil permaneceu por mais de 300 anos sem autorização para oferecer cursos superiores, pois não era interessante para a aristocracia portuguesa formar, política e intelectualmente, a elite brasileira. Durante esse período, vigorou a proibição de abertura de universidades nas colônias portuguesas, dessa forma, os nascidos no Brasil que desejassem fazer um curso superior necessitavam ir para a Europa realizar a sua formação universitária, incluindo a formação médica (BELTRAME, 2006; GONÇALVES; BENVIDES-PEREIRA, 2009).

Somente no século XIX, com a chegada, em fevereiro de 1808, da família real portuguesa e do príncipe regente, em Salvador, tem início no Brasil a medicina pré-científica. Com a chegada de Dom João VI, foram estabelecidas instituições para incentivar o desenvolvimento do Brasil, o que constituiu os alicerces para a edificação do ensino superior brasileiro (BELTRAME, 2006; GONÇALVES; BENVIDES-PEREIRA, 2009).

No mesmo mês do seu aporte ao Brasil, Dom João VI, durante sua rápida passagem pela Bahia, criou em Salvador o primeiro curso de Medicina, chamado Escola de Cirurgia da Bahia. Após 36 dias, seguiu viagem para o Rio de Janeiro e, em novembro do mesmo ano, instituiu a segunda escola médica, denominada Escola de Anatomia, Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, que formou apenas cirurgiões, pois a maioria dos estudantes ainda estudava na Europa. O curso tinha a duração de 4 (quatro) anos, com frequência obrigatória e exames de conclusão para certificação e atuar na saúde pública (BELTRAME, 2006; GONÇALVES; BENVIDES-PEREIRA, 2009).

Em 1815, o Brasil passou à categoria de Reino e rompe com Portugal, em 1822, inclusive os laços culturais e científicos. Começaram a desaparecer os físicos e cirurgiões de formação ibérica e deu-se início ao surgimento dos doutores das escolas nacionais, com influência da escola francesa (LAMPERT, 2008). A primeira reforma, ocorrida entre 1812 e 1815, fez com que as escolas passassem a serem chamadas de Academias Médico-Cirúrgicas e o curso foi ampliado para 5 anos de duração. Em 1822, após o Brasil se tornar Império, surgiram os primeiros doutores das escolas brasileiras e, em 1826, Dom Pedro I estabeleceu a autonomia para as escolas diplomarem seus alunos (GONÇALVES; BENVIDES-PEREIRA, 2009).

No ano de 1832, as duas instituições, de Salvador e do Rio de Janeiro, foram transformadas em faculdades de Medicina, seguindo o modelo e influência da Escola Médica de Paris. O curso passou a ter a duração de 6 anos, com a inclusão de novas disciplinas (aumento

de 5 para 14), exigência de frequência obrigatória, ensino baseado na observação clínica, com destaque na patologia local e graduação em Doutor em Medicina, Pharmaceutico e Parteiro. Em 1879, foi permitido o ingresso de mulheres no curso (GONÇALVES; BENVIDES-PEREIRA, 2009). Em 1898, foi criado o terceiro curso de Medicina, em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul (GONÇALVES; BENVIDES-PEREIRA, 2009).

O modelo pedagógico, inicialmente, adotado pelas escolas médicas brasileiras era o francês, com influência da escola alemã, passou por diversas reformas. Com o passar dos anos foi substituído pelo modelo americano, baseado no relatório de Flexner, utilizado mundialmente (GONÇALVES; BENVIDES-PEREIRA, 2009)

1.1.1.2 Século XX

O início do século XX foi caracterizado por diversos avanços tecnológicos na área médica, como o desenvolvimento de medicamentos, exames complementares e descoberta de microorganismos. Diante desse cenário, o objetivo de cura baseava-se nas alterações fisiopatológicas do indivíduo e o entendimento de saúde como “estado de ausência de doença” (KUSSAKAWA; ANTONIO, 2017).

Em 1908, ocorreu nos Estados Unidos uma reforma no ensino médico, baseada no relatório de Abraham Flexner, um educador americano graduado em Artes e Humanidades. Após um convite da *Carnegie Foundation* para avaliar a educação médica nos Estados Unidos e Canadá, Flexner visitou 155 escolas de Medicina nesses dois países, durante um período de 6 meses. Com base em suas observações, elaborou um relatório propondo uma nova ordem para a reconstrução do modelo de formação médica. Nesse modelo, as escolas médicas deveriam estar baseadas em uma universidade e os programas educacionais precisariam ter uma base científica (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Tal proposta foi difundida nas primeiras décadas do século XX, nos Estados Unidos e Canadá e, no Brasil, mais tardiamente, a partir da década de 60 (ALMEIDA FILHO, 2011). Anteriormente, a maioria das escolas médicas, inclusive no Brasil, eram influenciadas pelas escolas europeias, porém, a partir da Segunda Guerra Mundial teve início a influência da escola americana (BELTRAME, 2006).

No modelo Flexneriano, a formação deveria ser baseada pelo caráter científico, pautada no paradigma cartesiano (para conhecer o todo é preciso dividi-lo em várias partes), o científico é apenas o real observado e efetivamente demonstrado a dicotomia entre mente e corpo (BARBOSA, 1995). Sob a perspectiva positivista, a formação aponta o aprendizado

decorrente da observação e experimentação como o único conhecimento seguro (PAGLIOSA; DA ROS, 2008). Com a introdução do modelo de ensino Flexneriano nas escolas médicas, iniciou-se a era do cientificismo na medicina. Na medicina “científica”, para o conhecimento ser avaliado como científico era necessário a observação dos fatos, generalizações, elaboração de leis e previsibilidade, nas quais o indivíduo, de certa forma, passaria a ser o objeto em estudo (BELTRAME, 2006).

A produção do conhecimento deveria ser estruturada em dois ciclos: básico e profissional, em que a formação básica deveria ser nas bancadas de laboratórios e o ensino profissional, nos últimos anos do curso, desenvolvido nas práticas realizadas no hospital universitário (BELTRAME, 2006; PAGLIOSA; DA ROS, 2008; GONÇALVES; BENVIDES-PEREIRA, 2009).

O modelo Flexneriano era composto de 2 anos de conhecimento científico, no ciclo básico, realizado em laboratórios, 2 anos de ensino clínico de especialidades e o internato médico, com duração mínima de 1 ano. O modelo determinava que o corpo docente deveria ter dedicação integral ao ensino e à pesquisa, com o ciclo clínico realizado a nível de hospital (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; GONÇALVES; BENVIDES-PEREIRA, 2009).

O hospital passou a ser considerado a principal instituição de transmissão do conhecimento e o ensino médico centrado na doença, que é vista por Flexner como natural e biológica. Os aspectos socioculturais, como o coletivo e a comunidade não eram implicados no processo de saúde-doença e não valorizados, bem como assistência médico-ambulatorial e a função social da escola (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; GONÇALVES; BENVIDES-PEREIRA, 2009).

A valoração do modelo de saúde-doença, pautado no aspecto unicausal, biologicista, deixava um espaço reduzido para as dimensões sociais, psicológicas e econômicas, traduzindo-se em uma visão reducionista do conceito de saúde (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; GONÇALVES; BENVIDES-PEREIRA, 2009).

O modelo em questão trouxe mudanças na prática médica, como o aumento da utilização de medicamentos e exames laboratoriais, além do estímulo à especialização médica, em decorrência da valorização unicausal da doença com a dicotomia corpo e mente. Nesse período, o conhecimento médico começa a se especializar, compartimentando-se, de acordo com a área do corpo ou o tratamento específico de doenças e emerge o médico especialista (PAGLIOSA; DA ROS, 2008; GONÇALVES; BENVIDES-PEREIRA, 2009).

Entre as décadas de 1930 a 1950 ocorreu o ápice da medicina científica. O desenvolvimento tecnológico permitiu exames e tratamentos mais precisos, o que resultou em

aumento dos custos em saúde. Na década de 1950, tiveram início, no mundo, os primeiros questionamentos do modelo Flexneriano, com críticas quanto à separação entre medicina curativa e preventiva. Nesse período, foram lançadas as primeiras bases de ensino para uma medicina integral (BELTRAME, 2006).

A partir da década de 1960, as críticas ao modelo aumentaram em intensidade e frequência, criando “a crise da medicina”. As observações decorrentes do descompromisso da saúde, com as reais necessidades da população, incentivaram uma movimentação nos meios acadêmicos e sociedades internacionais ligadas à saúde. A OMS, OPAS, instituições governamentais, fundações (Rockefeller, Kellog e outras), instituições representativas de classe e da sociedade em geral passaram a (PAGLIOSA; DA ROS, 2008) pleitear por uma abordagem integral ao paciente.

O modelo preventivista redefinia o conceito de saúde e doença, as funções e práticas médicas. Tinha como fundamentos a evolução natural da doença, o conceito ecológico de saúde e doença e a multicausalidade (PEDUZZI *et al.*, 2016). Nesse mesmo período, a princípio no Canadá e, posteriormente nos Estados Unidos, em resposta à especialização excessiva da medicina, foi criada a Residência em Medicina Familiar, com o objetivo de formar o Médico de Família, visando o atendimento integral ao paciente (BELTRAME, 2006).

No Brasil, diversos eventos ocorridos na década de 1950, como a criação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES) e do Conselho Nacional de Pesquisa (CNPQ), objetivaram a melhoria no ensino superior e o incentivo à pesquisa. Somaram-se as contribuições das fundações Rockefeller e Kellog, em suporte a projetos na área da saúde e a introdução de concepções de medicina integral preventiva, comunitária e medicina de família, para o debate da reorganização do ensino médico e o perfil do profissional. (GONÇALVES; BENVIDES-PEREIRA, 2009).

Desde a década de 1950, no Brasil, principiou uma tensão social decorrente da concentração de renda, insatisfação com a estrutura universitária, por parte de estudantes e professores. A falta de vagas para o ensino superior se intensificou após o golpe militar de 1964. Essas tensões pressionaram o governo militar para uma reestruturação do ensino superior (MARTINS, 2009).

Em 1968, o governo militar realizou a Reforma Universitária (Lei 5.540/68), que previa a articulação das atividades de ensino e pesquisa, abolição de cátedras e instauração de departamentos com a instituição de um ciclo básico. Nessa direção, foi institucionalizada a carreira acadêmica com o estabelecimento de uma política nacional de pós-graduação, o ingresso após conclusão do ensino colegial ou equivalente e mediante classificação pelo exame

de vestibular e o fomento ao desenvolvimento de universidades particulares, com auxílio de subsídio pelo governo (BRASIL, 1968; MARTINS, 2009).

A Reforma Universitária organizou o Curso de Medicina em ciclos, com a finalidade de diminuir o fracionamento da matriz curricular e a criação de departamentos, em substituição das cadeiras. Até então, existia uma divisão entre as disciplinas do ciclo básico e as dos anos seguintes, os conteúdos eram administrados sem a preocupação de posicioná-los como participantes do curso (GONÇALVES; BENVIDES-PEREIRA, 2009).

O ensino médico passou a ser dividido em dois ciclos: o ciclo básico, contendo as disciplinas básicas e o ciclo profissionalizante, correspondendo às especialidades e o estágio final, chamado de Internato Curricular (LAMPERT, 2002).

Em 1969, foram criadas as primeiras Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Medicina, que estabeleceram um currículo mínimo de 6 anos de duração para os cursos de graduação médica, subdivididos em ciclo básico, nos dois primeiros anos, e ciclo profissionalizante nos quatro anos subsequentes. A partir do início do ciclo profissionalizante, o estudante passava a frequentar, majoritariamente, hospitais universitários ou conveniados com as faculdades e desenvolver atividades práticas de clínica (NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005; MITRE *et al.*, 2008). As escolas médicas brasileiras que recebiam, até então, influência da escola francesa, a partir dessa reforma passaram a adotar, oficialmente o modelo Flexneriano americano (ALMEIDA FILHO, 2011; LAMPERT, 2002).

No cenário internacional nas décadas de 50 e 60 ocorreram diversos seminários, conferências e fóruns, em contraposição ao modelo Flexneriano, sendo estes considerados os alicerces para a medicina preventiva. Os movimentos fomentavam a promoção do ensino de uma medicina integral, bem como o estímulo para a criação de departamentos de medicina preventiva nas escolas médicas (ALMEIDA FILHO, 2011; LAMPERT, 2002).

Ainda no início dos anos 2000, este modelo era avaliado como uma proposta que privilegia a formação científica de alto nível, que estimula a especialização profissional, hospitalocêntrico, com compartimentalização do conhecimento e visão reducionista (separa corpo e mente) do ser humano (ALMEIDA FILHO 2011; MITRE *et al.*, 2008).

Na década de 1950 foram implantados os departamentos de medicina preventiva no Brasil, nas faculdades Paulista de Medicina e de Ribeirão Preto. Com a Reforma Universitária de 1968, tornou-se obrigatório a existência do departamento em todas as universidades brasileiras (SCOREL, 1999).

No início da década de 1970, ocorreu no Brasil o início dos movimentos da reforma sanitária. A expressão foi utilizada para conceituar o conjunto de ideias em relação às

transformações necessárias para a área de saúde. Os movimentos discutiam a necessidade de mudanças, não somente do sistema, mas de todo o cuidado em saúde. Estudantes universitários, classe trabalhadora, setores populares, intelectuais e profissionais da classe média passaram a defender a saúde como um direito de todos e dever do estado, bem como a organização de um sistema único de saúde, descentralizado e democrático. Entre os movimentos destacaram-se a criação da Centro de Estudo de Saúde (Cebes), em 1976, entidade que teve um papel de relevância ativo para o movimento sanitário brasileiro (PAIM, 2008).

Destacam-se também a 7ª Conferência Nacional em Saúde, de 1980 (CNS), com o tema: Extensão das ações de saúde por meio de serviços básicos e, principalmente, a 8ª CNS de 1986 com os temas: 1. Saúde como direito; 2. Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3. Financiamento setorial, que no seu relatório final sugeria a criação do novo sistema de saúde brasileiro com acesso universal, público e gratuito (BRASIL,1980; BRASIL,1986; PAIM, 2008)

De fato, a partir dos movimentos da reforma sanitária no Brasil, na década de 80, buscava-se um novo modelo de assistência em saúde, que promovesse a atenção médica a partir de um modelo descentralizado (poder e responsabilidade distribuído entre os níveis municipal, estadual e federal de governo) e hierarquizado. O novo modelo deveria estar inserido em um contexto social, que atendesse às populações excluídas, os habitantes das periferias e zonas rurais, que incluísse a participação comunitária, com melhor gerenciamento de custos (CHIORO; ALFREDO, 1999).

Como fruto do processo de redemocratização do Brasil, foi promulgada a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, que incorporava praticamente todas as recomendações decorrentes dos debates da 8ª Conferência Nacional de Saúde. A Constituição Federal, de 1988, integra o conceito de saúde como direito social universal, a caracterização dos serviços e ações de saúde como de relevância pública e a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 1988; BRASIL 1990; CHIORO; SCAFF, 1999; PAIM, 2008).

A implantação do SUS (Lei Federal nº 8.080/1990) se dá como regulamentação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde, estabelecidas pela constituição de 1988 (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; CHIORO; SCAFF, 1999; MENICUCCI, 2009).

Os princípios norteadores do SUS, estabelecidos na Lei Federal nº 8.080/1990, são: a universalidade (assistência a todo e qualquer cidadão), equidade (acesso à assistência nos diferentes níveis de complexidade do sistema), integralidade (entendimento do indivíduo

como um todo e assistência às suas necessidades de forma integral e não compartimentalizada), controle social (participação da população através de suas entidades representativas) e descentralização (poder e responsabilidades das ações e serviços de saúde redistribuídos entre os vários níveis de governo) (BRASIL, 1990; CHIORO; SCAFF, 1999).

A partir deste momento de construção de uma nova norma de gestão em saúde, do modelo do cuidado e da formação de profissionais de saúde (MADRUGA *et al.*, 2015), houve uma mudança. Os órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais integrantes do sistema público de saúde (centros e unidades básicas de saúde, fundações e institutos de pesquisa, laboratórios, hemocentros, bancos de sangue e hospitais, incluindo os universitários) passaram a considerar os princípios norteadores do SUS (BRASIL, 1990).

No final dos anos 80, a partir da implantação do SUS, das transformações da profissão do trabalho médico, as iniciativas de propostas de reformulação do ensino médico se intensificaram. Um dos movimentos considerado de relevância, por mobilizar as sociedades de classe e comunidades acadêmicas envolvidas com o ensino, foi a criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), em 1991. A CINAEM é composta por um colegiado com 11 entidades representativas dos professores universitários, da profissão médica e de estudantes de medicina do país, com o objetivo o aperfeiçoamento dos serviços de saúde e melhoria do ensino médico (MACHADO, 1999; BULCÃO, 2004; GONÇALVES; BENVIDES-PEREIRA, 2009).

O CINAEM, em 1996, após analisar o ensino médico em 76 universidades brasileiras, em uma primeira fase e, em 46, na segunda fase, concluiu que as estruturas institucionais estavam sucateadas, sem autonomia e com escassez de recursos humanos. O modelo pedagógico achava-se fragmentado e compartimentado, com pouca produção de conhecimento científico e inadequados às demandas sociais. Foi observado que o corpo docente era mal remunerado, corpo docente médico com atividades de 20 hs, docência como exercício secundário e rara qualificação de pós-graduação *stricto sensu* para os médicos docentes. O ensino médico foi identificado como centrado no docente e com concentração na especialização do conhecimento. Os resultados demonstravam a baixa qualidade na formação médica no país e uma inadequação do egresso para atender às necessidades de saúde da população (VERAS; FEITOSA, 2019).

As discussões desenvolvidas pela CINAEM impulsionaram a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), em 1996, que confere às Instituições de Ensino Superior (IES) autonomia para delinear currículos compatíveis com as realidades

regionais. Seu trabalho continua sugerindo propostas e diretrizes para o ensino médico futuro. (VERAS; FEITOSA, 2019).

1.1.1.3 Início do Século XXI até a atualidade

Este século é marcado pelo conceito abrangente de saúde, a partir de políticas públicas que promovem a integração ensino/serviço, o desenvolvimento de competências para os profissionais trabalharem nos serviços de saúde do SUS e atendimento individualizado das necessidades de cada população. Acrescente-se que o conceito promoveu alterações na formação médica e no perfil do profissional recém-saído das universidades.

A CINAEM, a partir de 2001, desenvolveu várias diretrizes e recomendações, entre elas: integração ensino/serviço por meio da introdução dos acadêmicos em prática de saúde no SUS e serviços credenciados do SUS e/ou comunidades, desde o início do curso. Além disso, estimulou o credenciamento de profissionais dos serviços como preceptores e tutores de ensino e recomendou a aprovação das novas Diretrizes Curriculares para o Curso de Medicina (BULÇÃO, 2004).

Entre 2001 e 2005, o governo elaborou diversas políticas públicas, pela via dos Ministérios da Saúde e Educação, com o objetivo de promover mudanças na formação em saúde e na distribuição geográfica dos profissionais de saúde (GONÇALVES; BENVIDES-PEREIRA, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Com o intuito de reorientar a formação, foram homologadas pelo Ministério da Educação, em 2001, novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da Área de Saúde. Foi constituída a proposta de um novo modelo de formação médica, com enfoque nas ações interdisciplinares, transdisciplinares e multiprofissionais. O ser humano passa a ser observado na sua integralidade, considerando as dimensões sociais, econômicas e culturais da população, contrapondo-se ao modelo vigente, compartimentalizado e com visão reducionista (BRASIL, 2001; NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005).

As DCNs de 2001 orientam para uma grade curricular baseada em competências, que foram divididas em 6 áreas temáticas a serem desenvolvidas durante o curso: atenção à saúde; tomada de decisões, comunicação; liderança; administração e gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2001; FERREIRA *et al.*, 2019).

A reestruturação curricular, proposta pelas DCNs, visa integrar disciplinas, otimizar a carga horária, construir o conhecimento por meio da realidade social, e reconhecimento de habilidades. O enfoque deve promover a saúde integral do ser humano, com um olhar além da

ótica biológica. A proposta foi considerada positiva pela comunidade acadêmica, que percebeu a necessidade de uma modernização do ensino médico, em consonância com os avanços tecnológicos e as demandas sociais (LAMPERT, 2002; NEVES; NEVES; BITENCOURT, 2005; BELTRAME, 2006; MITRE *et al.*, 2008; GONÇALVES; BENVIDES-PEREIRA, 2009)

O modelo de formação médica proposto, de acordo com as DCNs de 2001, foi referenciado como uma proposta que avaliava a importância da formação de um médico generalista, mais adequada às necessidades dos usuários por atender, principalmente, aos princípios norteadores do SUS (MITRE *et al.*, 2008).

Os Ministérios da Saúde e da Educação promoveram a criação, em 2002, do Programa de Incentivos às Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina (Promed), com o objetivo de incentivar as escolas médicas a fazerem mudanças nos cursos de graduação. Fez-se necessário adequar a formação médica à realidade do atual sistema de saúde, baseada nos relatórios da CINAEM. (BRASIL, 2002; OLIVEIRA *et al.*, 2008).

O Promed apresenta o lema “uma nova escola para um novo sistema de saúde” e consistia em incentivos, pelo MEC, para as instituições de ensino superior que adotassem práticas de ensino, pesquisa e atenção à saúde, em sincronia com o objetivo de formar recursos humanos em consonância com as necessidades de SUS e seus usuários. O projeto propunha 3 eixos gerais, com vetores a serem desenvolvidos: 1. Orientação teórica e produção de conhecimento segundo as necessidades do SUS, oferta de pós-graduação e educação permanente); 2. Abordagem pedagógica (mudança pedagógica e integração ciclo básico/profissional); 3. Cenário de práticas (diversificação de cenários do processo de ensino e abertura dos serviços universitários às necessidades do SUS). Todas essas mudanças visavam uma reorientação na formação médica para um modelo de atenção que atendesse ao princípio da integralidade do SUS (BRASIL, 2002).

No ano de 2002, foi lançado o programa Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (Ver-SUS) um projeto construído pela cooperação entre o Ministério da Educação e Cultura (MEC) e o Movimento Estudantil, com o objetivo de proporcionar aos estudantes dos cursos da área da saúde, uma vivência da realidade do SUS. O projeto pretendia reconhecer o sistema de saúde como um espaço de aprendizagem e orientação da graduação para práticas interprofissionais. Ainda no mesmo ano, foi instituído o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) como estratégia para enfrentar a má distribuição de médicos no país. (GONÇALVES; BENVIDES-PEREIRA, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2008).

O Ministério da Saúde instituiu, por meio da portaria nº 198/GM, de 13 fevereiro de 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), em continuidade à

formação de recursos humanos sintonizados com as necessidades do SUS. Foi uma estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o setor, além de criar os Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), compostos por gestores nas esferas estaduais e municipais, instituições de ensino com curso nas áreas da saúde, centros formadores das secretarias estaduais ou municipais de saúde, núcleos de saúde coletiva, estudantes e trabalhadores da área de saúde, conselhos municipais e estaduais de saúde e movimentos sociais ligados ao sistema de saúde (BRASIL, 2004)

Em 2005, foi implementado pelo MEC, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 2.101, para estimular mudanças no modo de desenvolver os conhecimentos e promoção de uma assistência integral ao processo saúde-doença. O programa está baseado nos conhecimentos adquiridos em experiências de integração ensino/serviço e das avaliações do Promed, no sentido de reorientar a formação profissional e garantir uma abordagem integral à saúde, com destaque para a Atenção Primária. O Pró-Saúde está estruturado em 3 eixos, com vetores específicos em cada um: 1. Orientação teórica (determinantes de saúde e doença, produção de conhecimento segundo as necessidades do SUS, pós-graduação e Educação Permanente); 2. Cenários de Prática (Integração docente-assistencial, diversificação de cenários do processo de ensino e articulação dos serviços universitários com o SUS) e 3. Orientação pedagógica (Análise crítica da Atenção Básica, Integração ciclo básico/ciclo profissional e mudança metodológica). (BRASIL 2005; GONÇALVES; BENVIDES-PEREIRA, 2009; OLIVEIRA *et al.*, 2008; VENDRUSCULO; PRADO; KLEBA, 2016).

No Brasil, o cuidado com a formação dos profissionais de saúde, em consonância com o sistema de saúde ocorreu na década de 2000, demonstrado por meio da criação do Promed, Ver-Sus e Pró-saúde que visavam a reorientação do formação médica. Com o conhecimento acumulado pelos avanços e desafios, ainda por superar, foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), em 2008. Apresenta os objetivos de promover a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, melhorar a qualidade da formação de grupos de aprendizagem tutorial e interdisciplinar, a implementação das diretrizes curriculares, articulação ensino/serviço e o egresso com perfil para atender às necessidades do SUS (BRASIL, 2008)

O PET-Saúde, de acordo com a Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, constitui-se em:

[...] instrumento para viabilizar programas de aperfeiçoamento e especialização dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho, estágios e vivência,

dirigidos aos estudantes da área, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2008).

Apesar das mudanças já ocorridas, o sistema de saúde brasileiro continuava a apresentar diversos problemas a serem superados: aumento das doenças crônicas não transmissíveis, decorrente do envelhecimento da população; dificuldades na assistência fora do modelo hospitalocêntrico; falta de acesso à atenção primária, ausência de médicos nas equipes de saúde da família; concentração de médicos em grandes centros urbanos e escassez no interior dos estados, o que gera desigualdades da população nas diferentes regiões do país, em relação ao acesso e cuidados médicos. Esses obstáculos levaram o governo a instituir o Programa Mais Médicos, pelo projeto de lei nº 12.871, de 22/10/2013. (BRASIL, 2013; SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015).

O programa apresentava 3 ações estratégicas: aumento das vagas e criação de novos Cursos de Medicina pautados nas DCNs revisadas; construção de novas Unidades Básicas de Saúde; prover médicos brasileiros e estrangeiros em áreas de vulnerabilidade e reorientar a formação médica na graduação e pós-graduação. Essas estratégias provocaram uma revisão das DCNs de 2001 e a necessidade de novas Diretrizes, em sintonia com as necessidades de saúde brasileira. Em 2014, foi promulgada as novas DCNs para os cursos de graduação em Medicina, ainda em vigor. (BRASIL, 2014; SANTOS; COSTA; GIRARDI, 2015).

Em contraponto às DCNs de 2001, as DCNs de 2014 dão relevância ao campo da Saúde Coletiva, por considerar o cenário brasileiro em relação aos aspectos epidemiológicos, ambientais, sanitários e demográficos das diferentes populações e as condições de risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014; FERREIRA *et al.*, 2019).

As DCNs de 2014 mantiveram o currículo baseado em competências como as DCNs de 2001, contudo, diversamente destas, que possuíam 6 áreas temáticas, passou a agrupar as competências em três eixos: Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação continuada (BRASIL, 2014; FERREIRA *et al.*, 2019).

A partir do incremento das DCNs do Curso de Graduação em Medicina, foi reafirmada a construção de um perfil acadêmico e profissional dos egressos, com entendimento dos atuais conceitos de saúde, com o propósito de atender às demandas do sistema de saúde vigente (SUS) e prioridades da população, nos diferentes contextos socioeconômicos nos quais estão inseridas (BRASIL, 2014; NOGUEIRA, 2014).

As orientações das DCNs de 2014 visam formar médicos generalistas, críticos e reflexivos, que prestam um atendimento integral e humanizado ao paciente, com uma compreensão ampla do processo saúde/doença. Que seja dispensado um atendimento de

qualidade, pautado em fundamentos científicos, escuta ativa, comunicação verbal e não verbal, adaptada ao contexto social da população (BRASIL, 2014). Nesse aspecto, incentivam, na formação do perfil profissional médico, o desenvolvimento de habilidades e competências para que atue com autonomia na tomada de decisões, responsabilidade pela sua educação continuada, exercício de participação social e cidadania. Some-se a isso, que adquira a capacidade de atuar de forma ética nos diversos níveis de atenção à saúde, de modo a prevenir, recuperar e reabilitar, com foco na integralidade do indivíduo (BRASIL, 2014; PREVEDELLO; SEGATO; EMERICK, 2017).

Vale destacar que as DCNs de 2014 orientam a elaboração dos currículos das escolas médicas, para que fomentem o desenvolvimento de habilidades de liderança, por intermédio da construção de parcerias e trabalho em equipe multiprofissional. Além do mais, destacam a importância da comunicação adequada com colegas de trabalho, pacientes e familiares, tendo em vista o bem-estar da comunidade. No âmbito da educação em saúde e educação continuada, as DCNs estimulam a aprendizagem interprofissional, com o intuito de promover a melhoria da atenção e do trabalho em saúde (BRASIL, 2014).

Desde o surgimento das DCNs do Curso de Graduação em Medicina, de 2001, notou-se o estímulo para a utilização de estratégias de ensino ativas, fundamentadas nos conceitos construtivistas de aprendizagem, no campo teórico e prático, nas quais o processo de ensino está centrado na autonomia do estudante (CYRINO; TORRALES-PEREIRA, 2004; MITRE *et al.*, 2008; ABREU, 2009; PREVEDELLO; SEGATO; EMERICK, 2017).

A criação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos Cursos de Graduação para a Área de Saúde, entre os anos de 2001 e 2014, representou uma tentativa de integrar saúde e educação. Para tanto, as DCNs constituíram-se em um guia para o ensino, com o desenvolvimento de competências e habilidades, com a meta de formar profissionais da área de saúde aptos a trabalhar em equipe e atenderem às crescentes necessidades de saúde da população (BRASIL, 2001; BRASIL, 2014; *et al.*, 2015).

Apesar das DCNs de Cursos de Graduação da Área da Saúde optarem por um modelo de formação pautados nos princípios do SUS, a OMS identifica que os sistemas de saúde mundiais são segmentados e com dificuldades para resolver as questões de saúde coletiva. A OMS e a OPAS demonstram ainda que existe carência mundial de profissionais de saúde e, no Continente Americano, milhões de pessoas sofrem com a falta de acesso aos serviços de saúde (OMS, 2010; PAHO, 2014). Aos profissionais da saúde, em atuação ou formação, apresenta-se o desafio de garantir à população o acesso aos serviços de qualidade, diante dos problemas de saúde cada vez mais complexos (OMS, 2010; PAHO, 2014).

Nessa perspectiva, lideranças nacionais e internacionais têm enfatizado que a formação do profissional em saúde, pautada em estratégias de ensino ativas e que integrem estudantes de diferentes profissões, pode contribuir para a qualidade do cuidado em saúde (MIRANDA; LEONELLO; OLIVEIRA, 2015; COSTA, 2016; SILVA *et al.*, 2015; REEVES, 2016).

Considerando a problemática que envolve a formação de profissionais médicos aptos para trabalhar em equipe, acredita-se haver necessidade de ações sistematizadas, que visem aprimorar a qualidade da formação.

1.1.2 Educação Interprofissional

Como parte do processo de discussão da formação de novos médicos, a Educação Interprofissional tem sido reconhecida como uma das estratégias para formação de profissionais de saúde que favorece a integralidade, promoção do cuidado adequado à população e a redução da influência de modelos de formação centrados apenas na cura de doença. Destacam-se, especialmente, as DCNs de 2001 e 2014 por introduzirem a educação interprofissional nos currículos médicos (OLIVEIRA *et al.*, 2008; MIRANDA; LEONELLO; OLIVEIRA, 2015; SILVA *et al.*, 2015).

1.1.2.1 Conceitos e terminologias

O conceito adotado de Educação Interprofissional, pela maior parte da literatura, é o definido, em 1997, pelo *Centre for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE), que considera Educação Interprofissional “- *occasions when two ou more professions learns with, from and about each other to improve collaboration and the quality of care*” (PEDUZZI *et al.*, 2013, p.978).

Um dos grandes obstáculos da Educação Interprofissional é a imprecisão terminológica. Com o passar dos anos, foram acrescentados na literatura termos competitivos originados de diferentes campos e configurações. Esta multiplicidade de terminologias utilizadas, de modo inconsistente, para descrever ocasiões em que as profissões aprendem juntas, gera confusão e erros entre professores, alunos, organizações e desenvolvedores de políticas de saúde, pois a utilização de termos distintos dificulta uma produção teórica e avaliativa do tema (BARR *et al.*, 2005; DONNELLY, 2019; LUCAS; SIMONETTI; CYRINO, 2018).

Na tentativa de solucionar essas dificuldades, desde 2005, o *Centre for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE) e a Biblioteca Cochrane têm se empenhado na construção de um referencial, com termos e conceitos padronizados, para facilitar a comunicação e estudos sobre Educação Interprofissional (CAIPE, 1997; PEDUZZI *et al.*, 2013). O entendimento da diferença entre as terminologias adotadas na literatura permite clarificar os construtos da educação interprofissional. Os termos multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar referem-se à forma e intensidade dos intercâmbios que ocorrem entre as disciplinas na esfera do ensino, pesquisa e do conhecimento. Já os termos uniprofissional, multiprofissional e interprofissional reportam-se à esfera da interação das práticas profissionais dos profissionais de saúde (LIMA *et al.*, 2018; PEDUZZI *et al.*, 2013).

O modelo de ensino na área da saúde é organizado sob a forma de disciplinas. Segundo Furtado (2007, p.240):

[...] disciplinas nada mais são do que um saber organizado, constituído por um conjunto de teorias, conceitos e métodos voltados para melhor compreensão de fenômenos”, ou seja o estudo de uma área específica do conhecimento. Para categorizar a interação entre as disciplinas e áreas do conhecimento alguns autores construíram conceitos que definem estas inter-relações. (FURTADO, 2007, p.240)

Nesta categorização, o conceito multidisciplinaridade é utilizado quando ocorre uma justaposição das disciplinas que se apresentam independentes umas das outras, coexistindo lado a lado, sem uma interação entre elas. O termo pluridisciplinaridade é aplicado quando existem relações complementares entre disciplinas afins, com uma cooperação entre as disciplinas, porém sem uma coordenação. A interdisciplinaridade representa um nível maior de relações entre as disciplinas, com um princípio comum a uma ou mais disciplinas, que interagem entre si, em busca de objetivos múltiplos coordenadas por uma delas. (FURTADO, 2007; PEDUZZI *et al.*, 2013; SOMMERMAN, 2005). O termo surgiu com o objetivo de agregar o conhecimento fragmentado decorrente da divisão das disciplinas, que nem sempre atende às demandas dos pesquisadores em investigações de áreas complexas (D'AMOUR; OANDASAN, 2005). Quanto ao termo transdisciplinaridade, é utilizado para uma etapa superior de integração, em que não existem fronteiras disciplinares, com uma coordenação e cooperação de todas as disciplinas pautadas em uma axiomática geral, que visa a complexidade dos saberes. (FURTADO, 2007; PEDUZZI *et al.*, 2013; SOMMERMAN, 2005).

Da mesma forma que os conhecimentos de uma determinada área foram sendo divididos em disciplinas, as profissões também foram se desenvolvendo de acordo com seus conhecimentos específicos, campos de atuação prática e responsabilidade profissional, regidos pela jurisdição específica de cada área (D'AMOUR; OANDASAN, 2005). Para qualificar a

educação das profissões de saúde e o trabalho em equipe, com foco nas práticas colaborativas, são utilizados termos similares ao descritos para a classificação da interação das disciplinas (LIMA *et al.*, 2018; PEDUZZI *et al.*, 2013): uniprofissional, multiprofissional, multidisciplinar e interprofissional.

Segundo uma revisão sistemática, realizada em 2008, por Reeves *et al.*, (2008), a Educação Uniprofissional é o processo no qual as atividades educativas ocorrem entre estudantes da mesma profissão, isolados dos demais. A EU cria valores, cultura e identidade profissional e possui como foco o domínio de conhecimentos específicos, tipos de habilidades e condutas inerentes à profissão. Apresenta, como dificuldade, a manutenção de estruturas hierárquicas tradicionais e barreiras profissionais visto que a falta de interação com outros profissionais dificulta o reconhecimento de papéis, conhecimentos e de competências das outras profissões da área da saúde (DONNELLY, 2019; PEDUZZI *et al.*, 2013; REEVES *et al.*, 2008).

Na Educação multiprofissional ocorre um compartilhamento de experiências profissionais de forma paralela, sem necessidade de interação, como por exemplo ocorre em uma palestra assistida por membros de diferentes profissões (GURAYA; BARR, 2018; REEVES *et al.*, 2008).

Outro termo que aparece na literatura é o Aprendizado Multidisciplinar ou Equipe multidisciplinar em que a interação envolve membros da mesma profissão, com diferentes especialidades, por exemplo, médicos de áreas clínicas diversas. Este conceito baseia-se na premissa de que referem-se a uma disciplina acadêmica ou subespecialidades, dentro de uma mesma profissão, por exemplo, anestesia, radiologia, pediatria, etc. (DONNELLY, 2019).

Conforme D'Amour e Oandasan (2005), a divisão de responsabilidade profissional por especialidades raramente consegue promover a entrega do cuidado de forma integral e unificada, de modo a atender às necessidades, tanto de pacientes quanto de profissionais. Entender a interprofissionalidade direciona o cuidado para uma prática mais colaborativa e menos fragmentada. Ao compreender o conceito da interprofissionalidade, permite-se estudar as intervenções interprofissionais na área da educação ou da prática (D'AMOUR; OANDASAN, 2005)

A Educação Interprofissional, segundo o conceito definido acima, difere da Educação Multiprofissional, pois o reconhecimento de papéis, competências e saberes de outras profissões ocorre de forma interativa (DONNELLY, 2019; PEDUZZI *et al.*, 2013). É reconhecida como necessária para o desenvolvimento da prática colaborativa.

A prática colaborativa é compreendida pela OMS (2010, p.7) “quando vários profissionais de saúde, com diferentes experiências profissionais trabalham com pacientes,

famílias, cuidadores e comunidades para prestar assistência da mais alta qualidade” e sua instituição fortalece os sistemas de saúde e a qualidade da atenção à saúde (PEDUZZI; AGRELI, 2018; WHO, 2010).

O conhecimento dos conceitos permite o entendimento adequado sobre a Educação Interprofissional, sua implementação e normatizar os trabalhos de pesquisa.

1.1.2.2 Evolução histórica da Educação Interprofissional

A origem da Educação Interprofissional é recente. A literatura informa que, na década de 1960, surgiram os primeiros movimentos de iniciativas de ensino interprofissional em nações da Europa, na América do Norte e na Austrália, cada país motivado por diferentes necessidades objetivando atender às necessidades em saúde de suas populações (BARR, 2015; MEADS *et al.*, 2005). O termo interprofissional foi utilizado, pela primeira vez, por John McCreary, um decano de 1959-1972 da Faculdade de Medicina da Universidade de Columbia (PAHO, 2016).

De acordo com Barr (2015), a gênese da EIP foi atribuída a um grupo Expert, convocado pela OMS, em Genebra, no ano de 1987. O relatório produzido pelo grupo e intitulado *Learning together to work together for health* reafirmou e reforçou as convicções apresentadas anteriormente pela OMS (BARR, 2015; MEADS *et al.*, 2005; WHO, 1988).

A seguir, serão discutidos os movimentos do desenvolvimento da EIP no cenário internacional e brasileiro.

1.1.2.3 Cenário Internacional

Na década de 1960, com a propagação da medicina preventiva, surgem as primeiras propostas de trabalho em equipe e também a primeira oportunidade para a curricularização, na graduação, do trabalho em equipe multiprofissional, liderado pelo médico (PEDUZZI *et al.*, 2016).

Na mesma década, motivados por necessidades distintas, começaram os primeiros movimentos de iniciativas de ensino interprofissional na Europa, América do Norte e Austrália. A EIP desenvolveu-se, inicialmente, em maior escala no Reino Unido. Mais tarde, na década de 1970, expandiu-se em alguns países europeus, com iniciativas na Noruega e, a partir da década de 80, na Finlândia, Bélgica, França, Alemanha, Holanda, Polônia, Eslovênia, Espanha e Suíça (BARR, 2015; MEADS *et al.*, 2005)

O desenvolvimento de equipes interprofissionais no Reino Unido, durante os anos 60 e 70, foi motivado pela necessidade local para melhorar as relações profissionais em equipes comunitárias e de atenção primária. Na Dinamarca, os movimentos buscavam integrar os cuidados de saúde e serviços sociais, para prevenir a exclusão de pessoas com deficiências físicas, sociais e melhorar a assistência em saúde. (BARR, 2015; MEADS *et al.*, 2005).

Na América do Norte, os movimentos iniciaram praticamente ao mesmo tempo, no Canadá e nos EUA. No Canadá, a primeira iniciativa de EIP ocorreu no meio dos anos 60, na Universidade de British Columbia, com o intuito de diminuir falhas de colaboração entre as profissões. O movimento estava fundamentado na premissa de que, para a constituição de uma equipe de saúde colaborativa, na qual cada integrante soubesse respeitar o outro, a aprendizagem deveria se desenvolver em um ambiente compartilhado e com os mesmos educadores (BARR, 2015).

As iniciativas nos EUA foram concebidas como alternativa para solucionar o excesso na especialização e profissionalização dos cuidados hospitalares, reduzir as fronteiras profissionais, a partir de uma abordagem holística da assistência em saúde. Programas pioneiros interprofissionais, com procedimentos baseados no trabalho em equipe, foram implementados em escolas americanas com diferentes focos: acadêmico, clínico, comunidade ou em uma combinação desses focos (BARR, 2015).

No continente australiano, na década de 1970, a Austrália instituiu, na Universidade de Adelaide, o primeiro programa de Educação Interprofissional na qual os alunos participavam de equipes multiprofissionais, visando a gestão de cuidados de saúde de membros da comunidade (BARR, 2015; MEADS *et al.*, 2005).

Como estratégia de força de trabalho, devido à escassez de médicos e serviços de saúde inadequados, especialmente em área rurais, o Irã criou, em 1974, uma faculdade multidisciplinar, com aprendizagem progressiva e inter-relacionada, entre profissionais de saúde da linha de frente ao médico especialista (BARR, 2015).

A OMS, em 1973, preocupada com a educação médica continuada, devido ao surgimento constante de novos conhecimentos científicos e mudanças na assistência em saúde, reuniu um comitê para revisar a educação médica. O relatório reconhecia os programas tradicionais e interprofissionais como complementares, sugerindo que programas de educação individuais de profissões da saúde deveriam ser mantidos. Ao mesmo tempo, deveriam ser ofertadas oportunidades de Educação Interprofissional para membros de equipes de saúde. Dessa forma, seria possível aprender, em conjunto, como resolver problemas de interesse comum e integrarem habilidades profissionais que garantam uma assistência em saúde mais

efetiva. Os membros desse comitê entendiam que a EIP seria uma estratégia para aumentar a satisfação no trabalho, ao promover uma assistência integral aos pacientes e um maior apreço público da equipe de saúde. (BARR, 2015; MEADS *et al.*, 2005; WHO, 1973).

Mais tarde, em 1978, na conferência em Alma-Ata, a OMS reafirma a EIP, orientando que os profissionais da área da saúde deveriam ser treinados social e tecnicamente para o trabalho em equipe, como uma estratégia de promoção de saúde intitulada *Health for All by the Year* (BARR, 2015; MEADS *et al.*, 2005; WHO, 1978; WHO, 1978)

Em 1987, é fundado no Reino Unido o *Center for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE), uma instituição independente composta por membros organizacionais, educadores, profissionais e pesquisadores da área de saúde ou áreas aliadas à medicina e serviço social, com o objetivo de promover a Educação Interprofissional (CAIPE, 1997). No ano seguinte, a Federação Mundial de Educação Médica reconhece a Educação Interprofissional e convoca as nações a treinarem seus médicos, associado ao treinamento das demais profissões da saúde. Em 1993, são reforçados os resultados que a EIP proporciona à profissão: médicos menos dispendiosos e mais habilitados a trabalhar em equipe em prol dos pacientes (BARR, 2015).

Além da OMS, a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) realizou, em 1997, uma conferência para promover a troca de experiências entre os países sobre programas interprofissionais (BARR, 2015).

A partir da liderança da OMS, surgiram dois movimentos: o primeiro, em 1979, chamado de Rede, sediado em Maastricht, na Holanda, objetivava a promoção do ensino médico baseado na comunidade, por meio da metodologia ativa *Problem Basic Learning* (PBL). A Rede passou a se interessar e a promover a EIP, unindo-se à Rede Europeia para Desenvolvimento da Educação Multiprofissional (EMPE), em 1987 e, mais recentemente, à Rede Rumo à Unidade para a Saúde (MEADS *et al.*, 2005).

O segundo movimento foi desenvolvido mais tardiamente, conecta de forma espontânea grupos comprometidos com EIP, como o CAIPE a programas e pessoas envolvidas com EIP no mundo. O objetivo é promover a educação e a prática interprofissional e utiliza o *Journal of Interprofessional Care* como veículo de divulgação da EIP e troca de experiências (MEADS *et al.*, 2005).

Os incentivos das instituições internacionais estimularam a propagação da EIP em países do Oriente Médio, África, América Latina e países Asiáticos. Na América Latina e Caribe, em 1990, a EIP foi incentivada em 11 países em desenvolvimento, incluindo o Brasil,

pelos projetos da OMS, apoiados pela Fundação Kellog, que tinham como objetivo integrar a instituição de ensino, a rede de saúde e a comunidade (BARR, 2015)

Nos países Asiáticos e do Pacífico, a EIP foi desenvolvida a partir do ano 2000, inicialmente, no Japão, motivada pelo aumento da expectativa de vida, disparidade da assistência entre as regiões decorrente da falta de profissional e a preocupação com a qualidade da assistência (BARR, 2015).

No ano de 2010, a OMS publicou o Marco para a Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, o qual exerceu importante papel de divulgação dos pressupostos da EIP. O conteúdo da publicação é expressivo e demarca o forte compromisso da organização para com o fortalecimento desse tema, por meio de recomendações nas políticas de formação profissional em saúde, incluindo a EIP em sua agenda de prioridades (WHO, 2010).

A OMS vem reafirmando a EIP como uma estratégia para a qualificação da força do trabalho em saúde, demonstrada no relatório lançado em 2016, intitulado “Estratégia Global de Recursos Humanos para a Saúde: força de trabalho 2030”. O relatório orienta que as IES públicas e privadas devem adaptar seus currículos, de forma a alinhar a formação às necessidades do sistema de saúde do país e promover responsabilidade social, educação interprofissional e prática colaborativa (WHO, 2016).

Desde que a Organização Mundial da Saúde começou a recomendar a Educação Interprofissional (EIP), a estratégia tem sido introduzida na graduação médica, mundialmente, mas as experiências demonstram que a implementação da EIP é desafiadora e necessita de apoio em todas as esferas. Na esfera micro (ensino) é necessário o estímulo à socialização, diminuir percepções errôneas e estereótipos negativos, estrutura física, desenvolvimento do corpo docente e disponibilidade dos estudantes para a EIP. Na esfera meso (institucional), são essenciais lideranças fortes e comprometidas, recursos financeiros e estrutura física e, na esfera macro (sistêmico), um sistema educacional e estruturas institucionais, políticas governamentais de saúde promotoras da EIP (BOGOSSIAN *et al.*, 2022).

1.1.2.4 Histórico da EIP no Brasil

O histórico Brasileiro do desenvolvimento da EIP inicia com as orientações da OPAS, da década 1960, que demonstrava a necessidade de alterações na formação na área da saúde. Os dados registravam uma deficiência de profissionais e a má distribuição dos profissionais da saúde, que se concentrava em regiões ricas e grandes centros. Em 1973, a OPAS firma seu primeiro acordo com o Brasil, com a finalidade de organizar recursos humanos para a saúde brasileira. O acordo orienta reformas curriculares do ensino médico e outras profissões, visando um currículo na graduação mais generalista. Tal perspectiva inclui como estratégia pedagógica maior integração entre a graduação em saúde e sistema de saúde, fomento à integração interprofissional e recursos para o desenvolvimento da aproximação docente/assistência (BARR, 2015; PAIVA *et al.*, 2008; PEDUZZI *et al.*, 2013).

Iniciativas relevantes ocorreram nas décadas seguintes, que tinham como alvo reorganizar a formação em saúde em direção aos construtos conceituais e metodológicos da EIP.

No início da década de 1990, houve uma importante iniciativa para alterar a formação médica, nas universidades de Londrina, Marília, Botucatu, Brasília, Salvador e Natal, do programa UNI – Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais do Setor de Saúde, patrocinada pela Fundação Kellogg. O programa propunha uma mudança no modelo de ensino, a partir das críticas ao modelo flexneriano, incorporando a multiprofissionalidade, a interdisciplinaridade e a integração ensino/serviço. (BARR, 2015; FREIRE FILHO *et al.*, 2019).

Um marco político importante no incentivo para reorientar a formação em saúde, na lógica da EIP, foi a instituição, pelo Ministério da Saúde, em 2004, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). O PNEPS instituía como uma de suas diretrizes, a articulação e o estímulo para alterar o ensino e práticas de saúde, no conjunto do SUS, com a implementação das DCNs nos cursos da área da saúde, pelas instituições de ensino e rede de serviços e gestão em rede-escola (BRASIL 2004; FREIRE FILHO *et al.*, 2019).

Em 2004, foi criado o Fórum Nacional da Educação das Profissões da Área de Saúde (FNEPAS), formado por diversas entidades representativas de classes ligados à área da saúde e apoiado pelo Ministério da Saúde. O propósito era promover e contribuir para processos de mudanças curriculares nos cursos de graduação, em consonância com os princípios do SUS, tornando-se um espaço importante para discutir a EIP (BARR, 2015; FREIRE FILHO *et al.*, 2019).

Outro avanço importante, que demonstrava uma clara orientação para o uso da EIP na formação foi o PET-Saúde. O PET-Saúde mostra-se alinhado às DCNs, e seus resultados têm relevância na prática interprofissional e na integração ensino-serviço-comunidade ao inserir um estudante em cenário real. O aluno aproxima-se do contexto social e sanitário da população, além de possibilitar aprendizagem espontânea, constante e crítica, e o desenvolvimento de habilidades para promover atendimento centrado no paciente (MADRUGA *et al.*, 2015; FORTE *et al.*, 2016).

No que se refere à participação docente no PET-Saúde, apesar de desafiadora, é experiência positiva para a EIP. O trabalho interprofissional faz com que o docente revise processos de ensino e busque soluções criativas, aproxima docentes de outros cursos, reduz preconceitos entre profissionais, amplia o reconhecimento de papéis e funções e promove o aprendizado sobre o serviço e SUS, de modo a melhorar a colaboração. Para os trabalhadores da saúde do programa, o PET-Saúde contribui para a integração ensino/serviço, pois os profissionais da rede atuam como preceptores, enquanto realizam formação pedagógica e desenvolvimento de competências para o trabalho interprofissional e práticas colaborativas (MADRUGA *et al.*, 2015; FORTE *et al.*, 2016).

O incentivo à EIP, pela OMS, por meio da publicação do Marco para a Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, também exerceu influência na integração da EIP nas futuras políticas de educação e saúde brasileiras, bem como a sua divulgação no país (WHO, 2010)

A implementação, em 2014, das novas DCNs para os cursos de Medicina foi outro movimento importante para reestruturar a formação e incentivo para a EIP no Brasil. As DCNs explicitam claramente a EIP, ao orientar em suas diretrizes a necessidade do desenvolvimento de competências para aprender interprofissionalmente, para trabalhar interprofissionalmente em equipe de saúde. Além do mais, orienta sobre uma matriz curricular que promova a integração das disciplinas e a interdisciplinaridade, considerando todas as dimensões do indivíduo no processo de ensino/aprendizagem. Essas diretrizes visam a formação de um médico que exerça a medicina alinhado aos princípios da universalidade, equidade e integralidade do SUS (BRASIL, 2014; FREIRE FILHO *et al.*, 2019).

Em dezembro de 2016, a OPAS realizou uma reunião em Bogotá, Colômbia, com seus Estados membros, no sentido de oferecer aportes e debater as bases metodológicas, estruturas e fundamentos para a EIP, compreender as experiências realizadas e elaborar um plano de ação nacional para sua implementação (PAHO, 2017)

O debate sobre a evolução da EIP no Brasil explanou sobre as políticas de saúde pública instituídas para promoverem a integração ensino-saúde-comunidade e a reorientação da formação dos profissionais da saúde. Foram citados os programas: Projeto de Integração- Docente Assistencial (fortalecimento da integração entre os serviços de saúde e universidades), Promed, Pró-saúde, Ver-SUS, DCNs para os cursos da saúde e Pet-Saúde. Da mesma forma, foram apresentadas as iniciativas desenvolvidas em diversas universidades do país, mas foi destacado a importância de se refletir sobre o conceito da EIP: reunir estudantes de diversas profissões em um espaço comum não representa o conceito da EIP (PAHO, 2017)

Persistia uma confusão conceitual do termo interprofissionalidade como sinônimo de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade e foi sugerida a necessidade do reconhecimento de suas bases metodológicas e conceituais para o pleno desenvolvimento. Outras sugestões foram apresentadas para o desenvolvimento da EIP brasileiras, tais como, pesquisas para aumentar a visibilidade da EIP e enfatizar o trabalho em equipe pelo PET-saúde e DCNs (PAHO, 2017).

Mediante o incentivo da OPAS, o Ministério da Saúde passou a priorizar em suas pautas a EIP. No ano seguinte, em 2017, promoveu integração com o MEC, IES e a Rede Brasileira de Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde (ReBETIS) para discutir a EIP e elaborar um plano de ação para implementar a EIP no Brasil. Desses debates surgiu o Plano de Ação para Fortalecimento da EIP no Brasil, que deveria ser desenvolvido até 2019. O plano era organizado em 5 linhas de ação: 1. Fortalecimento da EIP como dispositivo para Reorientação dos Cursos de Graduação em Saúde; 2. Levantamento das iniciativas de EIP no Brasil; 3. Desenvolvimento docente para EIP; 4. Fortalecimento dos espaços de divulgação e produção de conhecimento da EIP; 5. EIP nos espaços de educação permanente em saúde (BRASIL, 2017; FREIRE FILHO et al., 2019).

O referido Plano de Ação foi considerado um marco importante para o desenvolvimento da EIP no Brasil. O resultado dessas ações possibilitou o reconhecimento das principais necessidades e desafios para a implementação da EIP nas IES brasileiras e sugestões para o seu fortalecimento. Ações que foram fundamentais, como a incorporação da EIP nas DCNs dos demais cursos da área de saúde, mapeamento das iniciativas de EIP no Brasil e suas características, curso para qualificação de docentes para EIP, chamada pública para divulgação na Revista Interface: Comunicação, Saúde e Educação de iniciativas e experiências em EIP, realização da II Reunião Técnica Regional sobre EIP: Melhorar a Capacidade dos Recursos Humanos para Avançar a Saúde Universal, formalização da Rede Regional de Educação Interprofissional das Américas (Reip), cursos *on-line* para médicos do Programa Mais Médicos,

lançamento do Laboratório de Inovação em Saúde, apoio do Ministério da Saúde aos eventos do ReBTIS e lançamento do PET-Saúde/Interprofissionalidade (FREIRE FILHO *et al.*, 2019)

Os governos, nas últimas duas décadas, têm realizado esforços via políticas de saúde pública e programas para reorientar a formação médica, em conformidade com as diretrizes do SUS. No entanto, somente nos últimos anos tem ocorrido de forma mais clara a incorporação de políticas que fomentem a EIP no Brasil. A EIP tem sido considerada uma ferramenta capaz de enfrentar os desafios relacionados com a formação em saúde. Observa-se que ainda existe um longo caminho a percorrer para que a EIP seja completamente implementada e sustentada na formação dos profissionais.

1.1.2.5 A EIP como estratégia na formação

Para resultados positivos, no cuidado em saúde, é necessário que os profissionais trabalhem em equipe, de forma coordenada, colaborativa e efetiva, em busca da integralidade, na promoção, prevenção e recuperação para da saúde (TURRENTINE *et al.*, 2016; SIMKO *et al.*, 2017).

A OMS tem colocado a educação interprofissional e a prática colaborativa como uma estratégia para providenciar uma melhora na qualidade dos serviços de saúde, diante da complexidade crescente das dificuldades da área de saúde e da importância de uma assistência integrada e de qualidade ao paciente (WHO, 2010).

Na formação superior em saúde, as oportunidades de Educação Interprofissional podem ser uma das estratégias para desenvolver a habilidade do trabalho em equipe (BATISTA, 2012; KOO *et al.*, 2014; TURRENTINE *et al.*, 2016; SIMKO *et al.*, 2017) ao oportunizar espaços para aprendizagens compartilhadas, entre diversas profissões, com impactos na qualidade do atendimento (BATISTA, 2012; SIMKO *et al.*, 2017; WHO, 2010).

Outras vantagens do ensino na lógica da Educação Interprofissional podem ser identificadas nos benefícios para os estudantes: melhora da colaboração e socialização (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; REEVES, 2016; SIMKO *et al.*, 2017), da confiança (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; REEVES, 2016; SIMKO *et al.*, 2017), do pensamento crítico (SIMKO *et al.*, 2017) e da satisfação (SIMKO *et al.*, 2017; MADRUGA *et al.*, 2015), refletindo uma melhor assistência ao paciente após a graduação (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; REEVES, 2016).

Outro aspecto relevante é a atuação do estudante para modificar atitudes e percepções negativas, por meio de ajustes de falhas de comunicação e reforçar, positivamente,

a identidade profissional entre os profissionais de saúde na graduação (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; REEVES, 2016; COLLINS *et al.*, 2017).

Em uma revisão sistemática, Reeves *et al.* (2013) descrevem o aumento da satisfação dos usuários, maior taxa de aderência ao tratamento e comportamento colaborativo por pacientes atendidos por unidades interprofissionais (REEVES *et al.*, 2013). Dados posteriores da literatura referem, além da satisfação dos usuários, a possibilidade do aumento da eficácia do atendimento e redução de erros e médicos, em usuários de unidades interprofissionais (REEVES, 2016; SIMKO *et al.*, 2017).

Em relação aos serviços públicos de saúde, a Educação Interprofissional aumenta a resolutividade e qualidade dos serviços, evita omissões ou duplicação de cuidados, esperas e adiamentos desnecessários; amplia e melhora a educação entre os profissionais; proporciona reconhecimento das contribuições específicas de cada área e as fronteiras sobrepostas e flexibiliza os papéis dos profissionais (PEDUZZI *et al.*, 2013).

Nesse panorama, visualiza-se portanto, que a Educação Interprofissional, pautada em uma formação que utilize estratégias de ensino ativos e que estimule o pensamento crítico-reflexivo, pode ser recurso auxiliar na formação de profissionais competentes, para resolver os problemas da comunidade, a partir do trabalho em equipe e colaborativo.

Acredita-se que a Educação Interprofissional, enquanto estratégia de ensino ativa, somente terá impacto positivo na formação de profissionais da área da saúde, se os estudantes se sentirem disponíveis para o aprendizado compartilhado e satisfeitos com seu processo ensino/aprendizagem. Nesse contexto, que possam entender a relevância do trabalho colaborativo em equipe, ao prestar assistência em saúde e do papel desempenhado por cada profissional, em busca de um objetivo comum, que é a segurança e o bem-estar do paciente.

2.1 Objetivo geral

- ✓ Analisar a Educação Interprofissional nas escolas médicas do Mato Grosso, sob a ótica das Diretrizes Curriculares vigentes para o Curso de Medicina, nos cinco semestres finais da graduação.

2.2 Objetivos específicos

1. Avaliar a disponibilidade para o aprendizado compartilhado de estudantes de Medicina das escolas médicas do Mato Grosso.
2. Identificar possíveis relações entre a disponibilidade para o aprendizado compartilhado dos estudantes de Medicina e variáveis sociodemográficas;
3. Identificar a percepção dos coordenadores de curso de Medicina sobre o aprendizado Interprofissional nos cursos de Medicina.

3 REVISÃO DE LITERATURA

A Educação Interprofissional e a Prática Colaborativa têm sido temas de relevância por serem reconhecidos como abordagens baseadas em evidências, que permitem uma melhor resolutividade e qualidade da atenção levando a OPAS em 2014 a realizar uma reunião em Washington, D.C., EUA, com o objetivo de estimular os países a desenvolver estratégias de incentivo a Educação Interprofissional na formação inicial e continuada de profissionais de saúde, com foco no atendimento das demandas das populações (PAHO, 2014).

Com base nessas considerações já apresentadas na introdução e na relevância do tema para a saúde da população, propõe-se a realização de uma revisão integrativa dos estudos sobre a EIP no Brasil.

Os primeiros estudos sobre resultados de EIP brasileira, para a promoção de um cuidado integral em consonância com o SUS, foram publicados a partir de 2011 (SILVA *et al.*, 2015; SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018), contudo os efeitos de sua implementação são pouco conhecidos. Este estudo teve como objetivo mapear a produção científica brasileira sobre a aprendizagem de alunos de cursos da saúde no contexto da EIP, os desafios e os avanços para formadores e gestão. Busca-se contribuir com dados sobre os resultados de iniciativas de EIP brasileiras.

Adotou-se a *scoping review* para identificar de forma abrangente a literatura existente sobre EIP (ARMSTRONG; DOYLE; WATERS, 2011) considerando o *checklist* proposto por PRISMA-ScR (TRICO *et al.*, 2018). A *scoping review* foi escolhida porque permite síntese e análise de conhecimento científico disponível (WHITTEMORE, 2005), sem restringir os parâmetros para ensaios clínicos randomizados nem exigir avaliação de qualidade dos estudos (O'BRIEN *et al.*, 2016).

Foram utilizados cinco estágios (MELNYK e FINEOUT-OVERHOLTH, 2011): 1. pergunta de pesquisa; 2. identificação de estudos relevantes; 3. seleção de estudos; 4. mapeamento dos dados; 5. agrupamento e resumo dos dados.

No estágio 1, estabeleceu-se a questão de pesquisa (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLTH, 2011), sendo P para população: estudantes de ciências da saúde brasileiros (graduação ou pós-graduação); intervenção processos educativos; questão de interesse: educação interprofissional; resultado: oportunidades de aprendizagem; tempo: estudos publicados de 2010 a maio de 2020. A questão de pesquisa foi: “Como tem ocorrido a aprendizagem de estudantes brasileiros em processos formativos que utilizam a abordagem da EIP na visão do estudante, formador e gestor?”.

Dois pesquisadores independentes realizaram os estágios 2 a 4; em caso de divergências, houve um terceiro avaliador, que deliberava sobre a inclusão ou não do artigo na etapa.

No estágio 2, a busca de estudos ocorreu de 15 a 20 de maio de 2020, nas seguintes bases de dados: *Web of Science*, Periódicos Capes, Scopus e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Também foram consultadas as referências dos estudos incluídos na busca de estudos não identificados nas bases. A estratégia de busca foi desenvolvida com a assistência de especialista em informação em saúde e incluiu as palavras-chave “educação interprofissional” OR “interprofessional education” para as bases de dados *Web of Science* e Periódicos Capes. Nas bases BVS e Scopus, utilizou-se o descritor “educação interprofissional” OR “interprofessional education”.

Os filtros foram publicações dos últimos dez anos (de 2010 a maio de 2020), idiomas (português, inglês e espanhol) e local de publicação ou país de origem do estudo (Brasil); a partir daí, realizou-se a seleção de forma manual. Estudos em mais de um banco de dados foram considerados apenas uma vez.

No terceiro estágio, incluíram-se estudos que atenderam aos critérios de inclusão: 1. pesquisas originais realizadas no Brasil; 2. pesquisas com estudantes de graduação ou pós-graduação em saúde; 3. estudos com resultados sobre a aprendizagem dos alunos.

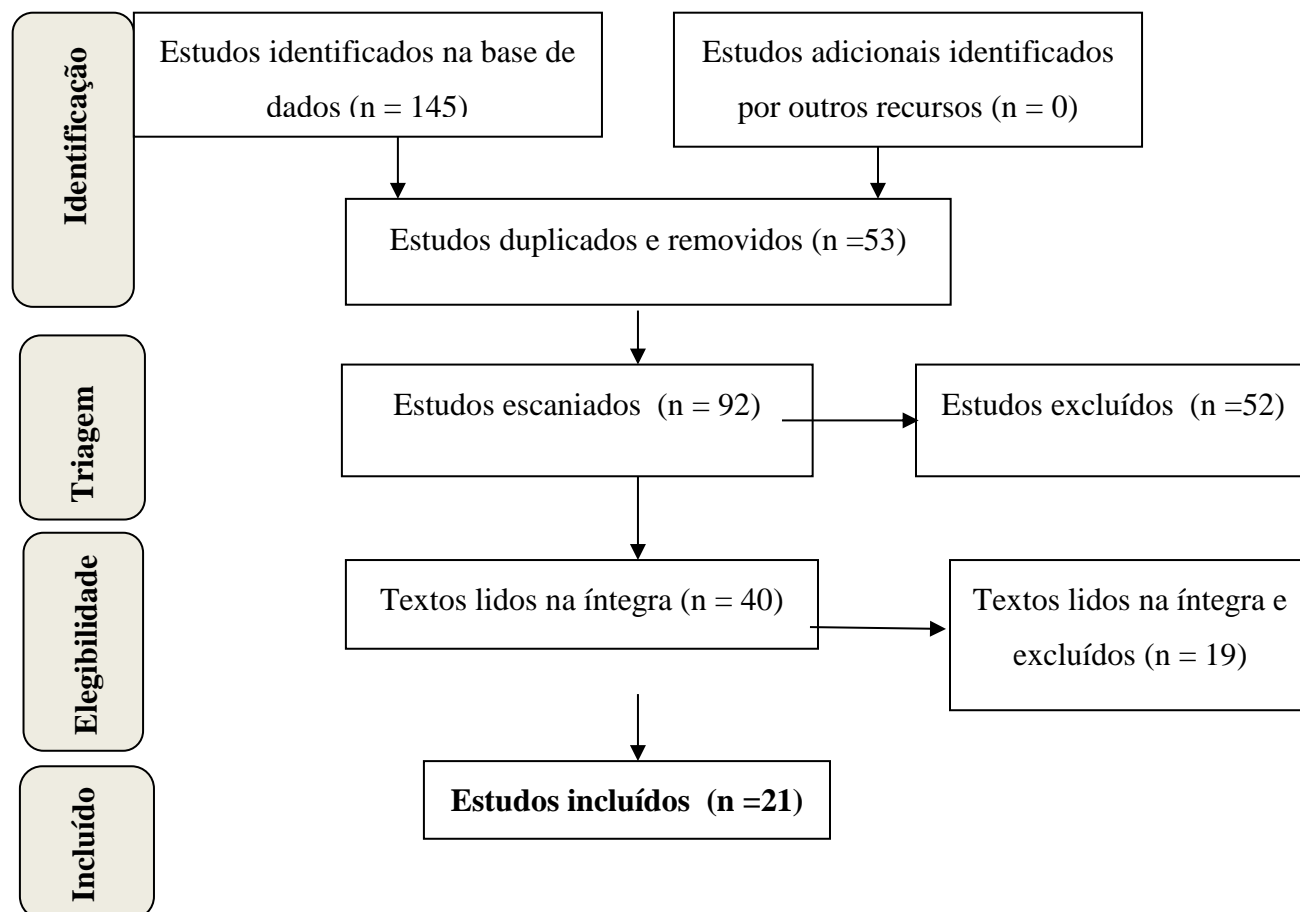
Excluíram-se os artigos que 1. não foram realizados no Brasil; 2. não avaliaram os resultados de aprendizagem de estudantes; 3. revisões, comentários, artigos de discussão ou editoriais, teses e dissertações.

Para a análise dos artigos incluídos, o mapeamento das informações relevantes para a síntese e interpretação dos dados representou o quarto estágio. Os dados foram extraídos e mapeados em instrumento adaptado (HARA *et al.*, 2016): identificação do estudo, tema do estudo, objetivos, tipo de pesquisa/delineamento, participantes, local de pesquisa, principais resultados e conclusões.

No estágio 5 (PAGE *et al.*, 2020), os achados foram agrupados e resumidos em um fluxograma e após sintetizados com o propósito de responder à pergunta da revisão.

As buscas resultaram em 145 estudos, dos quais 40 foram lidos na íntegra e 28 incluídos (Figura 1).

Figura 1 - Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097



Não foram localizadas publicações que atendessem aos critérios de seleção nos anos 2010, 2012, 2019 e 2020 (até mês de maio). Selecionaram-se estudos de 2011 (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011), 2013 (CAPOZZOLO *et al.*, 2013; ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013), 2014 (SOUTO; BATISTA; BATISTA, 2014), 2015 (CAMARA; GROSSEMAN; PINHO, 2015; CARDOSO *et al.*, 2015; MADRUGA *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2015), 2016 (ARRUDA *et al.*, 2016; FORTE *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016; PEREGO; BATISTA, 2016; TOASSI; LEWGOY, 2016), 2017 (ARAÚJO *et al.*, 2017; AZEVEDO; PEZZATO; MENDES, 2017; NUTO *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2017) e 2018 (ALBUQUERQUE; SANTANA; ROSSIT, 2018; ARRUDA *et al.*, 2018; CAPOZZOLO *et al.*, 2018; CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018; ELY; TOASSI, 2018; LAGO *et al.*, 2018;

OLIVEIRA *et al.*, 2018; PARO; PINHEIRO, 2018; PRADO *et al.*, 2018; SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018; TOMPSEN *et al.*, 2018).

Os estudos caracterizam-se como qualitativos (SILVA *et al.*, 2015; ELY; TOASSI, 2018; ARRUDA *et al.*, 2016; SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018; ELLERY; PONTES LOIOLA, 2013; CAMARA; GROSSEMAN, PINHO, 2015; MADRUGA *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2017 ARRUDA *et al.*, 2018; LAGO *et al.*, 2018; PARO; PINHEIRO, 2018), quantitativos (ALBUQUERQUE; SANTANA; ROSSIT, 2018; PEREGO; BATISTA, 2016; NUTO *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2017; OLIVEIRA *et al.*, 2018; PARO; PINHEIRO, 2018; TOMPSEN *et al.*, 2018), relatos de experiência (CAPOZZOLO *et al.*, 2013; CARDOSO *et al.*, 2015; FORTE *et al.*, 2016; TOASSI; LEWGOY, 2016; AZEVEDO; PEZZATO; MENDES, 2017; CAPOZZOLO *et al.*, 2018) e mistos (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; SOUTO; BATISTA; BATISTA, 2014; CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018).

Do total de estudos, 15 (53,6%) foram desenvolvidos no Sudeste (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; CAPOZZOLO *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2015; SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018; SOUTO; BATISTA; BATISTA, 2014; CAMARA; GROSSEMAN; PINHO, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2016; PEREGO; BATISTA, 2016; AZEVEDO; PEZZATO; MENDES, 2017; CAPOZZOLO *et al.*, 2018; CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018; LAGO *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2018; PARO; PINHEIRO, 2018; TOMPSEN *et al.*, 2018), nove (32,1%) no Nordeste (ARRUDA *et al.*, 2016; ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013; MADRUGA *et al.*, 2015; FORTE *et al.*, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2017; NUTO *et al.*, 2017; ALBUQUERQUE; SANTANA; ROSSIT, 2018; ARRUDA *et al.*, 2018; PRADO *et al.*, 2018) e quatro (14,3%) no Sul (ELY; TOASSI, 2018; CARDOSO *et al.*, 2015; TOASSI; LEWGOY, 2016; ROCHA *et al.*, 2017).

Dentre os 28 estudos, 20 (71,4%) referem-se à formação de estudantes de graduação (SILVA *et al.*, 2015, ELY; TOASSI, 2018; SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018; AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; CAPOZZOLO *et al.*, 2013; SOUTO; BATISTA; BATISTA, 2014; CAMARA; GROSSEMAN; PINHO, 2015; CARDOSO *et al.*, 2015; MADRUGA *et al.*, 2015; FORTE *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016; TOASSI; LEWGOY, 2016; AZEVEDO; PEZZATO; MENDES, 2017; NUTO *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2017; CAPOZZOLO *et al.*, 2018; ; OLIVEIRA *et al.*, 2018; PARO; PINHEIRO, 2018; PRADO *et al.*, 2018; TOMPSEN *et al.*, 2018; e oito (28,6 %) tratam da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS)(ARRUDA *et al.*, 2016; ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013; PEREGO; BATISTA, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2017; ALBUQUERQUE; SANTANA;

ROSSIT, 2018; ARRUDA *et al.*, 2018; CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018; LAGO *et al.*, 2018)

Buscou-se investigar a EIP durante o ensino prático na atenção básica (SILVA *et al.*, 2015; ELY; TOASSI, 2018; ARRUDA *et al.*, 2016; SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018; AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; CAPOZZOLO *et al.*, 2013; ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013; CAMARA; GROSSEMAN; PINHO, 2015; CARDOSO *et al.*, 2015; MADRUGA *et al.*, 2015; FORTE *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016; PEREGO; BATISTA, 2016; TOASSI; LEWGOY, 2016; NUTO *et al.*, 2017; ALBUQUERQUE; SANTANA; ROSSIT, 2018; ARRUDA *et al.*, 2018; CAPOZZOLO *et al.*, 2018; ; CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018 ; LAGO *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2018; PARO; PINHEIRO, 2018) no ambiente hospitalar (ARAÚJO *et al.*, 2017), na disciplina interprofissional (ROCHA *et al.*, 2017) ou na avaliação de escalas (SOUTO; BATISTA; BATISTA, 2014 ; PRADO *et al.*, 2018; TOMPSEN *et al.*, 2018).

O público-alvo das pesquisas envolveu 2.343 estudantes (SILVA *et al.*, 2015; ELY; TOASSI, 2018; SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018; AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; CAPOZZOLO *et al.*, 2013; SOUTO; BATISTA; BATISTA, 2014; CAMARA; GROSSEMAN; PINHO, 2015; CARDOSO *et al.*, 2015; MADRUGA *et al.*, 2015; FORTE *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2016; TOASSI e LEWGOY, 2016; AZEVEDO; PEZZATO; MENDES, 2017; NUTO *et al.*, 2017; ROCHA *et al.*, 2017; ALBUQUERQUE; SANTANA; ROSSIT, 2018; CAPOZZOLO *et al.*, 2018; OLIVEIRA *et al.*, 2018; PARO; PINHEIRO, 2018; PRADO *et al.*, 2018; TOMPSEN *et al.*, 2018) de Medicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Medicina Veterinária, Políticas Públicas, Ciências Biológicas, Biomedicina e Saúde Coletiva, e 392 residentes (ARRUDA *et al.*, 2016; ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013; PEREGO; BATISTA, 2016; ARAÚJO *et al.*, 2017; ALBUQUERQUE; SANTANA; ROSSIT, 2018; ARRUDA *et al.*, 2018; CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018; LAGO *et al.*, 2018); também participaram diretores, professores, tutores, preceptores, gerentes de unidades de saúde e trabalhadores de hospitais, totalizando 2.886 participantes.

Para responder à questão de pesquisa, os resultados analisados foram agrupados em quatro temas: “EIP na perspectiva do estudante”; “Formadores na ótica da EIP”; “Avanços e desafios na gestão de ensino e saúde”; e “Recomendações para EIP no contexto brasileiro”.

3.1 EIP na perspectiva do estudante

O Quadro 1 apresenta a “EIP na perspectiva do estudante”, destacando-se os aspectos gerais dos cursos de graduação e residência na saúde que podem facilitar ou desafiar a aprendizagem em EIP. Enquanto a EIP foi facilitada durante a graduação, maiores desafios ocorreram durante a RMS e questões associadas a serviços e formadores foram presentes em ambos os níveis de formação profissional.

O Quadro 2 apresenta as aprendizagens construídas pelos graduandos e residentes quando tiveram sua formação mediada pela EIP.

Quadro 1 - Aspectos gerais que facilitam ou desafiam a aplicação da EIP na aprendizagem de estudantes da saúde.

EIP e aprendizagem		Aspectos gerais	Estudos
Facilitadores	Graduação	Atividades em campo de prática.	SILVA <i>et al.</i> , 2015; ELY; TOASSI, 2018; ARRUDA <i>et al.</i> , 2016; SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018; CAMARA; GROSSEMAN; PINHO, 2015; CARDOSO <i>et al.</i> , 2015; MADRUGA <i>et al.</i> , 2015; FORTE <i>et al.</i> , 2016; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2016; PEREGO; BATISTA, 2016; TOASSI; LEWGOY, 2016; ARAÚJO <i>et al.</i> , 2017; AZEVEDO; PEZZATO; MENDES, 2017; NUTO <i>et al.</i> , 2017; ROCHA <i>et al.</i> , 2017; ARRUDA <i>et al.</i> , 2018; CAPOZZOLO <i>et al.</i> , 2018; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2018;

			CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018; LAGO <i>et al.</i> , 2018; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2018; PARO; PINHEIRO, 2018;
		Oportunidade de conviver com outros colegas e profissionais.	ELY; TOASSI, 2018; SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018; AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; CAPOZZOLO <i>et al.</i> , 2013; SOUTO; BATISTA, 2014; CAMARA; GROSSEMAN; PINHO, 2015; MADRUGA <i>et al.</i> , 2015; TOASSI; LEWGOY, 2016; ROCHA <i>et al.</i> , 2017
		Motivação do estudante e disponibilidade para novas experiências.	ARRUDA <i>et al.</i> , 2016; AGUILAR-DA-SILVA, SCAPIN; BATISTA, 2011; CAMARA; GROSSEMAN; PINHO, 2015
		Aplicação da estratégia EIP nos anos iniciais dos cursos.	SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018; AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013; SOUTO; BATISTA; BATISTA, 2014; ROCHA <i>et al.</i> , 2017;
		Entusiasmo com o curso.	SOUTO; BATISTA; BATISTA, 2014

			MADRUGA <i>et al.</i> , 2015; ROCHA <i>et al.</i> , 2017
		Envolvimento dos alunos no PET-Saúde.	CAMARA; GROSSEMAN; PINHO, 2015; NUTO <i>et al.</i> , 2017
		Estudantes do gênero feminino.	NUTO <i>et al.</i> , 2017; PRADO <i>et al.</i> , 2018;
		Estudantes dos primeiros anos do curso – comprometidos e acreditam na troca de conhecimentos.	ROCHA <i>et al.</i> , 2017; PRADO <i>et al.</i> , 2018
		Estudantes de Educação Física, Nutrição e Psicologia são mais disponíveis para a colaboração.	OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2018
		Estudantes de Farmácia apresentam atitudes mais colaborativas que os de Medicina (autopercepção de autoridade).	PRADO <i>et al.</i> , 2018
Desafios	Graduação	Concluintes têm menor disponibilidade para a prática colaborativa.	ROCHA <i>et al.</i> , 2017 PRADO <i>et al.</i> , 2018
Desafios		Início precoce das atividades práticas – despreparados, imaturos, com concepções estereotipadas sobre a profissão.	SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018; ROCHA <i>et al.</i> , 2017; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2018
	Residência Multiprofissional	Falta de experiências interprofissionais na graduação impacta a integração e o reconhecimento do seu papel na equipe.	ELY e TOASSI, 2018; ARRUDA <i>et al.</i> , 2016; SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018; AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; ELLERY;

			PONTES; LOIOLA, 2013; TOASSI; LEWGOY, 2016; ALBUQUERQUE; SANTANA; ROSSIT, 2018 ; ARRUDA <i>et al.</i> , 2018; CAPOZZOLO <i>et al.</i> , 2018; LAGO <i>et al.</i> , 2018; PARO e PINHEIRO, 2018; PRADO <i>et al.</i> , 2018; TOMPSEN <i>et al.</i> , 2018
--	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Quadro 2 - Aprendizagens construídas por estudantes da graduação e residentes de programas que utilizaram a EIP

Tipo de curso	Aprendizagem	Estudos
Graduação	Promoção do reconhecimento e reflexão sobre os papéis e a interdependência profissional para o cuidado integral.	ELY; TOASSI, 2018; SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018; AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; CAPOZZOLO <i>et al.</i> , 2013; SOUTO; BATISTA; BATISTA, 2014 ; CAMARA; GROSSEMAN; PINHO, 2015MADRUGA <i>et al.</i> , 2015; FORTE <i>et al.</i> , 2016; ROCHA <i>et al.</i> , 2017
	Minimização do preconceito entre profissões.	

	Percepção da importância de espaços coletivos para a construção de narrativas como estimuladoras para trabalho em equipe, desenvolvimento da habilidade de escuta, negociação, diálogo, tomada de decisões e respeito às diferenças.	ELY; TOASSI, 2018; ARRUDA <i>et al.</i> , 2016; AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; CAPOZZOLO <i>et al.</i> , 2013; CAMARA; GROSSEMAN; PINHO, 2015; CARDOSO <i>et al.</i> , 2015; NUTO <i>et al.</i> , 2017; ARRUDA <i>et al.</i> , 2018;
	Percepção de que formar equipe não é somente reunir aleatoriamente colegas.	ARRUDA <i>et al.</i> , 2016; ARRUDA <i>et al.</i> , 2018; CASANOVA, BATISTA; MORENO, 2018; OLIVEIRA <i>et al.</i> , 2018
	Facilitação da compreensão do SUS.	SOUTO; BATISTA; BATISTA, 2014 ; ROCHA <i>et al.</i> , 2017
	Satisfação e valoração da oportunidade de interação com outros profissionais.	SOUTO; BATISTA; BATISTA, 2014; MADRUGA <i>et al.</i> , 2015; ROCHA <i>et al.</i> , 2017
	Reconhecimento do paciente inserido em um contexto de vida.	NUTO <i>et al.</i> , 2017; PRADO <i>et al.</i> , 2018;
	Reconhecimento da importância do trabalho em equipe e dos saberes interprofissionais para	TOMPSEN <i>et al.</i> , 2018

	a resolução de problemas que envolvam os pacientes. Reconhecimento do trabalho interprofissional para resolução de problemas complexos que envolvam os pacientes.	
Residência multiprofissional	Reconhecimento do trabalho interprofissional para a resolução de problemas complexos que envolvam os pacientes.	ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013; ARRUDA <i>et al.</i> , 2018; CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018
	Reconhecimento do papel dos membros como construtores de conhecimento coletivo.	ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013; ARRUDA <i>et al.</i> , 2018; CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018; LAGO <i>et al.</i> , 2018
	Integração de ações e saberes de diferentes categorias profissionais.	PEREGO; BATISTA, 2016; SANTANA; ROSSIT, 2018

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

3.2 Formadores na ótica da EIP

Os formadores foram compreendidos neste estudo como professores, tutores ou preceptores. Apesar de o formador ter papel relevante no desenvolvimento da competência de trabalhos colaborativos, identificaram-se desafios e esforços necessários para a EIP (Quadro 3).

Quadro 3 - Desafios e esforços necessários para a implementação da EIP na percepção dos formadores

Implementação da EIP		Estudos
Desafios	Falta do apoio institucional, burocracia nas universidades e estrutura departamentalizada.	SILVA <i>et al.</i> , 2015; CAMARA; GROSSEMAN; PINHO, 2015
	Ênfase na produtividade acadêmica e pós-graduação.	
	Obrigação de controle individual de carga horária.	
	Insuficiente articulação ensino-serviço.	
	Preceptores com formação prévia uniprofissional.	ARRUDA <i>et al.</i> , 2016; ELLERY; PONTES; LOIOLA, 2013; ARAÚJO <i>et al.</i> , 2017
	Preconceito dos estudantes com docentes de áreas diversas.	SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018
	Docentes pouco apoiadores, normativos e com comunicação precária.	CAMARA; GROSSEMAN; PINHO, 2015; PARO; PINHEIRO, 2018
	Estudantes despreparados para a inserção precoce na prática.	PEZZATO; MENDES, 2017;
Formadores querem conduzir a aprendizagem podendo impedir que os estudantes aprendam “sozinhos”.	CAPOZZOLO <i>et al.</i> , 2018	
Esforços	Capacitações pedagógicas.	ELY; TOASSI, 2018; ARRUDA <i>et al.</i> , 2016; SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018;
	Desenvolvimento de linguagem comum entre preceptores.	

		ARAÚJO <i>et al.</i> , 2017; ARRUDA <i>et al.</i> , 2018; PARO; PINHEIRO, 2018
	Rodas de conversa.	CAMARA; GROSSEMAN; PINHO, 2015

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

3.3 Avanços e desafios na gestão de ensino e saúde

O mapeamento das pesquisas demonstrou avanços na integração da interprofissionalidade, mas há muitos desafios a serem vencidos pela gestão de ensino e saúde (Quadro 4) para a efetiva implementação da EIP.

Quadro 4 - Avanços e desafios na gestão de ensino e saúde para a implementação da EIP

Implementação da EIP		Estudos
Avanços	EIP como complementar no apoio a reformas brasileiras: integração entre universidades, serviços e comunidade.	CAMARA; GROSSEMAN; PINHO, 2015; ALBUQUERQUE; SANTANA; ROSSIT, 2018; ARRUDA <i>et al.</i> , 2018;
Desafios	Evidenciar os ideários do SUS.	SILVA <i>et al.</i> , 2015; ELY e TOASSI, 2018; AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; ARAÚJO <i>et al.</i> , 2017; LAGO <i>et al.</i> , 2018

	Seleção de estratégias de ensino adequadas à EIP.	ELY; TOASSI, 2018; ARRUDA <i>et al.</i> , 2016
	Garantia de reflexão coletiva que saia da normatização.	ELY; TOASSI, 2018; ARRUDA <i>et al.</i> , 2016; AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; PEZZATO; MENDES, 2017; ARRUDA <i>et al.</i> , 2018; LAGO <i>et al.</i> , 2018
	Promoção de currículo integrado que aborde as habilidades de colaboração nos anos iniciais dos cursos.	ELY; TOASSI, 2018; NUTO <i>et al.</i> , 2017
	Dificuldades da constituição de equipes interprofissionais decorrentes da resistência dos serviços de saúde.	ARRUDA <i>et al.</i> , 2016; CAMARA; GROSSEMAN; PINHO, 2015; PEREGO; BATISTA, 2016; ARAÚJO <i>et al.</i> , 2017; ARRUDA <i>et al.</i> , 2018; CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018; PARO; PINHEIRO, 2018
	Inadequada articulação entre ensino e serviço.	LAGO <i>et al.</i> , 2018
	Elevada rotatividade de profissionais que desafia a comunicação e o engajamento dos estudantes.	LAGO <i>et al.</i> , 2018

Fonte: Elaborado pela autora, 2022

3.4 Recomendações para EIP no contexto brasileiro

Alguns estudos emitiram recomendações para efetivação da EIP no Brasil. No ensino de graduação, sugere-se a luta contra a burocratização das ações e o modo de pensar saúde, para que experiência de aprendizagem seja criativa e produtora de profissionais éticos (MADRUGA *et al.*, 2015). Além disso, há a necessidade de fomentar os trabalhos multiprofissional e interprofissional com apropriação teórica e prática, por todos envolvidos para concretização do SUS³⁰ e compreensão da importância das práticas interdisciplinares (CARDOSO *et al.*, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2016) e colaborativas (OLIVEIRA *et al.*, 2016) na formação em saúde.

No que se refere à integração ensino e serviço, os estudos recomendam a participação dos gestores do SUS na regulação da formação profissional (FORTE *et al.*, 2016; CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018) e a criação de rede colaborativa orientada para o fortalecimento do SUS, alinhada às necessidades sociais e de saúde da população (ARAÚJO *et al.*, 2017).

Ressalta-se a importância do diálogo e do estabelecimento de parcerias entre as IES que promovam discussões sobre a necessidade de implementar a EIP nos currículos da saúde (FORTE *et al.*, 2016; CASANOVA; BATISTA; MORENO, 2018).

Durante o mapeamento sobre EIP no contexto brasileiro, identificou-se que os estudos estão alinhados com o SUS para a transformação da formação e a qualificação do cuidado, demonstrando a potencialidade da EIP para a aprendizagem e o desenvolvimento das competências requeridas nas DCN, apesar dos diversos desafios enfrentados pelos estudantes, pelos formadores e pela gestão.

Observou-se o aumento de IES que têm introduzido a EIP para que possam readequar seus cursos às DCNs, visando mudanças da formação e qualificação do cuidado de acordo com as demandas de saúde da sociedade e as diretrizes e os princípios do SUS.

A EIP é uma estratégia de integração ensino-serviço-comunidade, que cria oportunidades de aprendizagem para os estudantes, em contexto de prática, proporcionando o desenvolvimento de competências colaborativas capazes de fortalecer e ampliar os conhecimentos sobre o SUS e promover o direcionamento do interesse profissional para o contexto da atenção integral à saúde.

Apesar de o cenário brasileiro de políticas públicas e as diretrizes serem favoráveis à EIP, existem fragilidades para a sua efetivação que são percebidas em todos os estudos

analisados. Para superá-las, são necessárias ações colaborativas entre IES, serviços de saúde e gestores que deverão discutir e construir, conjuntamente, currículos que fomentem a formação interprofissional seguindo as orientações das DCNs e a integralidade da assistência em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS.

Finalmente, sugerem-se mais estudos sobre as fragilidades e fortalezas da EIP como estratégia de ensino promotora da integralidade do cuidado e da melhoria da assistência em saúde brasileira.

4.1 Aspectos Éticos

O estudo foi elaborado de acordo com os preceitos inseridos nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012 (BRASIL, 2012a) e 510/2016 (BRASIL, 2016). A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) n° 20087319.4.000.8097 (ANEXO 1), após concordância de todos os coordenadores dos cursos de Medicina envolvidos na pesquisa (ANEXO 2)

Todos os participantes foram esclarecidos sobre a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, objetivos do estudo, riscos envolvidos, a não identificação dos participantes nos resultados e divulgação do estudo, o direito de não participar, sem prejuízos para o seu estudo ou atuação na instituição, bem como o direito de retirar o consentimento em qualquer momento, sem nenhum constrangimento. Também foram assegurados, aos potenciais participantes, o direito à indenização em caso de danos decorrentes da participação no estudo e a possibilidade de solicitar esclarecimentos, a qualquer momento. Após tais esclarecimentos, aqueles que aceitaram participar do estudo assinaram uma das duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXOS 3 e 4).

4.2 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal misto. Para definir o tipo mais adequado de estudo, a pesquisa contou com o aporte de Hulley, Cummings e Newman (2015), e foi selecionado o estudo transversal misto, método de delineamento de pesquisa em que as medições são realizadas em uma única ocasião, ou durante um curto período de tempo, sem continuidade.

Para Feitosa *et al.* colaboradores (2014) e Hulley, Cummings e Newman (2015), as pesquisas quantitativo-descritivas apresentam como foco o estudo das características de fatos ou fenômenos, por meio da aplicação de ferramentas quantitativas, intentando a coleta sistemática de dados.

A pesquisa de desenho misto é caracterizada pela coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos, de forma rigorosa, proporcionando o entendimento aprofundado do problema de pesquisa, o que a torna mais eficiente do que cada abordagem utilizada isoladamente. Utilizou-se a estratégia de triangulação concomitante, caracterizada pela coleta

simultânea de dados quantitativos e qualitativos, para posterior comparação dos dados, determinando possíveis convergências, diferenças ou alguma comparação (CRESWELL, 2007).

4.3 Marco Teórico

Para a análise dos dados desse estudo foram utilizados a legislação vigente, orientações do Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS), para os Cursos de Graduação em Medicina do Brasil, além dos referenciais já descritos, sobre educação interprofissional.

4.4 Local do Estudo

O estudo foi realizado em todas as universidades do estado do Mato Grosso, Brasil. O Mato Grosso (MT) encontra-se localizado na região centro-oeste brasileira, no centro geodésico da América do Sul. É o terceiro maior estado brasileiro, em área territorial, estado com a menor densidade demográfica no Centro-Oeste. Apresenta uma população miscigenada de diversas origens: indígenas, afro-descendentes, espanhóis e portugueses. Além disso, o estado recebeu migrantes de outras partes do país perfazendo, atualmente, 41% da população, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

De acordo com os dados do IBGE, de 2021, o MT apresentava uma estimativa de 3.567.234 habitantes e uma densidade demográfica de 3,36 hab/km², com 81,9% vivendo na zona urbana e 18,1% na zona rural, o que corresponde a 1,59% da população brasileira (IBGE, 2021). A unidade federativa apresenta 141 municípios, agrupados em regiões geográficas intermediárias e imediatas, conforme a atualização da divisão regional do Brasil realizada pelo IBGE, em 2017 (IBGE, 2017).

O estado do Mato Grosso tem sua economia baseada na agropecuária. Em relação aos indicadores sociais apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,725 (IBGE, 2010), de modo que o situa na faixa de alto desenvolvimento, devido à dimensão da longevidade (0,821), renda (0,732) e educação (0,635), pois ocupa o 11^o no ranking dos estados brasileiros. Exibe um Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) de 5,7 para Anos Iniciais do Ensino Fundamental e 4,7 para Anos Finais do Ensino Fundamental, 8^o lugar no

país, de acordo com os dados de 2017. Apresenta um rendimento nominal mensal *per capita*, em 2021, de R\$ 1.362 (IBGE, 2021)

As Universidades de Medicina do MT estão distribuídas em quatro, das cinco regiões intermediárias do estado. Uma está situada em Sinop (IES federal), uma em Rondonópolis (IES federal), uma em Cáceres (IES estadual) e três em Cuiabá (uma IES federal e duas IES privadas) (IBGE, 2017).

A Universidade Federal de Mato Grosso é uma IES pública, que possui três campus, em diferentes cidades: Cuiabá, Rondonópolis e Sinop. O Curso de Medicina do Campus Cuiabá foi criado em 10 dezembro de 1970, pela Lei Estadual nº 2.989, de 19 de maio de 1970 (BRASIL, 1970). Sua implementação foi planejada para ser desenvolvida gradualmente após a instalação de outros cursos, com isso, a primeira turma iniciou suas atividades em 1980 e o curso foi reconhecido pelo Ministério da Educação (MEC) em 1986 por meio da Portaria nº 658/86, de 10 de setembro de 1986. Dispõe de 80 vagas anuais (MEC, 2022). Os *campi* do interior do estado (Sinop e Rondonópolis) foram criados a partir do projeto de Expansão de Vagas do Ensino Médico nas Instituições Federais de Ensino, pela Portaria nº 109, de 5/6/2012 da Secretaria de Educação Superior (BRASIL, 2012b). Ambos os cursos iniciaram seu funcionamento em 14 de abril de 2014, reconhecidos pelo MEC pela Portaria nº 159, de 3 de junho de 2020 (MEC, 2022). O Campus de Rondonópolis dispõe de 40 vagas anuais e o de Sinop 60. Os três cursos estão regidos pelas leis da IES UFMT e apresentam diretrizes pautadas no desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão (MEC, 2022). Em 2018, por meio da Lei Federal nº 13.637, o campus de Rondonópolis foi desmembrado da Universidade Federal de Mato Grosso e criada a Universidade Federal de Rondonópolis (UFR) (BRASIL, 2018) com seu primeiro reitor empossado no ano de 2020.

A Universidade Estadual de Mato Grosso (UNEMAT) é uma IES estadual, com *campi* em diversas cidades e o Curso de Medicina está alocado na cidade de Cáceres. O curso foi criado em 15 de setembro de 2011, pelo Conselho Universitário (CONSUNI) da UNEMAT, por meio da Resolução 039/2011 e reconhecido pela Portaria nº 098/2018 GAB/CEE/MT. DOE 26/9/2018. Dispõe de 60 vagas anuais (MEC, 2022)

A Universidade de Cuiabá (UNIC) é uma IES privada, com Curso de Medicina criado pelo Art. 35, Decreto 5.773/06, em 14 de fevereiro de 1997, reconhecido pela Portaria do MEC nº 3.271, de 18 de outubro de 2004. Disponibiliza 88 vagas anuais (MEC, 2022)

O Centro Universitário de Varzea Grande (UNIVAG) é uma IES privada com Curso de Medicina criado pela Portaria do MEC nº 3.271, de 18 de outubro de 2004,

reconhecido por meio do Parecer CNE/CES nº 242/2012. Disponibiliza 120 vagas anuais (MEC, 2022).

4.5 População do Estudo

Para atingir os objetivos do estudo, a pesquisadora fez a opção por amostragem de conveniência, do tipo não probabilística (SELLTIZ; WRIGHTSMAN; COOK, 1976), considerada adequada e justificável para dados exploratórios, geração de hipóteses e para estudos conclusivos, nos quais o pesquisador aceita os riscos da imprecisão dos resultados (FREITAG, 2018). Desta forma, alunos dos Cursos de Medicina e coordenadores envolvidos foram convidados a participar do estudo.

No que se refere aos estudantes, foram convidados 1.072 alunos brasileiros, matriculados entre o 8º e o 12º semestre de Cursos de Medicina, em todas as escolas médicas do estado de Mato Grosso, sendo quatro públicas e duas privadas. Foram incluídos aqueles que estavam regularmente matriculados, cursando entre o 8º e o 12º semestre. Poderiam ser excluídos da pesquisa aqueles estudantes que estivessem em estágios optativos, fora das IESs participantes da pesquisa, ou que não estiveram presentes nos momentos de coleta de dados.

Dos 1.072 estudantes, 321 alunos estavam matriculados no último semestre anterior ao internato (8º semestre) e 751 estavam cursando o internato (9º, 10º, 11º e 12º semestre). Desses, 879 aceitaram participar da pesquisa, sendo 237 do 8º semestre e 642 do internato.

Foram convidados para participar da pesquisa os coordenadores dos Cursos de Medicina de todas as IES do estudo. Considerou-se como critério de inclusão o exercício da atividade de coordenação há pelo menos 3 meses, e de exclusão ausência das atividades durante o período de coleta de dados. Os seis coordenadores aceitaram participar da pesquisa.

4.6 Organização da coleta de dados

Para que os resultados do estudo fossem capazes de responder às questões da pesquisa sobre: 1) preparo dos estudos de medicina para o trabalho interprofissional e 2) identificação das ações educativas nas escolas médicas, optou-se por realizar a coleta de dados em separado, com os estudantes de medicina e com os coordenadores dos cursos; contudo a coleta de dados de estudantes e coordenadores ocorreu durante o mesmo período de tempo. Assim, por uma questão didática, optou-se por apresentar cada fase separadamente.

4.6.1 Estudantes de Medicina

4.6.1.1 Instrumentos

O uso de escalas tipo Likert, validadas, nacional e internacionalmente, como instrumentos de mensuração, propiciam a coleta sistemática dos dados e avaliação quantitativa de atitudes, comportamentos e domínio de qualidade de vida relacionada à saúde, permitindo ainda a correlação de suas variáveis através de testes estatísticos (FEITOSA *et al.*, 2014; HULLEY; CUMMINGS; NEWMAN, 2015)

Os participantes responderam à versão brasileira da *Readness Interprofessional Learning Scale* (RIPLS), (ANEXO 5) que avalia a disponibilidade para o aprendizado interprofissional (PEDUZZI *et al.*, 2015). Em 2006, a primeira versão da RIPLS (PARSELL; BLIGH, 1999) foi ampliada e validada com 29 itens, abrangendo 3 fatores: 1) trabalho em equipe e colaboração, 2) senso de identidade profissional e 3) atenção à saúde centrada no paciente (REID *et al.*, 2006, EL-ZUBEIR; RIZK; AL-KHALIL, 2006). Finalmente, pesquisadores brasileiros (PEDUZZI *et al.*, 2015) adaptaram e validaram a versão ampliada de 2006 (REID *et al.*, 2006) para o Brasil a qual é composta por 27 itens agrupados em três fatores: 1) F1 - trabalho em equipe e colaboração, 2) F2 - atenção à saúde centrado no paciente e 3) F3 - identidade profissional. Na validação da escala para o português brasileiro os três fatores foram correlacionados entre si, com fator de associação positiva, direta e proporcional, entre o F1 e o F3; o F2 teve associação negativa e inversa com os demais fatores (PEDUZZI *et al.*, 2015). Os estudantes também responderam a um questionário (ANEXO 6), com informações pessoais como idade, gênero, semestre e universidade do curso. Foram questionados sobre experiência profissional, formação prévia, trabalho prévio em equipe e estágio voluntário. Os dados foram utilizados para analisar as variáveis associadas à disponibilidade para o aprendizado compartilhado.

4.6.1.2 Coleta de dados

Devido à dificuldade de logística, pois 1) as universidades participantes estão localizadas em diferentes regiões geográficas, distantes do centro de pesquisa (Cuiabá 479,4 km, Rondonópolis 714 Km e Cáceres 631 km) e 2) os alunos estarem distribuídos em diversos locais durante o internato, optou-se por realizar a coleta com assistentes de pesquisa colaboradores, de cada universidade incluída na pesquisa. Desta forma, antes da coleta de

dados, a pesquisadora principal recrutou e treinou uma equipe composta por um docente efetivo do Curso de Medicina, com experiência em pesquisa, e um a dois estudantes selecionados pelo mesmo, para conduzir a coleta de dados em cada instituição participante. O treinamento dos assistentes de pesquisa foi realizado por meio de uma plataforma *on-line*; incluiu uma apresentação geral do estudo, objetivos e a aplicação dos instrumentos de pesquisa. Após a calibração dos assistentes de pesquisa, a coleta de dados foi realizada simultaneamente, de forma presencial, nas faculdades estudadas.

As listas dos alunos matriculados, em cada semestre, e a distribuição deles em aulas teóricas para o 8º semestre, ou por área, no internato médico para os alunos do 9º ao 11º semestre (Saúde da Família, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Emergência e Saúde Mental) foram obtidas na secretaria de coordenação dos cursos pelos assistentes de pesquisa.

Foi realizado o contato com os professores ministrantes de disciplinas teóricas do 8º semestre, para apresentação do estudo e solicitação de consentimento para convidar os estudantes. Desse modo, a coleta de dados, ocorreu somente em sala de aula.

Em relação aos alunos do 9º ao 11º semestre, já em internato, fez-se contato com os professores preceptores ou com os alunos (quando necessário).

A coleta de dados foi realizada de acordo com a oportunidade de cada período de estágio, dando-se preferência para a coleta em encontros de aulas teóricas. Quando foi necessário coletar os dados nos campos de estágio, entrou-se em contato com os professores responsáveis, em reservado, explicando a pesquisa e seus objetivos, tempo médio da coleta, solicitação de disponibilidade e permissão para a aplicação do questionário. Após autorização, os estudantes eram abordados em momentos que não atrapalhassem a prática clínica. A coleta de dados foi realizada com os estudantes em sala de aula ou nos campos de prática do internato, pelos assistentes de pesquisa treinados.

Antes da aplicação dos instrumentos de pesquisa era explicado aos estudantes o tema da pesquisa, os objetivos do estudo, a autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, os riscos da pesquisa, a não identificação dos participantes nos resultados e divulgação do estudo, o direito de não participar, sem prejuízo para o seu estudo na instituição; direito de retirar o consentimento em qualquer momento, sem nenhum constrangimento. Também foram assegurados aos potenciais participantes o direito à indenização em caso de danos decorrentes da participação no estudo, possibilidade de solicitar esclarecimentos, a qualquer momento. Após os esclarecimentos, os estudantes que aceitaram participar assinaram uma das duas cópias do TCLE.

Em seguida, os assistentes distribuíram e orientaram sobre os preenchimentos do questionário sociodemográfico e da RIPLS. O tempo médio de preenchimento dos questionários, após as informações, foi de 10 minutos. Em situação do não comparecimento de todos os alunos no momento da coleta, era programado uma nova data para aplicação da pesquisa aos alunos faltantes, aplicando-se o mesmo protocolo para a coleta de dados, repetindo-se a tentativa apenas uma vez, para não atrapalhar o andamento do curso e constranger os estudantes. A coleta de dados ocorreu entre outubro de 2019 e fevereiro de 2020.

4.6.1.3 Análise dos Dados

As respostas para a RIPLS e para o questionário, com informações pessoais básicas dos estudantes, foram digitadas em planilha Excel por dois assistentes independentes, para garantir a confiabilidade dos dados.

Para a análise estatística, foram consideradas como variáveis dependentes os fatores da RIPLS F1 (Trabalho em equipe e colaboração), F2 (Identidade profissional) e F3 (Atenção à saúde centrada no paciente). Todos os fatores são variáveis contínuas, com intervalos respectivos de [0,70], [0,40] e [0,25]. As variáveis independentes foram a instituição de ensino, semestre do curso (8, 9, 10, 11, 12), idade, gênero, formação técnica (sim, não), primeiro curso superior (sim, não), experiência em trabalho em equipe (sim, não) e local de internato.

As estatísticas descritivas são apresentadas como frequências, percentagens, média e desvio padrão. Para a análise dos dados gerados pela RIPLS e questionário sociodemográfico, foi utilizado a classe de *Generalized Additive Models for Location, Scale and Shape* – GAMLSS (STASINOPOULOS; RIGBY, 2007) e utilizado o *R Core Team, 2020*. A classe GAMLSS é adequada, sobretudo, para modelagem da variável resposta quando ela não segue uma distribuição da família exponencial, e nos casos em que o regressando exibe heterogeneidade, ou seja, quando a escala ou a forma da distribuição da variável resposta mudam com as variáveis explanatórias (FLORÊNCIO, 2010). A classe de modelos GAMLSS pode ser utilizada pelo pacote R (RCore Team, 2020) e pacote GAMLSS (RIGBY; STASINOPOULOS, 2005). A classe de modelos GAMLSS pode ser estendida para permitir o ajuste de modelos com distribuições truncadas, inflacionadas de 0 e/ou 1 e ajustadas por 0, respectivamente, pelas funções `gamlss.tr` (STASINOPOULOS RIGBY, 2018) e `gamlss.inf` (ENEAS *et al.*, 2019).

Para avaliar a adequação dos modelos ajustados, foi realizada uma análise de diagnóstico com 4 gráficos: resíduos *versus* valores ajustados, resíduos *versus* ordem das

observações, estimativa da densidade Kernel dos resíduos e um QQ normal dos resíduos. Os dados dos fatores F1 e F3 não apresentaram distribuição normal com 2 picos de distribuição. No Fator F3 observou-se uma frequência destoante do padrão esperado para o valor correspondente, segundo a distribuição observada para o fator. Ao analisar as questões do Fator 3 (de 25 a 29), observou-se que, das 133 respostas iguais a 20, em 120 casos os respondentes assinalaram a resposta 4 (Concordo), em todas as 5 questões. Os participantes desta condição foram “transplantados” para o valor 0. Raciocínio análogo foi realizado para o Fator F1 relativo à pontuação de 66 pontos. Foram 117 respondentes com esse valor, dos quais 107 apresentaram o mesmo padrão de resposta: resposta “discordo totalmente” na questão 12 e “concordo totalmente”, nas demais questões do fator: 1 a 9, 10 e 11, 13 a 16. Para a interpretação dos dados estatísticos de F1 e F3 foram considerados as distribuições dos dados “transplantados” para 0 e escolhida uma das distribuições zero ajustadas. Para o fator F3 também se considerou, adicionalmente, a condição de truncamento. Para avaliar a adequação dos modelos ajustados, foi feita uma análise diagnóstica com quatro gráficos para cada fator da RIPLS: resíduos *versus* valores ajustados, resíduos *versus* ordem das observações, estimativa da densidade Kernel dos resíduos e um QQ normal dos resíduos (gráficos 1,2, 3).

Gráfico 1- Modelos diagnósticos F1

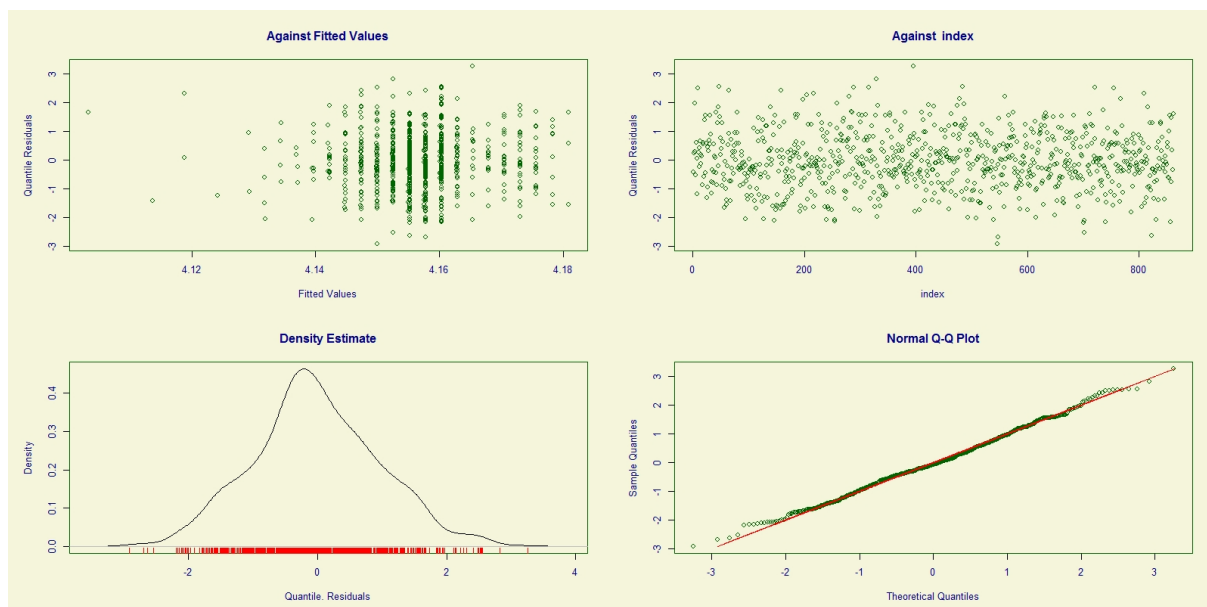


Gráfico 2 – Modelos diagnósticos F2

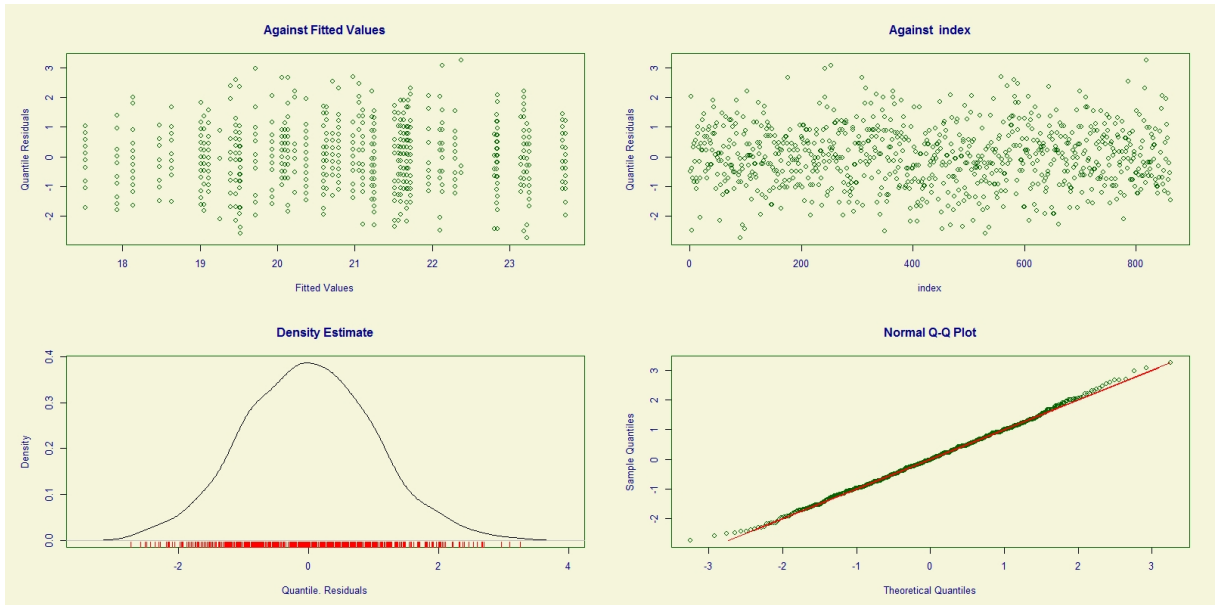
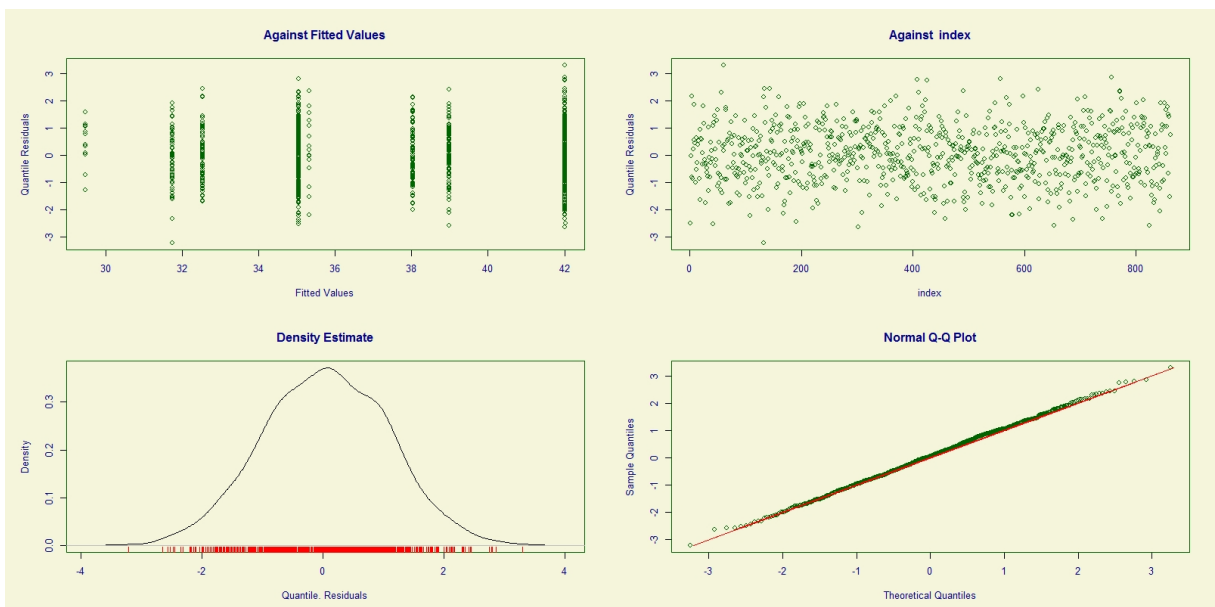


Gráfico 3- Modelos diagnósticos F3



4.6.2 Coordenadores dos Cursos de Medicina

4.6.2.1 Instrumentos

Os coordenadores de curso responderam a um questionário semiestruturado, elaborado pela pesquisadora, que compreendia dados sociodemográficos do entrevistado, perguntas relacionadas à experiência e formação interprofissional, atividades interprofissionais desenvolvidas nos cursos, oportunidades e espaços de educação interprofissional para os estudantes durante a formação (ANEXO 7). Antes da aplicação do questionário foi realizado um teste piloto presencial, com uma ex-coordenadora de curso, para calibrar o questionário. Não foi necessário realizar nenhum ajuste no questionário utilizado para a entrevista.

4.6.2.2 Coleta de dados

As entrevistas com cada coordenador foram agendadas, previamente, via contato telefônico e, nesse momento, esclarecidas as informações sobre o propósito do estudo, autorização do Comitê de Ética em Pesquisa, riscos da pesquisa, não identificação dos participantes nos resultados e divulgação do estudo, direito de não participar sem prejuízos; direito de retirar o consentimento em qualquer momento, sem constrangimento. Também foram assegurados aos potenciais participantes o direito à indenização em caso de danos decorrentes da participação no estudo e, possibilidade de solicitar esclarecimentos, a qualquer momento. Aqueles que concordaram em participar, receberam o TCLE por e-mail e devolveram uma cópia assinada para a pesquisadora, antes da entrevista.

Devido às distâncias geográficas, a pesquisadora optou por realizar uma entrevista com chamada de vídeo, por plataforma digital (WhatsApp), de forma individual, com cada um dos coordenadores da UFMT dos *campi* Cuiabá, Rondonópolis, UNEMAT, UNIVAG, UNIC, as quais foram gravadas, com consentimento do entrevistado. A entrevista com o coordenador do curso de Sinop foi realizada de forma presencial, em ambiente privado, com consentimento para gravação. Em cada entrevista a pesquisadora reforçou os objetivos do estudo e utilizou as questões previamente desenvolvidas no questionário semiestruturado. O tempo médio das entrevistas foi de 30 minutos, variando entre 20 min e 45 min. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2019 e fevereiro de 2020.

4.6.2.3 *Análise de Dados*

Para avaliação das entrevistas dos coordenadores de curso foi utilizada a análise de conteúdo categorial temática, a qual descreve, de forma objetiva e sistemática, o conteúdo expresso pelos participantes, com a finalidade de interpretá-lo. (BARDIN, 1979). A análise temática desdobra-se em três outros polos cronológicos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 1979), descritas abaixo:

- Pré-análise – Escolha dos documentos que foram analisados; leitura flutuante, na qual o pesquisador toma contato direto e intenso com o material de campo; compreende a totalidade do universo estudado composto pela exaustividade, representatividade e a homogeneidade; formulação e reformulação de hipóteses e objetivos, por meio de leituras exaustivas e que se fazem necessárias as primeiras indagações (BARDIN, 1979).
- Exploração do Material - definição das categorias que são as expressões ou palavras significativas, nas quais serão organizados os conteúdos das falas (BARDIN, 1979).
- Tratamento dos resultados obtidos e interpretação – dados brutos e informações são obtidas por meio de operações estatísticas simples (porcentagens) ou complexas (análise fatorial) (BARDIN, 1979).

Os participantes da entrevista foram identificados por representação alfanumérica como o exemplo a seguir: C1 - coordenador 1, C2 – Coordenador 2.

No que se refere à triangulação concomitante, para análise mista dos dados dos estudantes e coordenadores, os achados da RIPLS foram confrontados com a análise qualitativa das falas dos coordenadores entrevistados, para corroborar ou contestar os resultados da RIPLS e possíveis associações com as variáveis sociodemográficas dos estudantes.

5.1 Disponibilidade para Educação Interprofissional (EIP) - estudantes de medicina

Dos 1.072 estudantes de medicina matriculados, que foram convidados para o estudo, 879 participaram, o que representa uma taxa de resposta de 82%. A tabela 1 demonstra a distribuição dos participantes por Universidade e a tabela 2 por semestre e atividade de ensino durante a coleta de dados.

Tabela 1 - Distribuição dos estudantes participantes da pesquisa por Universidade. Mato Grosso

Universidade	Alunos Matriculados	Participantes	%
UFMT Campus Cuiabá	187	157	83,95%
UFMT Campus Rondonópolis	89	89	100%
UFMT Campus Sinop	112	114	98,59%
UNIC	292	229	78,42%
UNEMAT	140	117	81,43%
UNIVAG	222	147	66,21%
TOTAL	1072	879	82%

Fonte: Elaborado pela autora, 2023

Tabela 2 - Distribuição dos estudantes participantes da pesquisa por semestre letivo e tipo de atividade. Mato Grosso

Tipo de atividade	Semestre letivo	Participantes
Disciplinas teórico-práticas	Oitavo	237 (27%)
	Nono	136 (15,5%)
Internato Médico	Décimo	177 (20,1%)
	Décimo primeiro	143 (16,3%)
	Décimo segundo	186 (21,1%)

Fonte: Elaborado pela autora, 2023

Entre os estudantes que cursavam no internato médico, 76 (11,84%) deles estavam em estágios em unidades básicas de saúde e 542 (84,42%) em rodízios em instituições hospitalares, emergências e ambulatorios; 24 (3,74%) não responderam à questão. Dos 775 alunos que responderem sobre sua procedência, 419 (47,6%) eram do estado de Mato Grosso, 91 de Goiás (10,3%), 67 (7,6%) de Minas Gerais, 52 de São Paulo (5,9%) , 50 (5,6%) do Paraná, 40 (4,5%) do Mato Grosso do Sul e os demais alunos provenientes de 15 outros estados brasileiros. As demais informações sociodemográficas e experiências de formação e trabalho prévio estão na tabela 3.

Tabela 3 - Dados sociodemográficos dos estudantes

Estudantes	N(%)	Estudantes	N(%)
Idade		Gênero	
Mínima	20	Feminino	492(56,1%)
Máxima	48	Masculino	385(43,9%)
Média	25,3	Outro	0 (%)
Formação Técnica Prévia		Exercer a profissão técnica	
Sim	778(88,7%)	Sim	49(50,5%)
Não	67(7,6%)	Não	47(49,5%)
Não responderam	2(0,2%)	Exerce atualmente	8 (0,9%)
Curso Superior Prévio		Curso Superior Prévio	
Sim	167(19,1%)	Enfermagem	38(23,56%)
Não	710 (80,9%)	Farmácia	14 (8,6%)
Concluíram o curso	64(39%)	Odontologia	8(4,9%)
Não concluíram	99(60,7%)	Biomedicina	7 (4,3%)
Já trabalharam na área	58(39%)	Direito	11(1,25%)
Exercem atualmente	12(8%)		
Experiência prévia de trabalho em equipe com outros profissionais		Trabalham enquanto estudam	
Sim	663(76%)	Sim	67(7,6%)
Não	209(23%)	Não	811(92%)
Não responderam	7(0,9%)	Não responderam	1 (0,1%)
Local de estágio (internato)			
Unidades Básicas de Saúde	24 (3,84%)		
Hospitais, ambulatorios e emergência	542 (84,42%)		
Não responderam	24 (3,74%)		

* Os participantes puderam selecionar todas as repostas que se aplicaram a eles, portanto as percentagens não podem somar 100. Fonte: Elaborado pela autora, 2023

5.2 Disponibilidade para Educação Interprofissional (EIP)

Em geral, a maioria dos itens da RIPLS apresentou uma média maior do que 4 (de um total de 5). Além disso, os *scores* da disponibilidade dos estudantes de medicina para EIP foram positivos em cada um dos fatores. Os resultados sugerem que os alunos estão dispostos a trabalhar e colaborar em equipe (F1), apesar de demonstrarem pouco interesse nas atividades em pequenos grupos, com estudantes de outras áreas da saúde (média 3,89 - item 14). Os estudantes valorizam sua identidade profissional (F2) diante dos demais membros da equipe e demonstram preocupação em promover o cuidado em saúde centrado no paciente (F3) (Tabela 4). A tabela 5 demonstra os *scores* médios para cada fator da RIPLS e a correlação com as variáveis independentes.

Tabela 4 - Média de *scores* dos estudantes pelos fatores da RIPLS e itens da RIPLS

RIPLS	N	Media	SD	Min	Max
Fator					
F1 Trabalho em Equipe	878	4.15	0.46	1.43	5.00
F2 Identidade Profissional	879	2.62	0.58	1.00	4.63
Itens					
1. A aprendizagem com outros estudantes ajudará a me tornar um participante mais efetivo de uma equipe de saúde.	877	4.52	0.64	1.00	5.00
2. Em última análise, os pacientes seriam beneficiados se estudantes da área da saúde trabalhassem juntos para resolver os problemas dos pacientes.	877	4.58	0.61	1.00	5.00
3. Aprendizagem compartilhada com outros estudantes da área da saúde aumentará minha capacidade de compreender problemas clínicos.	875	4.39	0.76	1.00	5.00
4. A aprendizagem junto com outros estudantes da área da saúde, durante a graduação, melhoraria os relacionamentos após a graduação.	871	4.41	0.78	1.00	5.00
5. Habilidades de comunicação deveriam ser aprendidas junto com outros estudantes da área da saúde.	874	3.96	1.03	1.00	5.00

continua...

RIPLS	N	Media	SD	Min	Max
6. A aprendizagem compartilhada me ajudará a pensar positivamente sobre outros profissionais.	875	4.21	0.83	1.00	5.00
7. Para que a aprendizagem em pequenos grupos funcione, os estudantes precisam confiar e respeitar uns aos outros.	875	4.63	0.58	2.00	5.00
8. Habilidades de trabalho em equipe são essenciais na aprendizagem de todos os estudantes da área da saúde.	875	4.57	0.65	1.00	5.00
9. A aprendizagem compartilhada me ajudará a compreender minhas próprias limitações.	872	4.24	0.84	1.00	5.00
10. Não quero desperdiçar meu tempo aprendendo junto com estudantes de outras profissões da saúde.	873	1.62	0.82	1.00	5.00
11. Não é necessário que estudantes de graduação da área da saúde aprendam juntos.	878	1.77	0.91	1.00	5.00
12. Habilidades para solução de problemas clínicos só devem ser aprendidas com estudantes do meu próprio curso.	873	1.97	1.03	1.00	5.00
13. A aprendizagem compartilhada com estudantes de outras profissões da saúde ajudará a me comunicar melhor com os pacientes e outros profissionais.	872	4.21	0.86	1.00	5.00
14. Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões da saúde.	874	3.89	0.97	1.00	5.00
15. A aprendizagem compartilhada ajudará a esclarecer a natureza dos problemas dos pacientes.	875	4.15	0.80	1.00	5.00
16. A aprendizagem compartilhada durante a graduação me ajudará a tornar-me um profissional que trabalha melhor em equipe.	875	4.41	0.67	1.00	5.00
17. A função dos demais profissionais da saúde é principalmente apoio aos médicos.	877	2.21	1.04	1.00	5.00
19. Preciso adquirir muito mais conhecimento e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde.	872	3.17	1.21	1.00	5.00

continuação...

RIPLS	N	Media	SD	Min	Max
21. Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu.	878	2.11	1.04	1.00	5.00
22. Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional.	867	3.47	0.93	1.00	5.00
23. Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional.	876	2.95	1.12	1.00	5.00
24. Minha principal responsabilidade como profissional será tratar meu paciente.	875	3.64	1.04	1.00	5.00
25. Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente.	876	4.37	0.62	1.00	5.00
26. Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim.	875	4.74	0.46	3.00	5.00
27. Procuo transmitir compaixão aos meus pacientes.	876	4.56	0.59	2.00	5.00
28. Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto.	878	4.68	0.55	1	5
29. Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes.	878	4.70	0.58	1	5

conclusão

Fonte: Elaborado pela autora, 2023

Tabela 5 - Média de *scores* dos estudantes dos fatores da RIPLS e correlação com as variáveis independentes

Fator RIPLS	Variáveis Independentes	N	Média	SD	Min	Max	Variáveis Independentes	N	Média	SD	Min	Max		
F1		Masculino	385	4.09	0.48	1.43	4.79	Feminino	491	4.20	0.44	2.57	5.00	
F2	Gênero	Masculino	385	2.72	0.59	1.00	4.63	Feminino	492	2.53	0.56	1.00	4.50	
F3		Masculino	385	4.55	0.46	2.60	5.00	Feminino	491	4.66	0.39	3.40	5.00	
F1	Universidade Pública	1	157	4.08	0.57	1.43	4.86	Universidade Privada	5	146	4.17	0.42	2.93	5.00
		2	89	4.12	0.46	2.64	4.71		6	229	4.17	0.44	2.64	5.00
		3	140	4.20	0.45	3.00	4.79							
		4	117	4.14	0.42	2.86	4.79							
F2	Universidade Pública	1	157	2.50	0.63	1.00	4.13	Universidade Privada	5	147	2.68	0.56	1.00	4.63
		2	89	2.43	0.56	1.25	3.75		6	229	2.76	0.58	1.38	4.50
		3	140	2.42	0.50	1.38	4.13							
		4	117	2.77	0.52	1.38	3.88							
F3	Universidade Pública	1	157	4.53	0.43	2.80	5.00	Universidade Privada	5	146	4.58	0.50	3.00	5.00
		2	89	4.58	0.47	2.60	5.00		6	229	4.69	0.35	3.60	5.00
		3	140	4.66	0.40	3.60	5.00							
		4	117	4.54	0.41	3.40	5.00							

continua...

Fator RIPLS	Variáveis Independentes		N	Média	SD	Min	Max	Variáveis Independentes	N	Média	SD	Min	Max
F1	Prévio curso técnico	Não	777	4.16	0.46	1.43	5.00	Sim	99	4.10	0.48	2.64	4.80
F2		Não	778	2.62	0.58	1.00	4.63	Sim	99	2.57	0.57	1.25	4.13
F3		Não	777	4.62	0.42	3.40	5.00	Sim	99	4.54	0.43	2.60	5.0
F1	Prévio curso superior	Não	709	4.15	0.45	2.64	5.00	Sim	167	4.15	0.53	1.43	5.00
F2		Não	710	2.60	0.59	1.00	4.63	Sim	167	2.69	0.56	1.25	4.14
F3		Não	709	4.62	0.43	2.60	5.00	Sim	167	4.56	0.42	3.40	5.00
F1	Prévia trabalho em equipe	Não	251	4.11	0.48	2.57	4.86	Sim	606	4.17	0.46	1.43	5.00
F2		Não	252	2.63	0.60	1.00	4.63	Sim	606	2.61	0.58	1.13	4.50
F3		Não	251	4.56	0.47	2.60	5.00	Sim	606	4.63	0.40	2.80	5.00
F1	Semestre	8°	237	4.25	0.44	2.64	4.92	11°	143	4.09	0.44	2.93	5.00
		9°	136	4.20	0.42	2.93	4.79	12°	186	4.10	0.53	1.43	5.00
		10°	176	4.09	0.45	2.57	4.79						
F2	Semestre	8°	237	2.67	0.57	1.38	4.50	11°	143	2.69	0.58	1.25	4.63
		9°	136	2.47	0.60	1.00	4.00	12°	186	2.57	0.57	1.38	4.14
		10°	177	2.65	0.57	1.00	4.13						
F3	Semestre	8°	237	4.67	0.42	3.00	5.00	11°	143	4.53	0.47	2.80	5.00
		9°	136	4.64	0.39	2.60	5.00	12°	186	4.57	0.42	3.40	5.00
		10°	176	4.60	0.40	3.40	5.00						

Fonte: Elaborado pela autora, 2023

conclusão

As tabelas 6 a 8 apresentam a associação identificada entre os fatores da RIPLS e as variáveis independentes: idade, gênero, curso superior prévio, universidade, semestre do curso, trabalho prévio em equipe. O campo de prática clínica não apresentou significância estatística com nenhum dos fatores da RIPLS.

Tabela 6 - Associação entre as variáveis sociodemográficas independentes e fator F1 –Trabalho em equipe da RIPLS

Variável independente	Resultado
Idade	p=0.0004*** Para cada ano a mais, espera-se uma redução média de 0,26%
Curso superior prévio	p=0.0174** Alunos que não cursaram outro curso superior prévio têm pontuação média de 2,07% maior
Trabalho prévio em equipe	p=0.0278** Alunos que não trabalham têm uma chance 46% menor de responder 0♦
Gênero	p=0.0335** Pessoas que se identificaram como do gênero feminino têm 1,59 vezes mais chance de responder 0♦

p < .05, *p < .005

♦ ajuste de modelos com distribuições truncadas, inflacionadas de 0 e/ou 1 e ajustadas por 0, respectivamente, por meio das funções `gamlss.tr` e `gamlss.in`

Fonte: Elaborado pela autora, 2023

Tabela 7 - Associação entre as variáveis sociodemográficas independentes e fator F2 – Identidade profissional da RIPLS

Variável Independente	Resultado
Gênero	p=0.0000*** Pessoas que se identificaram como do gênero feminino têm 1,59 pontos a menos que o masculino.
Universidade	p=0.0000*** (para universidades privadas)
Semestre	p=0.0001*** Alunos do 9º semestre têm 1,99 pontos a menos do que alunos do 8º semestre); alunos do 12º (último semestre) têm 0,87 pontos a menos do que alunos do 8º semestre. 10º e 11º sem significância estatística

p < .01, *p < .001

Fonte: Elaborado pela autora, 2023

Tabela 8 - Associação entre as variáveis sociodemográficas independentes e fator F3 – Atenção à saúde centrada no paciente da RIPLS

Variável Independente	Resultado
Gênero	p=0.0000*** p=0,0000 gênero feminino tem 19,83% mais pontos do que o gênero masculino. p= 0,0001 gênero feminino chance 91,24% menor de responder 0 ♦
Curso Superior prévio	p=0.0287** 9,42% menor do que os estudantes que já fizeram outro curso p=0.0451** estudantes sem curso prévio têm chance 3,35 vezes maior de responder 0 ♦
Trabalho em Equipe	p=0,0399** Alunos que não trabalharam em equipe têm 3,21 vezes maior chance de responder 0 ♦
Semestre	p=0.0256** (11º semestre) p=0.0480** (12º semestre) 2.02% maior chance de responderem 0 ♦

p < .05, *p < .005

♦ ajuste de modelos com distribuições truncadas, inflacionadas de 0 e/ou 1 e ajustadas por 0, respectivamente, por meio das funções `gamlss.tr` e `gamlss.in`

Fonte: Elaborado pela autora, 2023

5.3 Educação Interprofissional (EIP) na visão dos coordenadores dos cursos de Medicina

Participaram da pesquisa todos os coordenadores das seis IES do estudo. A tabela 9 apresenta os dados sociodemográficos dos participantes. Por meio da análise temática das entrevistas realizadas com cada coordenador foi possível identificar os seguintes temas: A formação do coordenador, Aprendendo interprofissionalmente na graduação, Resultados de ações interprofissionais na graduação e Desafios para implementar a Educação Interprofissional nos Cursos de Medicina.

Tabela 9 - Dados sociodemográficos dos coordenadores

Coordenador	Idade	Gênero	Graduação	Pós-graduação	Tempo/ano docência	Tempo de coordenação
C1	51	feminino	Medicina	Mestrado	10	8 meses
C2	39	masculino	Biologia	Doutorado	4	9 meses
C3	41	feminino	Farmácia	Doutorado	8	1 ano e 7m
C4	54	feminino	Medicina	Doutorado	20	5 anos
C5	39	masculino	Medicina	Mestrado	10	5 anos
C6	49	masculino	Engenharia da Computação	Doutorado	13	3meses

Fonte: Elaborado pela autora, 2023

5.4 A formação do coordenador

Esta categoria temática buscou identificar experiências prévias com a interprofissionalidade dos coordenadores, desde sua graduação em Medicina. Dos seis participantes, três coordenadores concluíram a graduação em Medicina, em diferentes períodos e IESs. Descrevem não haver, durante a graduação, uma proposta institucionalizada de atividades interprofissionais.

“Na graduação ??? Não sei te dizer. (C4)

“[...]na minha formação acadêmica a parte de contato interprofissional por sinal era muito ruim, o contato que nós tínhamos [...] não era vista como o interprofissional era visto como "trabalho deles" / "trabalho nosso". (C5)

“[...] eu não to lembrando bem claramente porque a gente acaba fazendo tanta coisa que acaba não lembrando[...]. (C1)

Cinco coordenadores referem ter vivenciado alguma experiência interprofissional durante a graduação, em projetos de pesquisa, extensão, residência médica e pós-graduação, porém há dificuldade na compreensão do conceito interprofissional e seus construtos:

“[...] essa questão multidisciplinar eu comecei a ter contato mais na residência por causa da neurologia [...] até porque a minha chefe de serviço tinha um grupo de pesquisa [...]”. (C1)

“[...] no laboratório de pesquisa eu interagia com estudantes de outras áreas, mas era voltado para pesquisa [...]”. (C3)

“[...]eu fiz um curso de extensão de instrumentação cirúrgica, com a enfermagem [...]”. (C4)

“Na residência e digo que foi o meu primeiro contato interprofissional [...] nós tínhamos muito contato com a psicologia [...]”. C5

“[...] nós tínhamos um grupo de pesquisa grande [...] biólogos, engenheiros de alimentos, computólogos e matemáticos, então eram grupo multidisciplinar [...]”. (C6)

5.6 Aprendendo interprofissionalmente na graduação

Nesta categoria temática, foram identificadas como os coordenadores percebem as relações entre a legislação vigente sobre a interprofissionalidade, na formação em Medicina, e como são aplicadas nos currículos dos cursos que estavam gerindo.

Para quatro coordenadores, a interprofissionalidade vem sendo desenvolvida nos campos práticos de formação, atividade de integração ensino-serviço-comunidade e no contato com os docentes de cursos de outras áreas da saúde. Contudo, ainda existe confusão entre os conceitos de interdisciplinariedade e interprofissionalidade:

“ [...]a interação comunitária e saúde e sociedade a gente trabalha nos planos de ensino essa interdisciplinariedade, a interação comunitária a gente trabalha toda a interação com agentes de saúde, com os centros de notificação, hospital e os encaminhamentos [...]” (C1)

“[...] dentro do eixo de interação comunitária e habilidades e atitudes os estudantes têm a oportunidade de conviver no campo prático e se relacionar com outros profissionais na área da saúde. (C2)”

“[...]por exemplo, eles têm a inserção deles na rede de atividade prática, eles juntam com profissionais que são da rede, de outras áreas que não médicos, eles são recebidos pelos agentes comunitários de saúde, pelo enfermeiro, mas que não são colegas deles, que já são profissionais formados”. (C4)

“[...]a gente entende (que essa interdisciplinaridade, esse contato, esteja acontecendo quando ele entra na rede através do PINESC (Programa Interinstitucional de Interação de Ensino, Serviço, Comunidade) porque ele trabalha com agente comunitário da saúde, com a enfermeira, com toda a rede e nessas disciplinas de atualização, eu acho que são os momentos que ele mais interage [...]” (C4)

“[...] estou tentando pensar onde mais que caberia uma integração ~~é~~ interdisciplinar... porque... a maioria dos professores do primeiro ano, são professores que são bioquímicos, que são biomédicos, fisioterapeutas então

assim, de alguma maneira ele se insere em algum cenário mas eu acho que ainda que pouco- [...]”. (C4)

“[...] do primeiro a quarto semestre o nosso aluno vai pra rede e ele fica sendo cuidado por professores da enfermagem, então ele fica do primeiro ao quarto semestre, aí ele aprende tudo relacionado à unidade, à gestão da unidade, como a enfermeira gere a unidade.” (C4)

“[...] nós temos um programa de interação comunitária que é o PIC/PINESC, [...] os alunos também participam e tem espaço em que ele acompanha o agente comunitário na visita domiciliar, por exemplo, então ele também tem essa vivência de ir no lar do paciente e entender... e eles trazem isso como benéfico, como algo que eles aprendem e entendem a importância dos agentes, a interação pra conhecer o lar da pessoa, que não é o médico que faz, é o agente comunitário que faz, então ele traz de um modo bastante benéfico pra vida dele”. (C5)

Para três participantes, o internato médico possibilita um espaço para aprender com e sobre outras profissões da saúde. Na visão dos coordenadores, este pode ser o único momento de exposição, ao longo do curso, para o aprendizado interprofissional. No entanto, o aprendizado compartilhado não é realizado de maneira coordenada:

“[...] na graduação fica mais restrito ao hospital, porque lá [...] tem um grupo que se reúne... eu acho que, quinzenalmente, é liderado por uma enfermeira onde todos os terapeutas, psicólogos, nutricionista, tal... discutem casos e multidisciplinarmente, aí é no internato só,...antes do internato a gente não tem esse tipo de atividade.”(C1)

“[...] em todos os campos de estágio eles têm contato... mas é só lá no internato, eles já têm contato com o pessoal da enfermagem, técnico de enfermagem, o pessoal das UBSs, os outros alunos que frequentam os outros espaços também.” [C3]

“Pode ser que haja uma troca de experiência durante o internato, mas não... não sistematizado.” (C3)

“[...] internato em saúde mental tem momentos em que os alunos acompanham a atividade do psicólogo; no nosso internato de geriatria, no lar dos idosos, também eles tem o contato com equipe de cuidados dos idosos

em equipe interprofissional, tem além do geriatra, tem o enfermeiro, tem nutrólogo, tem o fono; na ginecologia [...]”. (C5)

Quatro coordenadores relatam não haver curricularização da EIP na forma de disciplina interprofissional, entre os cursos da área da saúde ofertados nas IES, entretanto dois coordenadores citam as disciplinas optativas (eletivo) como uma possibilidade de integração:

“ Não, a gente não tem uma disciplina de educação interprofissional” (C1)

“Não! Disciplina, disciplina, Não!” (C2)

“Acadêmicos na mesma sala? Não, não, não! Eles não têm... eles não têm. Eles entram nos cenários de outras áreas, mas os outros estudantes não estão nas mesmas áreas” [...] temos atividades eletivas que são uma atualização, que é o eletivo, que eles podem participar de atividades de outros cursos [...] têm momentos de integração, mas não tem uma disciplina que interage todo mundo” (C4)

“[...] nosso curso, nesse aspecto, nós temos projetos [...] de extensão, agora disciplina mesmo, nossos módulos eles não têm uma interprofissionalidade nem interdisciplinalidade, o que tem na verdade são professores de outras áreas que não, não medicina, não médicos que dão aula na disciplina médica [...]. Mas não temos disciplinas específicas”. (C5)

Também quatro coordenadores compreendem que disciplinas optativas, projetos de extensão e rodas de conversa podem ser cenários para o aprendizado interprofissional:

“Assim... tem a aula optativa. A optativa ela é ofertada primeiramente para os alunos no curso de medicina e [...] se sobra vaga abre-se essas vagas pros outros [...]. mas os alunos de medicina fazem as optativas, por exemplo, fitoterapia, empreendedorismo, com outros alunos. É que a optativa é ofertada a qualquer momento o aluno pode.” (C3)

“Nós temos atividades eletivas que são uma atualização... que é o eletivo... que eles podem participar de atividades de outros cursos [...] alguma técnica da enfermagem, ele pode fazer. Então ele vai frequentar ambiente e cenários da enfermagem pra fazer, isso é um modulo eletivo dele tem momentos de integração mas não tem uma disciplina que interage todo mundo. [...] Ela existe mas de uma forma incipiente mesmo.” (C4)

“Nós temos um projeto aqui no sexto semestre, que é o projeto do ambulatório de saúde mental infanto-juvenil, atende crianças autistas e temos um fonoaudiólogo, psicólogo e um médico, e têm alunos dessas três áreas quem fazem esses atendimentos, então são projetos de extensão.” (C5)

“[...] nós já começamos com projeto de extensão de atendimento à população prisional e estamos levando os alunos de medicina, de enfermagem e de educação física com ação de ampliação do acesso, do cuidado e a interprofissionalidade na manutenção da saúde integral dessa população.” (C6)

“[...] tem uma atividade na habilidades em comunicação, nós pegamos rodas de conversa [...] acadêmicos de vários cursos, ela não é uma atividade regular, é um projeto que flui muito bem porque entra psicologia, entra pessoal de outros cursos”. (C4)

Finalmente, a partir da narrativa de três coordenadores, observa-se o reconhecimento da importância de promover a Educação Interprofissional, durante toda a formação dos estudantes.

“[...] essa multidisciplinaridade é uma questão que, na verdade, precisa estar pelo menos dois momentos-no básico, mas ela precisa também estar no início ou antes do internato porque aí o aluno vai ter a noção teórica da coisa, um pouco da prática, mas quando ele for inserido na prática ele já tem essa vontade, não é uma coisa nova e nem é para minimizar toda a questão de discriminação que aluno e médico tem uma certa tendência [...]” (C1)

“[...] eles acompanham, eu acho interessante, eles acompanham o agente comunitário de saúde, são educados com os agentes porque às vezes se pega o aluno bota no sexto ano lá com o agente, ele ignora o agente, não é?! Ele vai do primeiro ano conhecendo...trabalhando com o agente...trabalhando com a enfermeira, trabalhando com a assistente social, ele vai entendendo que eles são profissionais muito importantes ali na rede! Então é bem interessante como ele já chega lá no final respeitando todos os profissionais que trabalham na área da saúde com ele [...]” (C4)

[...] e a proposta, porque eu tenho certeza que, se houvesse essa proposta, aqui pelo menos pro curso de medicina, seria muito bem aceita, porque é o

que se esta preconizando, inclusive no PET Saúde foi muito falado disso e eu acredito os outros cursos também sejam abertos a essa proposta, é importante essa integração desde o começo, porque quando o aluno já vai pro campo ele já esta acostumado com essa integração, então se ele tem desde o começo ele sai mais preparado.” (C3)

5.7 Resultados de ações interprofissionais na graduação

O *feedback* das atividades interprofissionais desenvolvidas norteiam os futuros ajustes e ações a serem desenvolvidos. Resultados positivos e negativos de ações interprofissionais foram notados em espaços diversos da inserção da universidade. Os coordenadores consideram como resultados positivos das atividades, as avaliações informais sobre comunicação e o entendimento dos papéis das outras áreas para a integralidade do atendimento, recebidas pelos serviços nos quais se desenvolvem as atividades interprofissionais:

“[...] alguns pontos positivos que nós temos[...] a coordenação obteve comentários que o serviço tem feito a respeito dos nossos estudantes, temos ouvido bons comentários de relacionamento, de respeito...enfim, isso é um feedback do próprio serviço em relação a atuação dos nossos estudantes, esses comentários são positivos, existem esse resultado positivo em relação a relações pessoais com os estudantes [...] ao longo do curso, mas principalmente com estudantes do internato.” (C2)

“A gente observa que os alunos que conseguem entender essa dinâmica, eles notam inicialmente que o olhar integral do paciente modifica, ele vê as suas dificuldades e vê os seus limites também, porque não é ... a questão soberba de saber de tudo e ver tudo, é que existe uma necessidade de integração de várias áreas para entender o paciente como um todo, e isso pro aluno que participa desse projeto consegue ver essa saúde integral que é uma forma muito mais intensa do que um aluno que não faz [...].” (C5)

Resultado negativo de ensino compartilhado, decorrente de logística de sala, horários e visões estereotipadas das profissões foi descrito por um coordenador em uma disciplina integrativa:

“Nós tivemos algumas disciplinas básicas que eram dadas para vários cursos juntos... nós tivemos na época tipo... bioquímica... então, tinha o pessoal da farmácia, da medicina, tinham salas imensas, [...] parecia que entre eles não dava certo, então assim se perdeu um pouco essa experiência porque não deu muito certo... não foi muito positiva, porque o aluno por exemplo da biomedicina não se sentia tão exigido como o aluno da medicina? Não foi muito adequado, e aí se voltou então a separar, a gente chamava isso de Ciências Morfofuncionais [...] eram disciplinas grandes que entravam alunos de vários cursos. E agora não, nós não temos, a medicina não tem, talvez outras áreas da saúde possam ainda ter esse tipo de disciplina mas nós não temos mais. Na estrutura curricular anterior, se tentou, tinham módulos mas não [...] mas porque que não deu certo? [...] Um pouco disso eu sei, primeiro porque realmente tinha que nivelar meio por baixo, porque as outras áreas não podiam acompanhar a complexidade que a medicina estava acompanhando e o aluno achava que estava mais difícil do que o aluno da medicina também ou achando que era muito fácil ou muito difícil pros outros, honestamente foi mais ou menos por aí, e aí se perdeu isso e as salas ficaram muito grandes, deu muita confusão na verdade” (C4)

5.8 Desafios para implementar a Educação Interprofissional (EIP) nos Cursos de Medicina

A Educação Interprofissional tem sido estimulada na formação médica como uma ferramenta para preparar o estudante para a prática colaborativa, trabalho em equipe e qualificação da assistência. Todavia, os coordenadores demonstraram em suas narrativas os desafios a serem transpostos para a implementação do Ensino Interprofissional nos cursos médicos, em todos os níveis do processo, decorrentes da falta de apoio institucional, no que tange a empenho e recursos humanos:

[...] “Primeiro, eu acho que é um empenho da própria instituição de mostrar pra ambos os cursos, tanto para medicina como aos demais cursos, a importância que tem dentro da saúde interprofissional”. (C5)

“Em princípio, nós estamos assim... sem docentes!”. (C1)

“[...] talvez a falta de alguns profissionais [...] nós não temos dentro do próprio curso profissionais de diversas áreas, .. ou... embora aqui nós tenhamos o curso de enfermagem que trabalha em conjunto bastante com o curso de medicina, outras áreas nós não temos na universidade ainda ... temos o curso de psicologia que desenvolve alguns projetos também em parceria com a enfermagem e medicina, mas nós sabemos que não é só medicina, enfermagem e psicologia, existem outros profissionais também que poderiam fazer parte, e nesse momento o curso não dispõe desses profissionais”. (C2)

“[...] porque espaço físico tem. Falta o docente que vai fazer isso, falta então recursos humanos”. (C3)

Dois coordenadores também comentaram sobre a necessidade da reestruturação do projeto pedagógico para a inserção de disciplinas e práticas interprofissionais e o trabalho conjunto das coordenações dos cursos para os ajustes da grade curricular:

“[...] a partir dessa política, núcleos docentes estruturantes estarem ativamente participando para reestruturar nosso projeto pra permitir que alunos de outros cursos entrem dentro da medicina e vice-versa, então existiria também esse empenho. Nós, da coordenação, contemos em parte, digamos assim...de responsabilidade desse processo pra poder coordenar e poder fazer as grades semelhantes.” (C5)

“[...] essa disciplina teria que estar inserida no PPC de todos os cursos, então falta, meu ponto de vista, falta a proposta da disciplina e essa conversa”. (C3)

Outro desafio a ser enfrentado, relatado por dois coordenadores, é a falta de *feedback* institucional das ações promovidas pelos projetos de extensão coletivos, além de um instrumento de avaliação dos resultados do próprio curso:

[...] um ponto negativo da realização desses projetos é que esses resultados eles não chegam ao conhecimento da coordenação, nós temos questionando alguns professores sobre a importância de se trazer esses resultados pra conhecimento de outros docentes, então isso não tem sido feito [...] os resultados ficam com os professores desses projetos de extensão e, por

enquanto nós, a coordenação, não tivemos acesso a esses dados, os dados não foram repassados”. (C2)

[...] o que é exigido ao final do projeto de extensão a gente faça uma aplicação de um instrumento para avaliar como aquela atividade foi para o público-alvo, mas não pra quem está participando do projeto não tem o instrumento para avaliar como que foi, nunca foi pensado nisso”. (C3)

Soma-se a estes desafios, descritos na narrativa de um coordenador, a importância do engajamento do corpo docente e dos próprios alunos do curso para a implementação da EIP:

“O professor também entender que é a parte integrante desse sistema, pra ele entender a importância de mostrar uma visão do aluno que vem de outro curso da medicina e vice-versa e, por fim, o próprio aluno do curso também não enxergar o outro como adversário ou como concorrente, mas sim como parte integrante do processo”. (C5)

Finalmente, dois coordenadores consideram a articulação ensino-serviço insuficiente para a promoção da interprofissionalidade:

“[...] acredito que poderia haver um pouco mais de cooperação, principalmente entre os gestores, na realização e na organização dessa interprofissionalidade. Por exemplo, uma dificuldade que nós temos é, às vezes, alguns gestores da rede não dão tanta importância para essa atividade e nós daqui da academia sabemos que isso é extremamente importante do ponto de vista acadêmico e social. Também, às vezes, acontece de nós não termos essa participação efetiva do lado da gestão do município, do estado, embora eles não fechem as portas para que isso aconteça, mas eles não participam do processo durante a produção de alguns projetos, então isso acaba dificultando às vezes a realização.” (C2)

“[...]acho que todas as instâncias teriam que estar trabalhando em conjunto para isso”. (C5)

5.9 Análise final dos resultados utilizando a incorporação concomitante

A coleta de dados dessa pesquisa foi realizada, simultaneamente, entre os participantes estudantes e coordenadores, de forma a não haver interferência dos resultados para ambos os grupos.

Considerando o desenho metodológico adotado neste estudo, qual seja o estudo misto, a utilização da entrevista corroborou para a confirmação dos resultados apontados pela RIPLS, na qual os estudantes foram avaliados em três fatores: F1- Trabalho em Equipe, F2- Identidade Profissional e F3- Atenção Centrada no Paciente.

O Fator F1, conforme sua validação e adaptação transcultural para o português, *“está relacionado a atitudes positivas e disponibilidade para aprendizado compartilhado, trabalho em equipe, colaboração, confiança e respeito em relação a estudantes de outras áreas profissionais”* (PEDUZZI *et al.*, 2015)

Na RIPLS, os estudantes participantes que apresentaram experiência prévia em trabalho em equipe apresentaram 46% menos chance de responderem 0, isto é, preencherem o questionário marcando a mesma questão, nesse fator, do que daqueles que não participaram de nenhuma atividade. Entende-se que os estudantes desse grupo foram mais disponíveis, colaborativos e interessados pela importância da discussão do tema. Resultados semelhantes foram observados nas narrativas dos coordenadores, sobre estudantes que vivenciaram um trabalho em equipe, com outras profissões, durante o curso:

“[...]trabalhando com o agente...trabalhando com a enfermeira, trabalhando com a assistente social, ele vai entendendo que eles são profissionais muito importantes ali na rede! Então é bem interessante como ele já chega lá no final respeitando todos os profissionais que trabalham na área da saúde com ele”. (C4)

“ [...] essa multidisciplinaridade é uma questão que, na verdade, precisa estar pelo menos em dois momentos, no básico, mas ela precisa também estar no início ou antes do internato porque aí o aluno vai ter a noção teórica, um pouco da prática, mas quando ele for inserido na prática ele já tem essa vontade, não é uma coisa nova e pra minimizar toda a questão de discriminação que aluno e médico têm uma certa tendência.” (C1)

O fator F2 apresenta *scores* inversos com os demais fatores, ou seja, *scores* maiores representam resultados mais negativos. Este fator avalia as atitudes negativas para EIP, autonomia profissional e objetivos clínicos de cada profissão. O gênero feminino se correlacionou na RIPLS com -1,59 ($p=0,0001$) pontos no *score* desse fator que o gênero masculino. Contudo, questões de desempenho, em relação ao *score* por gênero dos estudantes, não foram abordadas na entrevista. Entretanto, os coordenadores demonstraram em suas falas não haver uma avaliação objetiva, por parte do curso, para os resultados das atividades de EIP ao longo do curso, incluindo o internato, para nortear ações a serem desenvolvidas, somente avaliações indiretas, evidenciadas nas narrativas:

“[...] um ponto negativo da realização desses projetos é que esses resultados não chegam ao conhecimento da coordenação [...]” (C2); “[...] ao final do projeto de extensão a gente faça uma aplicação de um instrumento para avaliar como aquela atividade foi para o público-alvo, mas não pra quem está participando do projeto não tem o instrumento para avaliar como que foi [...]” (C3)

Os estudantes dos últimos anos apresentaram significância estatística para os diferentes semestre, sendo o último semestre, 12º, com *score* de 0,87 pontos a menos ($p=0,0001$) do que o oitavo semestre ($p=0,0001$). Esse dado é corroborado pelo relato um coordenador:

“[...] alguns pontos positivos que a coordenação obteve são os comentários que o serviço tem feito a respeito dos nossos estudantes [...] em relação a relações pessoais com os demais estudantes ao longo do curso, mas principalmente com estudantes do internato”. (C2)

No que diz respeito ao fator F3, é interessante destacar que apresenta uma correlação positiva com o F1 e “*se refere à atitude positiva e disponibilidade para entender as necessidades da perspectiva do paciente com base em relações de confiança, compaixão e cooperação*” (PEDUZZI *et al.*, 2015). Na RIPLS, do mesmo modo que com o F1, estudantes sem experiência prévia em trabalho em equipe apresentaram 3,21 chances de responderem 0 no F3, do que estudantes com experiência prévia em equipe, novamente demonstrando a preocupação deste grupo com outro dever da profissão: atenção centrada no paciente. Os coordenadores também reforçam a experiência de aprender com outras profissões, pois ajuda a conhecer e entender a realidade do paciente, para proporcionar uma assistência integral:

“[...] também tem essa evidência de ir no lar do paciente e entender... e eles trazem isso como benéfico, como algo que eles aprendem e entendem a importância dos agentes, a interação pra conhecer o lar da pessoa, que não é o médico que faz, é o agente comunitário que faz, então ele traz de um modo bastante benéfico pra vida dele”. (C5); os alunos que conseguem entender essa dinâmica, eles notam inicialmente que o olhar integral do paciente modifica, ele vê as suas dificuldades e vê os seus limites também, porque não é [...] a questão soberba de saber de tudo e ver tudo, é que existe uma necessidade de integração de várias áreas para entender o paciente como um todo e isso, pro aluno que participa desse projeto, consegue ver essa saúde integral, que é uma forma muito mais intensa do que um aluno que não faz”. (C5)

O presente estudo analisou a implementação da Educação Interprofissional nas escolas de Medicina do Estado de Mato Grosso. Para tanto, avaliou-se a disponibilidade para educação interprofissional de estudantes de medicina durante os cinco semestres finais em todos os cursos médicos nas universidades do estado de Mato Grosso considerando a idade, gênero, curso superior prévio, universidade, semestre do curso, trabalho prévio em equipe e buscou-se compreender a percepção dos coordenadores dos cursos sobre a educação interprofissional.

Ao longo das últimas décadas o currículo dos cursos de medicina vem se modificando para se adaptar as transformações da sociedade e das necessidades da população, passando pelo modelo flexneriano fragmentando, com dicotomia corpo-mente, centrado no professor para o modelo atual baseado em competências, centrado no estudante, com conceito ampliado de saúde e aprendizado interprofissional (SOUZA *et al.*, 2021).

As Políticas Públicas de Saúde têm contribuído para os avanços curriculares na reorientação da formação dos estudantes da área da saúde e na promoção da EIP através das DCNs, programas que integram ensino-serviço-comunidade (Pet-saúde, Pro-saúde), incentivo das metodologias ativas e valorização da atenção básica (estudantes em contato desde o primeiro semestre) (BRASIL, 2018b).

As DCNs de 2014 vigente para os Cursos de Medicina explicitam claramente a EIP em suas diretrizes (BRASIL, 2014). Recomenda na seção III - gestão em saúde – “*aprender interprofissionalmente, com base na reflexão sobre a própria prática e pela troca de saberes com profissionais da área da saúde e outras áreas do conhecimento, para a orientação da identificação e discussão dos problemas, estimulando o aprimoramento da colaboração e da qualidade da atenção à saúde*” (BRASIL, 2014).

Analisando a população da pesquisa através do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade) das escolas médicas brasileiras de 2019, houve predomínio do gênero feminino 59,1% e 40,9% para o masculino, média de idade de 26,6 para o sexo masculino e 26,1 para o sexo feminino e 3,08% realizaram algum tipo de ensino médio profissionalizante (BRASIL, 2019).

O estudo apresenta perfil epidemiológico semelhante aos estudantes concluintes dos cursos de medicina brasileiros com predomínio do gênero feminino 56,1% e 43,90% masculino, idade média de 25,3 (considerando os 5 últimos semestres) e 7,6% concluíram algum curso técnico. O valor superior de cursos técnicos prévios em nosso estudo pode ser explicado por incluir cursos técnicos além do ensino médio profissionalizante. O Enade não inclui cursos de graduação prévios ao Curso de Medicina em sua avaliação.

Entre os estudantes de Medicina de todos os cursos convidados, 82% deles aceitaram participar, com variações de 66,21% a 100%. A participação expressiva reforça a relevância do estudo para o estado, dando ainda maior significância para os resultados que foram encontrados.

No que se refere à disponibilidade para EIP entre os estudantes de Medicina, os resultados demonstraram resultados positivos para cada um dos fatores, ou seja, os estudantes estão dispostos a colaborar em equipe (F1), valorizam sua identidade profissional (F2) e desejam promover o cuidado centrado no paciente (F3). A disponibilidade para a EIP tem sido estudada, globalmente, entre os estudantes de Medicina. Estudo em uma Universidade Americana, que incluiu estudantes do primeiro ano de Medicina, apresentaram *scores* altos na RIPLS indicando uma forte disponibilidade para a EIP, porém menores que do curso de Enfermagem (TALWALKAR, *et al.*, 2016). Outro estudo na Coreia do Sul com estudantes de medicina do segundo ao quarto ano e enfermagem também encontraram os mesmos achados (SONG e KYOUNG, 2022). Os estudos brasileiros que utilizam a RIPLS e incluem estudantes de medicina corroboram nossos resultados em relação a disponibilidade para EIP (AGUILAR-DASILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; CAMARA, 2015).

Entretanto, apesar da disponibilidade para EIP ser positiva, chamou atenção que, aparentemente, os estudantes desta pesquisa demonstraram pouco interesse em atividades em pequenos grupos com estudantes de outras profissões da saúde (média 3,89 - item 14). A literatura brasileira demonstra que ao se comparar estudantes de medicina com outros cursos da área da saúde, estes apresentam menor desempenho em relação ao trabalho em equipe (fator 1), resultado encontrado também em um estudo na Malásia (ZORIAH; TECK; YEN, 2011). Os estudos sugerem a investigação do motivo desses menores *scores* e estratégias para promover o trabalho em grupo e potencializar a colaboração interprofissional (CAMARA, 2015; NUTO, *et al.*, 2017; BARBOSA; SAMPAIO; APPENZELLER, 2021).

Ao analisar a variável gênero, foi observado que estudantes que se identificaram como do gênero feminino apresentaram maiores *scores* no fator atenção centrada no paciente (F3) e menores na identidade profissional (F2). Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos internacionais aplicados em estudantes da área da saúde utilizando a RIPLS (JUDGE; POLIFRONI; ZHU, 2015; WILHELMSSON *et al.*, 2011; WONG *et al.*, 2016) e em um estudo nacional (NUTO *et al.*, 2017). Estes resultados também foram achados em outras escalas: Escala Jefferson de Atitudes relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI), adaptada transculturalmente ao Brasil 2015, e aplicada para aferir o interesse na colaboração entre médicos e enfermeiros (HANSSON; FOLDEVI; MATTSSON, 2010); e na Escala de

Percepção da Educação Interdisciplinar (IEPS), adaptada transculturalmente para o português em março de 2021 (PEDUZZI *et al.*, 2015), utilizada para avaliar as percepções do profissional em relação a sua profissão e as outras profissões (WONG *et al.*, 2016).

As estudantes mulheres da área da saúde, em diversos estudos, demonstram uma maior receptividade para trabalho em grupo e cooperação com outras profissões do que os estudantes masculinos (JUDGE; POLIFRONI; ZHU, 2015; NUTO *et al.*, 2017; WILHELMSSON *et al.*, 2011; WONG *et al.*, 2016, (HANSSON; FOLDEVI; MATSSON, 2010).

Estes achados encontrados poderiam ser justificados pela construção social do desenvolvimento de habilidades de comunicação e atitudes maternais relacionadas ao gênero feminino (PRADO *et al.*, 2018; WONG *et al.*, 2016). As mulheres são mais propensas a trabalhar com outras pessoas ao atribuírem aspectos sociais da aprendizagem, preferindo processos colaborativos e não hierárquicos com valorização do apoio, amizade e uma compreensão maior do ponto de vista dos outros (REYNOLDS, 2003). Os achados desta pesquisa, em combinação com outros dados da literatura, demonstram a necessidade de estratégias de intervenções com estudantes masculinos para motivação e receptividade para IPE.

Os dados do presente estudo também demonstraram a diminuição dos *scores* do fator 1 da RIPLS quando foram associados a idade, isto é, quanto mais velho o estudante menor o interesse por trabalho em equipe. Outro estudo brasileiro também obteve o mesmo resultado (NUTO *et al.*, 2017). A hipótese de *scores* menores para o estudo, em relação à idade pode ser explicada pelo fato de os estudantes iniciarem o curso muito jovens, com poucas experiências sociais e acadêmicas, ou seja, estão desenvolvendo suas visões de mundo. Já os estudantes mais velhos são mais experientes, o que facilitaria a construção de visões e juízos estereotipados.

Do mesmo modo, foi identificado que, entre os estudantes brasileiros, o período do curso influencia na disponibilidade para a aprendizagem compartilhada. Estudantes no fim do internato apresentam *scores* menores na subcategoria F2 - Identidade Profissional do que aqueles que ainda não o iniciaram. A exposição à prática clínica pode alterar as preferências dos estudantes para a abordagem interprofissional (HOOD *et al.*, 2014; RAJIAH *et al.*, 2016; SALIH *et al.*, 2019; WONG *et al.*, 2016).

Na validação transcultural da RIPLS para o português, o fator F2 está relacionado a atitudes mais competitivas, que impactam na atenção centrada no paciente. O fator F3 se relaciona à disponibilidade de entender as necessidades sob a perspectiva dos pacientes, com

base nas relações de confiança, compaixão. Ou seja, os fatores apresentam uma relação inversa (PEDUZZI *et al.*, 2015).

Estudantes que já fizeram um curso superior previamente apresentaram menores *scores* para trabalhar em Equipe (F1) e tiveram maiores *scores* para Atenção Centrada no Paciente (F3). Não foram encontrados resultados em pesquisas semelhantes que utilizaram a RIPLS. Pesquisa com a Escala Jefferson de Atitudes relacionadas à Colaboração Interprofissional (WARD *et al.*, 2008) demonstrou estudantes com atitudes mais positivas entre aqueles que já trabalharam previamente na saúde. Possivelmente, esse achado se relaciona à familiaridade com o ambiente de trabalho ou sentimentos confortáveis em contextos colaborativos (WARD *et al.*, 2008).

No nosso estudo realizado, os cursos prévios mais frequentes foram nas áreas da saúde, sendo Enfermagem o mais citado. As experiências negativas de cooperação vivenciadas, previamente, entre médicos e enfermeiras (HANSSON; FOLDEVI; MATTSSON, 2010) poderiam se correlacionar com os resultados de *scores* menores na subcategoria F1 - Trabalho em Equipe do estudo. Os resultados obtidos nesta pesquisa demonstram a necessidade de promover a EIP entre os dois cursos, preferentemente, desde o início da graduação, buscando amenizar visões estereotipadas entre as profissões.

Por outro lado, a formação profissional prévia em áreas de saúde que se afastam de um modelo biomédico tradicional, com maior abordagem holística do cuidado (WILLIAMS *et al.*, 2015) poderiam justificar os achados com maiores *scores* na subcategoria F3 – Atenção Centrada no Paciente.

Foi identificada uma significância estatística no F2- Identidade Profissional, em relação aos estudantes em cursos de escolas públicas e privadas. Os menores *scores* de Identidade Profissional foram encontrados nos três cursos de Medicina que pertenciam à mesma instituição pública federal, em três cidades diferentes. Nesta instituição pública de ensino, o currículo define que os estudantes devem ser expostos precocemente a experiências interprofissionais, justificando os menores resultados no fator Identidade Profissional deste estudo. Ademais, as universidades federais devem obedecer ao “princípio de indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”, de acordo com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988, Art. 7) e, conseqüentemente, maior exposição dos alunos a estas atividades, em que, geralmente, existe contato com outras profissões.

Apesar de considerar a limitação de que se trata de um estudo do tipo transversal, com estudantes e coordenadores de diversas universidades, expostos a currículos diferentes (ainda que de acordo com as DCNs), os dados desta pesquisa sugerem que a exposição à prática

clínica com outros profissionais, durante os dois anos do internato pode impactar na Identidade Profissional, pois houve menores *scores* de F2, ou seja, uma Identidade Profissional menos competitiva e mais colaborativa. Tais dados reforçam para as IES que a introdução de disciplinas integrativas nos currículos médicos, projetos de extensão que propiciem experiências com os diversos cursos da saúde e programas. Observa-se que estas atividades têm, em sua essência, a Interprofissionalidade, como o PET-Saúde, que deveriam ser disponibilizados aos estudantes desde o início do curso, para que o internato médico seja mais do que um momento de aprendizado Interprofissional e, sim, de aprimoramento da prática colaborativa.

Um dado interessante desta pesquisa refere-se à qualidade da atenção dos participantes durante o preenchimento da RIPLS. A coleta de dados entre os estudantes matriculados no semestre anterior ao internato foi realizada em sala de aula, enquanto a coleta dos que estavam no internato foi realizada nos campos práticos, tornando-os menos receptivos devido à rotina de atividades na prática clínica. Na análise estatística, observou-se um padrão anormal de distribuição para as subcategorias F1 e F3, com respostas iguais em um número sequencial de questões. O tratamento dos dados já foi explicado na seção métodos. Por outro lado, o fator F2 não foi afetado. Infere-se que essa situação ocorreu devido à preocupação dos estudantes em apresentar uma imagem pessoal negativa.

Um dos achados indica que estudantes que não trabalharam previamente em equipe e do gênero feminino, tiveram a maior probabilidade de responderem igualmente às questões do fator F1. Estudantes expostos previamente a situações de Trabalho em Equipe são mais colaborativos, com maiores *scores* no fator F1 Trabalho em Equipe (RAJIAH *et al.*, 2016; WONG *et al.*, 2016). Os achados desta pesquisa podem ser justificados, pois estudantes que trabalharam em equipe teriam uma tendência a responder com maior atenção ao questionário, por valorizarem mais o tema em pesquisa, porque reconheceriam a importância da colaboração. Em relação ao gênero, não foi encontrada uma explicação para tal achado e pesquisas futuras de qualidade de preenchimento por estudantes de escalas poderiam contribuir para esse entendimento.

Em relação ao F3 - Atenção Centrada no Paciente, os participantes do último ano do curso (semestre 11 e 12) foram mais propensos a responder igualmente o questionário do que estudantes dos demais semestres. Esse resultado pode ser explicado pela diferença de local de coleta de dados entre os estudantes, e necessidade de preenchimento mais rápido, pela falta de tempo, com menos atenção para as últimas perguntas do questionário. Adicionalmente a esses fatores, é possível interpretar que, provavelmente, o foco dos estudantes do último ano

seja na finalização do curso e mercado de trabalho e não valorizam pesquisas. Ser do gênero feminino, ter trabalhado previamente em equipe e ter um curso superior prévio podem ter influenciado a responder com menos atenção ao fator 3, variáveis já demonstradas da literatura, com maiores scores e percorridos anteriormente nessa discussão (JUDGE; POLIFRONI; ZHU, 2015; WARD *et al.*, 2008; WILHELMSSON *et al.*, 2011; WONG *et al.*, 2016).

O perfil do coordenador, demonstrado no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade) das escolas médicas brasileiras, de 2019, era constituído pela maioria do gênero masculino (141/253), idade média mais de 61 para homens e de 51 a 55 para mulheres, média de tempo de coordenação de 1 a 4 anos, maioria com graduação em Ciências da Saúde e com pós-graduação (Mestrado seguido de Doutorado) e sem experiência prévia em coordenação (BRASIL, 2019). Esse perfil é parecido com os dados do estudo, divergindo apenas em relação à igualdade entre os gêneros e a idade, caso em que os coordenadores das instituições pesquisadas no estudo são mais jovens que a média nacional (feminino 48,7 e masculino 42,3 anos), justificada talvez por quatro dos seis cursos terem poucos anos de funcionamento.

A análise da entrevista com os coordenadores demonstrou que um dos primeiros obstáculos a ser enfrentado, para implementação e curricularização da Interprofissionalidade nas escolas médicas é a confusão conceitual relatada na literatura e percebida na fala dos participantes. Identificou-se uma relevante confusão, ao considerar Interprofissionalidade como sinônimo de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade.

A OPAS, em 2016, destaca a importância de superar a confusão conceitual da EIP para seu pleno impacto. Sugere pensar na EIP de modo mais sistematizado e reforça a necessidade de fortalecer o debate sobre seus fundamentos conceituais e metodológicos como uma alternativa para superar a confusão conceitual acerca da EIP no país (PAHO, 2017).

Apesar da confusão conceitual, os coordenadores dos cursos estudados reconhecem a importância da EIP, sob a ótica das DCNs, para a formação em Medicina, porém referem que não existe ainda uma curricularização da EIP. Entendem os cenários práticos da Atenção Primária à Saúde (APS), do internato médico, projetos de extensão e disciplina optativas como espaços nos quais ocorrem uma EIP, mesmo que incipiente. A compreensão desses espaços, por parte de todos os profissionais de ensino que têm responsabilidade pela implementação da EIP, é um passo importante para a sua efetivação.

O desenvolvimento da EIP os ambientes de aprendizagem devem ser autênticos e multiprofissionais, quer sejam em ambientes clínicos, enfermarias de treinamento ou em

ambientes de simulação realística e devem fornecer oportunidades para reflexão e *debriefin* (BOGOSSIAN *et al.*; 2022).

Neste contexto, a APS é considerada um cenário rico para a promoção da EIP, pois as UBSs apresentam, em sua essência, uma composição multiprofissional e o trabalho em equipe como uma de suas diretrizes operacionais. Isto possibilita o desenvolvimento de valores e práticas voltados para a EIP, aproximação entre trabalhadores da saúde e estudantes e a integração quanto aos cuidados em saúde dos usuários (CAMARA; GROSSMAN; PINHO, 2015).

Os projetos de extensão e disciplinas optativas, que possuem outros cursos na sua formação, também podem ser considerados ambientes favoráveis para o desenvolvimento da EIP. Contudo eles não contemplam todos os estudantes do curso e, para fins de estudos e resultados, apresentam o viés dos estudantes serem autosselecionados e assim, mais motivados e interessados (BOGOSSIAN *et al.*, 2022).

O internato médico pode também ser uma oportunidade para o desenvolvimento do aprendizado interprofissional mas, para sua efetivação não basta somente inserir os alunos em cenários multiprofissionais. Ressalta-se a relevância do reconhecimento por parte de todos os envolvidos com o processo de ensino (docentes, gestores, preceptores) do significado de Ensino Interprofissional. Estudantes de diferentes áreas da saúde no mesmo ambiente, compartilhando experiências profissionais de forma paralela, sem necessidade de interação, não contempla as bases teóricas e o conceito de Interprofissionalidade (GURAYA; BARR, 2018; PAHO, 2014; REEVES *et al.*, 2008).

Acompanhar, conviver, ser recebido não significa aprender interprofissionalmente. Um estudo brasileiro realizado com preceptores do internato médico na Atenção Primária, utilizando a escala RIPLS, demonstrou ainda haver no fator Identidade Profissional (F2) uma forte identidade uniprofissional, com atitudes de maior competição e concorrência do que de cooperação e colaboração. O estudo demonstra a necessidade de uma educação continuada e qualificação de EIP e prática colaborativa para preceptores e demais profissionais da área da saúde que desenvolvem a prática formativa no internato médico (BRANCO JUNIOR *et al.*, 2021).

A literatura não apresenta um consenso sobre o período ideal para a introdução das práticas e iniciar a oferta da EIP (GURAYA; BARR, 2018). Entretanto, existe uma tendência de que ela deveria ser iniciada nos primeiros anos e mantida ao longo do curso (HARDEN, 2015). A exposição à EIP, no início do curso, é justificada pelo exercício da comunicação, habilidades em equipe, reconhecimento do papel dos outros profissionais, diminuição de

atitudes e visões estereotipadas que, geralmente, se formam no início do curso, mudança para um currículo integrado no qual os estudantes são inseridos à prática clínica desde o primeiro ano, o que auxilia a socialização entre as diversas áreas da saúde e o desenvolvimento de novas abordagens para a educação médica (HARDEN, 2015). No estudo em discussão, os coordenadores também compreendem que a EIP deve ser oferecida desde o início do curso e ser mantida sua oferta ao longo do curso, para atingir os resultados esperados.

Apesar de não haver uma EIP curricularizada e sistematizada nos cursos estudados, os coordenadores relatam experiências de resultados positivos, quando os alunos são expostos em atividades com outros profissionais da área da saúde, durante a graduação. Descrevem melhora da comunicação e relacionamento com os demais profissionais da saúde, compreensão dos limites da sua profissão e entendem a necessidade do trabalho em equipe para a assistência integral ao paciente. Estes resultados são reforçados por revisões sistemáticas e metanálise, que demonstram o impacto positivo e eficácia da intervenção educativa da EIP, por ampliar o conhecimento, habilidades e atitudes dos alunos sobre o trabalho em equipe colaborativo (GURAYA; BAHRR, 2018 ; REEVES *et al.*, 2016).

No entanto, os coordenadores descrevem uma experiência negativa com uma disciplina integrativa interprofissional. O grande número de alunos em sala, a dificuldade de nivelar os conhecimentos, insatisfação dos estudantes com o nível de conhecimento, com estudantes de Medicina que consideraram o aprendizado abaixo de suas necessidades cognitivas foram as dificuldades citadas.

Na Medicina ainda existe uma Identidade Uniprofissional muito forte e um sentimento de superioridade, em relação às demais profissões, visão muito prejudicial ao trabalho em equipe (NUTO *et al.*, 2017) Talvez essa possa ser uma justificativa para os achados encontrados neste estudo, para os menores *scores* no Fator 1 - Trabalho em Equipe, na pergunta 14: “Gostaria de ter a oportunidade de trabalhar em projetos, em pequenos grupos, com estudantes de outras profissões da saúde”, discorrido anteriormente e maior no Fator 2 -Identidade Profissional, na pergunta 19: “Preciso adquirir muito mais conhecimento e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde”.

A EIP é apontada como uma ferramenta fundamental para promover uma força de trabalho colaborativa, visto que os participantes do processo revisam as relações profissionais, aprimoram a compreensão mútua, troca de conhecimentos das diferentes profissões em prol da segurança e qualidade da assistência ao paciente (WHO, 2010). Contudo, para que se atinja esse objetivo, é necessário um programa para implementar a EIP bem desenhado. O sucesso das ações irá depender da qualidade da sua implementação (BOGOSSIAN *et al.*, 2022)

Apesar da EIP estar nas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Medicina, os coordenadores relatam dificuldades nos três planos a serem superados para sua implementação.

No plano micro (socialização, contexto de aprendizagem e desenvolvimento do corpo docente) são descritos deficiência de docentes, necessidade de engajamento do corpo docente e dos estudantes. No plano meso (fatores institucionais de liderança e recursos, bem como processos administrativos impactam a implantação da EIP, independentemente de ser realizada em ambiente acadêmico ou hospitalar) foram relatados carência de estrutura física, necessidade de ajustes nos projetos pedagógicos dos cursos da saúde para disponibilizar disciplinas integradoras e atividades práticas, instituição de uma ferramenta avaliativa para acompanhamento dos resultados das ações e coordenadores de cursos comprometidos com EIP. E, finalmente, no plano macro (apoio político do governo, suporte de políticas indutoras e propostas de sustentabilidade), os coordenadores citam a necessidade de reconhecimento das instituições de ensino e de saúde sobre a importância da EIP e melhoria por parte dos gestores da articulação ensino-serviço. Estes obstáculos também são descritos em revisões de literatura nacional e internacional, como desafios para a implementação da EIP (BOGOSSIAN *et al.*, 2022; PREVEDELLO; DE GOES; CIRINO, 2022).

Apesar das dificuldades relatadas, é necessário evidenciar que existem iniciativas brasileiras demonstrando resultados positivos na implementação da EIP. Dentre elas, a disciplina eletiva de Práticas Integradas em Saúde, com 15 cursos de graduação da área da saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (ELY; TOASSI, 2018); a disciplina curricular de Interação Universidade-serviço-comunidade (Iusc), na Faculdade de Medicina de Botucatu para os cursos de Enfermagem e Medicina (SANTOS; SIMONETTI; CYRINO, 2018); formação interprofissional na UNIFESP – campus Baixada Santista, com um desenho curricular com eixos comum para os cursos de Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Educação Física e Serviço Social (BATISTA *et al.*, 2018); disciplinas curriculares Atenção em Saúde I e II, na Universidade Estadual de Maringá, para estudantes da área da saúde incluindo os estudantes de Medicina (MIGUEL *et al.*, 2018); VER-SUS em Sobral, no Ceará, com estudantes de 13 cursos de graduação (AMARAL *et al.*, 2018); além das experiências EIP em projetos de extensão, nos programas do Pet-Saúde e Pró-Saúde em diversas IES.

Essas iniciativas demonstram que, algumas universidades já avançaram na implementação da EIP. O caminho percorrido pode servir de modelo para as demais IES do país seguirem na implementação curricular da EIP, para que seja possível avançar na formação em saúde no Brasil, fortalecimento do sistema de saúde e melhoria da qualidade da assistência.

Limitações

Foram identificadas três limitações neste estudo. Primeiro, mesmo com a participação de mais de 800 estudantes, apesar de um perfil sociodemográfico semelhante aos concluintes das escolas médicas brasileiras, os dados podem demonstrar a cultura local em relação à EIP de seis escolas médicas de um estado brasileiro. Segundo, a maior parte da coleta dos questionários foi feita *in loco*, nos campos práticos, ou seja, pode ser um ambiente desfavorável e interferir na qualidade da atenção do preenchimento da RIPLS. Futuros estudos que realizem uma coleta em um cenário de tranquilidade e promovido para este fim, podem trazer maiores dados sobre disponibilidade para acadêmicos de Medicina, nos últimos anos de curso. Finalmente, este estudo utilizou uma abordagem transversal, que não acompanha a progressão de um mesmo aluno ao longo da formação. Apesar de estarem submetidos ao mesmo currículo, cada estudante tem suas características individuais que podem ter interferido nos resultados. Um acompanhamento da evolução do próprio acadêmico, durante o internato, em relação à Interprofissionalidade poderia demonstrar mais claramente as lacunas da formação interprofissional, e ações poderiam ser desenvolvidas para promoção da EIP nos Cursos de Medicina.

Este estudo traz contribuições científicas e práticas sobre a EIP em relação aos estudantes de Medicina, especialmente aqueles que estavam nos anos finais dos cursos e uma análise dos desafios para a implementação da EIP nos Cursos de Medicina.

Este é o primeiro estudo desenvolvido no Brasil, que avalia somente os estudantes de Medicina em relação à disponibilidade de aprendizado interprofissional. Foram investigados os diferentes fatores que podem contribuir para uma maior disponibilidade e também o desenvolvimento da implementação da EIP, nos Cursos de Medicina do estado de Mato Grosso. O reconhecimento dos fatores que influenciam na disponibilidade dos estudantes para EIP, os espaços interprofissionais e obstáculos para sua implementação permite aos Cursos de Medicina reverem seus currículos.

Os dados podem ser utilizados para o desenvolvimento de ações que promovam a EIP, como o PET-saúde, disciplinas integrativas com cursos das áreas da saúde e projetos de extensão interprofissionais, para que o egresso apresente uma formação em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais e Internacionais, na promoção da prática colaborativa,

Os resultados também contribuem para a literatura, uma vez que existe uma escassez de estudos que analisam exclusivamente os estudantes de Medicina nos últimos anos do curso.

Em um contexto local, esse estudo é o primeiro a analisar a EIP em todos os cursos de um estado do país, o que pode contribuir para as políticas de formação no ensino superior e revisão dos currículos, considerando os interesses de saúde das comunidades locais.

Ao finalizar esse estudo, entende-se ainda mais que a EIP é uma potente ferramenta para a transformação da formação dos estudantes de Medicina e atender às atuais demandas de saúde da população. Sugere-se mais estudos que avaliem, continuamente, a implementação da EIP nos Cursos de Medicina e a resposta dos estudantes às ações de EIP, ao longo do curso, para um melhor entendimento.

REFERÊNCIAS¹

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (NBR 6023).

ABREU, José Ricardo Pinto de. **Contexto atual do ensino médico: metodologias tradicionais e ativas - necessidades pedagógicas dos professores e da estrutura das escolas.** 2009. Dissertação (Mestrado em Educação e Saúde) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/18510/000729487.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.

AGUILAR-DA-SILVA, Rinaldo Henrique; SCAPIN, Luciana Teixeira; BATISTA, Nildo Alves. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 167-84, mar. 2011. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-40772011000100009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aval/a/SBnS4PFM6w8bPsbzXdRXppb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2019.

ALBUQUERQUE, Elizabeth Rose Nogueira de; SANTANA, Maria da Conceição Carneiro Pessoa de; ROSSIT, Rosana Aparecida Salvador. Multiprofessional residences in health as promoters of interprofessional training: perception nutritionists about collaborative practices. **Demetra**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 605-19, 2018. DOI <https://10.12957/demetra.2018.33495>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/viewFile/33495/26445>. Acesso em: 10 fev. 2019.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2234-2249, 2010. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010001200003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hBV4rgX9JbMBsgT9GZbqp8j/>. Acesso em: 25 set. 2022.

AMARAL, Vitória Ferreira do et al. Mobilizando estudantes em defesa do Sistema Único de Saúde (SUS): experiências interprofissionais do VER-SUS - Sobral, CE, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, suppl. 2, p. 1787-97, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0715>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Nx9MpV6cCdj7cVkQMW5nYSJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2022.

ARAÚJO, Thaise Anataly Maria de et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 601-13, 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XNR9GMyVnXx6v85LVPk3kLy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2022.

ARMSTRONG, Rebecca et al. Cochrane update. “Scoping the scope” of a cochrane review. **Journal of public health**, Oxford, v. 33, n. 1, p. 147-50, 2011. DOI <https://10.1093/pubmed/fdr015>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21345890/>. Acesso em: 25 set. 2022.

ARRUDA, Gisele Maria Melo Soares et al. Interprofessional education in health postgraduate: interprofessional pedagogical dimensions in a Family Health’s Multiprofessional Residency. **Tempus**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 187-214, 2016. DOI

<https://doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2179>. Disponível em:

<https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2179/1717>. Acesso em: 25 set. 2022.

ARRUDA, Gisele Maria Melo Soares et al. The development of interprofessional collaboration in different contexts of multidisciplinary residency in family health. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1309-23, 2018. DOI

<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0859>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/zPzhcPPr9Ghym9yzjvZQLvk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2022.

AZEVEDO, Adriana Barin de; PEZZATO, Luciane Maria; MENDES, Rosilda. Formação interdisciplinar em saúde e práticas coletivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 647-57, 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711323>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qBXChrFm9MGGDSjD69nk5mC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2022.

AZIZ, Zoriah; TECK, Lim Chong; YEN, Pang Yen. The Attitudes of Medical, Nursing and Pharmacy Students to Inter-Professional Learning. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, [S.l.], v. 29, p. 639-645, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.11.287>. Acesso em: 25 set. 2022.

BARBOSA, Guilherme Rodrigues; SAMPAIO, Ricardo Aurélio Carvalho; APPENZELLER, Simone. Disponibilidade para educação interprofissional em cursos orientados por métodos ativos de ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 45, n. 3, e177, 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20200090>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/f5ChXL6BwLwdbg4m4njKjgz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2022.

BARBOSA, Maria Alves. A influência dos paradigmas cartesiano e emergente na abordagem do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 29, n. 2, p.133-40, 1995. DOI <https://doi.org/10.1590/0080-6234199502900200133>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/FtFFfyRCLgKWcqtJtmjcgj/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2022.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARR, Hugh et al. **Effective Interprofessional: Education Argument, Assumption and Evidence**. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2005.

BARR, Hugh. **Interprofessional education: the genesis of a global movement**. London: Centre for Advancement of Interprofessional Education, 2015.

BATISTA, Nildo Alves. Educação Interprofissional em Saúde: Concepções e Práticas. **Caderno FNEPAS – Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde**, São Paulo, v. 2, p. 25-28, 2012. Disponível em:

http://www.fnepas.org.br/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf. Acesso em: 10 set. 2018.

BATISTA, Nildo Alves et al. Educação interprofissional na formação em Saúde: a experiência da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, Santos, Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, suppl. 2, p. 1705-15, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0693>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2018.v22suppl2/1705-1715/pt>. Acesso em: 25 set. 2022.

BELTRAME, Registila Libania. **The physician's formation: a debate in the light of the national curricular directives**. 2006. Tese (Doutorado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/9892>. Acesso em: 25 set. 2022.

BOGOSSIAN, Fiona et al. The implementation of interprofessional education: a scoping review. **Advances in health sciences education: theory and practice**, [S.l.], p. 1–35, 2022. DOI <https://doi.org/10.1007/s10459-022-10128-4>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35689133/>. Acesso em: 15 jan. 2023.

BRANCO JÚNIOR, Arlindo Gonzaga et al. Educação Interprofissional e Prática Colaborativa: percepções de preceptores do internato médico em uma capital da Amazônia brasileira. **Revista de APS - Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 24, supl. 1, p. 40-53, 2021. DOI <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.35082>. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/35082/24341>. Acesso em: 25 set. 2022.

BRASIL. Lei n. 5.540, de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: Brasília, DF, 28 nov. 1968. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5540.htm. Acesso em: 25 set. 2022.

_____. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 10 maio 2019.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: Brasília, set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03leis/l8142.htm. Acesso em: 12 maio 2019.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e nutrição**. Brasília: Ministério da Educação, 2001. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/Enf.pdf>. Acesso em: 12 maio 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Promed** - Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Portaria nº 198/GM, em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial [da]**

República Federativa do Brasil: Brasília, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em: 25 set. 2022.

_____. Portaria Interministerial MS/MEC 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil:** Brasília, 2005. Disponível em: <https://www.semesp.org.br/legislacao/migrado1954/>. Acesso em: 25 set. 2022.

_____. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil:** Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri1802_26_08_2008.html. Acesso em: 25 set. 2022.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil:** Brasília, 2012a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 set. 2019.

_____. Portaria nº 109, de 5 de junho de 2012. Dispõe sobre a expansão de vagas em cursos de Medicina e criação de novos Cursos de Medicina nas Universidades Federais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil:** Brasília, 2012. Disponível em: <https://escolasmedicas.com.br/news-detalle.php?blog=1651>. Acesso em: 25 set. 2022.

_____. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil:** Brasília, 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112871.htm. Acesso em: 25 set. 2022.

_____. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil:** Brasília, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view. Acesso em: 25 set. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Resolução Nº 510/2016 de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil:** Brasília, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 10 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final da Oficina de Alinhamento Conceitual sobre Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/biblio-965134>. Acesso em: 25 set. 2022.

_____. Lei nº 13.637, de 20 de março de 2018. Cria a Universidade Federal de Rondonópolis, por desmembramento de campus da Universidade Federal de Mato Grosso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: Brasília, 2018a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13637.htm. Acesso em: 25 set. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Construindo caminhos possíveis para a Educação Interprofissional em Saúde nas Instituições de Ensino Superior do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/publicacoes/miolo_construindo-caminhos-possiveis_web.pdf. Acesso em: 25 set. 2022.

_____. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Inep). **Relatório de curso: Medicina: Universidade Federal de Mato Grosso: Cuiabá - 44**. Brasília: Inep, 2019. Disponível em https://download.inep.gov.br/educacao_superior/enade/relatorio_sintese/2019/Enade_2019_Relatorios_Sintese_Area_Medicina.pdf. Acesso em: 25 set. 2022.

BULCÃO, Lúcia Grando. O Ensino Médico e os Novos Cenários de Ensino-Aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 28, n. 01, p. 61-72, 2004. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-5271v28.1-009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/8dzVwWcVzDwmZw89z4KDggz/>. Acesso em: 4 set. 2022.

CAIPE. **Interprofessional Education: What, How & When?** CAIPE Bulletin, nº 13, 1997. Disponível em: <https://www.caipe.org/resources/publications/archived-publications/caipe-bulletin-nos-13-1997-interprofessional-education-what-how-when>. Acesso em: 25 set. 2022.

CÂMARA, Ana Maria Chagas Sette. **Educação interprofissional no pet-saúde: Cenário para o desenvolvimento de Práticas e Competências Colaborativas na área da saúde**. 2015. Tese (Doutorado em Ciências e Tecnologias em Saúde) – Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/18717>. Acesso em: 25 set. 2022.

CAMARA, Ana Maria Chagas Sette; GROSSEMAN, Suely; PINHO, Diana Lucia Moura. Interprofessional education in the PET-Health Program: perception of tutors. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 19, sup. 1, p. 817-29, 2015. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0940>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/b7pJcqdKJdvKrBB3Y7mhWw/>. Acesso em: 25 set. 2022.

CAPOZZOLO, Angela Aparecida et al. Experiência, produção de conhecimento e formação em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 357- 70, 2013. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-32832013000200009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/xccQjhYkr8NZZLPXYrf9mpg/?lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2022.

_____. Formação interprofissional e produção do cuidado: análise de uma experiência. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, n. supl. 2, p. 1675-84, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0679>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/C8KmggqBNhwKB38rgg6ytWn/?lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2022.

CARDOSO, Andréa Catelan et al. O incentivo ao exercício da interdisciplinaridade e do multiprofissionalismo: a Extensão Universitária como estratégia de educação interprofissional. **Revista da ABENO**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 12-9, 2015. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/93/161>. Acesso em: 1 dez. 2020.

CASANOVA, Isis Alexandrina; BATISTA, Nildo Alves; MORENO, Lídia Ruiz. A Educação Interprofissional e a prática compartilhada em programas de residência multiprofissional em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1325-37, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0186>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/cPBjVyTv9xfrP7NndsRG8pB/>. Acesso em: 25 set. 2022.

CHIORO, Arthur; SCAFF, Alfredo. **A implantação do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf. Acesso em: 10 mar. 2019.

COLLINS, Andrea et al. A longitudinal online interprofessional education experience involving family nurse practitioner students and pharmacy students. **Journal of Interprofessional Care**, [S.l.], v. 31, n.2, p. 218-225, 2017. DOI 10.1080/13561820.2016.1255600. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28140703/>. Acesso em: 25 set. 2022.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS), 7., 1980, Brasília. **Anais [...]**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1980. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_7.pdf. Acesso em: 25 set. 2022.

_____, 8., Brasília. **Anais [...]**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/images/relatorio_8.pdf. Acesso em: 25 set. 2022.

COSTA, Marcelo Viana da. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 197-198, 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0311>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ccKCY4chZCtb8pj9vQw8hcy/>. Acesso em: 25 set. 2022.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2ª ed. Tradução: Luciana de Oliveira da Rocha. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CYRINO, Eliana Goldfarb; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino- aprendizagem por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000300015>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/15.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.

D'AMOUR, Danielle; OANDASAN, Ivy. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education : An emerging concept. **Journal of**

- Interprofessional Care**, [S.l.], v. 19, suppl. 1, p. 8-20, 2005. DOI <https://doi.org/10.1080/13561820500081604>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16096142/>. Acesso em: 25 set. 2022.
- DONNELLY, Peter. **How to Succeed at Interprofessional Education**. [S.l.]: John Wiley & Sons, 2019.
- ELLERY, Ana Ecilda Lima; PONTES, Ricardo José Soares; LOIOLA, Francisco Antonio. Campo comum de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 415-37, 2013. DOI <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000200006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/57XDrqqYzsHKXNHBkmjYJ5D/>. Acesso em: 25 set. 2022.
- ELY, Luciane Ines; TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti. Integration among curricula in health professionals' education: the power of interprofessional education in undergraduate courses. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1563-75, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0658>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2018.v22suppl2/1563-1575/en>. Acesso em: 25 set. 2022.
- EL-ZUBEIR, Margareth; RIZK, Diaa E. E.; AL-KHALIL, Rowaida K. Are senior UAE medical and nursing students ready for interprofessional learning? Validating the RIPLscale in a Middle Eastern context. **Journal of interprofessional care**, Londres, v. 20, n. 6, p. 619-632, 2006. DOI <https://10.1080/13561820600895952>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17095440/>. Acesso em: 25 set. 2022.
- ENEA, Marco et al. **gamlss.inf: Fitting Mixed (Inflated and Adjusted) Distributions**. R package version 1.0-1, 2019. Disponível em: <https://CRAN.R-project.org/package=gamlss.inf>. Acesso em: 15 set. 2022.
- ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. P. 19-22. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/qxhc3>. Acesso em: 25 set. 2022.
- FEITOSA, Manuella Carvalho et al. Uso de Escalas/Testes como instrumentos de coleta de dados em pesquisas quantitativas em Enfermagem. **SANARE**, Sobral, v. 13, n. 2, p. 92-97, 2014. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/579/312>. Acesso em: 25 set. 2022.
- FERREIRA, Marcelo José Monteiro et al. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 23, n. supl. 1, e170920, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/Interface.170920>. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/icse/2019.v23suppl1/e170920/pt>. Acesso em: 25 set. 2022.
- FLORENCIO, Lutemberg de Araújo. **Engenharia de avaliações com base em modelos Gamlss**. 2010. Dissertação (Mestrado em Estatística) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/6227/1/arquivo616_1.pdf. Acesso em: 25 set. 2022.

FORTE, Franklin Delano Soares et al. A educação interprofissional e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde “Rede Cegonha”: alavancando mudanças na educação. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 20, n. 58, p. 787-796, 2016. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0720>. Disponível em: <https://interface.org.br/en/publicacoes/interprofessional-education-and-the-education-through-work-for-health-program-stork-network-leveraging-changes-in-education/>. Acesso em: 25 set. 2022.

FREIRE FILHO, José Rodrigues et al. Educação Interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 1, p. 4-96, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S107>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/8n8Vf9HXr4fZwJ8fHwrVDbg/>. Acesso em: 25 set. 2022.

FREITAG, Raquel Meister Ko. Amostras sociolinguísticas: probabilísticas ou por conveniência?. **Revista de Estudos da Linguagem**, Belo Horizonte, v. 26, n. 2, p. 667-686, 2018. Disponível em: <http://www.periodicos.letras.ufmg.br/index.php/relin/article/view/12412>. Acesso em: 25 set. 2022.

FURTADO, Juarez Pereira. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 239-256, 2007. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200005>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/NMxT747jtM8xfpFsxWshvyt/>. Acesso em: 25 set. 2022.

GONÇALVES, Maria Bernadete; BENEVIDES-PEREIRA, Ana Maria Teresa. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: consequências afetivo-emocionais nos estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 482-493, 2009. DOI <https://doi.org/10.1590/S0100-55022009000300020>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/JrXP6rK5zqSpWqXzZThx7dL/>. Acesso em: 1 nov. 2022.

GURAYA, Salman Yousuf; BARR, Hugh. The effectiveness of interprofessional education in healthcare: A systematic review and meta-analysis. **The Kaohsiung journal of medical sciences**, China, v. 34, n. 3, p. 160-165, 2018. DOI [10.1016/j.kjms.2017.12.009](https://doi.org/10.1016/j.kjms.2017.12.009). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475463/>. Acesso em: 1 nov. 2022.

HARA, Cristina Yuri Nakata et al. Clinical case in digital technology for nursing students' learning: an integrative review. **Nurse education today**, Scotland, v. 38, p. 119-25, 2016. DOI <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.12.002>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26740029/>. Acesso em: 1 nov. 2022.

HARDEN, Ronand M. Interprofessional education: The magical mystery tour now less of a mystery. **Anatomical sciences education**, Estados Unidos, v. 8, n. 4, p. 291-5, 2015. DOI [10.1002/ase.1552](https://doi.org/10.1002/ase.1552). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26097099/>. Acesso em: 1 nov. 2022.

HANSSON, Anders; FOLDEVI, Mats; MATTSSON, Bengt. Medical students' attitudes toward collaboration between doctors and nurses - a comparison between two Swedish universities. **Journal of interprofessional care**, Londres, v. 24, n. 3, p. 242-250, 2010. DOI

<https://10.3109/13561820903163439>. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19995272/>. Acesso em: 1 nov. 2020.

HOOD, Kerry et al. Prior experience of interprofessional learning enhances undergraduate nursing and healthcare students' professional identity and attitudes to teamwork. **Nurse education in practice**, Scotland, v. 14, n. 2, p. 117-122, 2014. DOI <https://10.1016/j.nepr.2013.07.013>. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23937910/>. Acesso em: 1 nov. 2022.

HULLEY, Stephen B.; CUMMINGS, Steven R.; NEWMAN, Thomas B. Delineando estudos transversais e de coorte. In: HULLEY, Stephen B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 4^a. Porto Alegre: Artmed, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades IBGE**, 2010, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/panorama>. Acesso em: 3 nov. 2022.

_____. **Divisão regional do Brasil**, 2017. Disponível em:
<https://www.ibge.gov.br/geociencias/cartas-e-mapas/redes-geograficas/2231-np-divisoes-regionais-do-brasil/15778-divisoes-regionais-do-brasil.html?edicao=16163&t=acesso-ao-produto>. Acesso em: 3 nov. 2022.

JUDGE, Michelle P.; POLYFRONI, E. C.; ZHU, S. Influence of student attributes on readiness for interprofessional learning across multiple healthcare disciplines: identifying factors to inform educational development. **International Journal of Nursing Sciences**, [S.l.], v. 2, n. 3, p. 248-252, 2015. DOI <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.07.007>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013215000691>. Acesso em: 3 nov. 2022.

KOO, Laura et al. Qualitative evaluation of a standardized patient clinical simulation for nurse practitioner and pharmacy students. **Nurse Education in Practice**, [S.l.], v. 14, n. 6, p. 740-746, 2014. DOI <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.10.005>. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25458230>. Acesso em: 10 ago. 2018.

KUSSAKAWA, Diogo Hiroshi Beçon; ANTONIO, Clécio Acilino. Os eixos estruturantes das diretrizes curriculares nacionais dos cursos de Medicina no Brasil. **Revista Docência do Ensino Superior**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 165–184, 2017. DOI 10.35699/2237-5864.2017.2245. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/rdes/article/view/2245>. Acesso em: 1 nov. 2022.

LAGO, Luana Pinho de Mesquita et al. Analysis of professional practices as a multiprofessional residency education tool. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1625-34, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0687>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2018.v22supl2/1625-1634/en>. Acesso em: 1 nov. 2022.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. 2002. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em:
<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4369>. Acesso em: 1 nov. 2022.

- LAMPERT, Jadete Barbosa. Dois séculos de escolas médicas no Brasil e a Avaliação do ensino médico no panorama atual e perspectivas. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, v. 78, supl. 1, p. 31-37, 2008. Disponível em: https://dms.ufpel.edu.br/sus/files/media/Escolas_Medicas.pdf. Acesso em: 1 nov. 2022.
- LIMA, Valéria Vernashi et al. Desafios na educação de profissionais de Saúde: uma abordagem interdisciplinar e interprofissional. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, suppl. 2, p. 1549–1562, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0722>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/HcKDyxGDbbtHj8nphcZ5nv/>. Acesso em: 1 nov. 2022.
- MACHADO, José Lúcio Martins. A participação da ANDES-SN na Cinaem: o processo de transformação das escolas médicas brasileiras. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 3, n. 5, p. 177-180, 1999. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-32831999000200025>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jH4dPsz9QcXP7CfbFb5Rp8p/>. Acesso em: 4 set. 2022.
- MADRUGA, Luciana Margarida de Santana et al. O PET-Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 805-16, 2015. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0722>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/znkXWjTnnTBtYP53QNvY3CS/>. Acesso em: 4 set. 2022.
- MARTINS, Carlos Benedito. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 30, n. 106, p. 15-35, 2009. DOI <https://doi.org/10.1590/S0101-73302009000100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/es/a/RKsKcwfYc6QVFBHy4nvJzHt/>. Acesso em: 21 set. 2022.
- MATO GROSSO. **Lei nº 2.989, 19 de maio de 1970**. Cria a Faculdade de Ciências Médicas no Instituto de Ciências e Letras, e dá outras providências. Cuiabá: Poder Executivo, 1970. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/mt/lei-ordinaria-n-2989-1970-mato-grosso-cria-a-faculdade-de-ciencias-medicas-no-instituto-de-ciencias-e-letras-de-cuiaba-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 25 set. 2022.
- MEADS, Geoffrey et al. **The Case for Interprofessional Collaboration**. 2005. Disponível em: <https://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/technical-information/26-strategy-for-universal-access-to-health-and-universal-health-coverage/file>. Acesso em: 10 mar. 2019.
- MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanço e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1620-1625, 2009. DOI <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000700021>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2009.v25n7/1620-1625/pt>. Acesso em: 21 jan. 2019.
- MELNYK, Bernadette Mazurek; FINEOUT-OVERHOLTH, Ellen. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin, 2011.
- MIGUEL, Edson Arpini et al. Trajetória e implementação de disciplina interprofissional para cursos da área de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22,

suppl. 2, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0576>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/LMVNQdBpzzghyXMsqRLgjYB/>. Acesso em: 25 set. 2022.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA (MEC). **Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior Cadastro e-MEC**, 2022. Disponível em: <https://emec.mec.gov.br/emec/consulta-cadastro/detalhamento/d96957f455f6405d14c6542552b0f6eb/MQ==/9f1aa921d96ca1df24a34474cc171f61/Mzc=>. Acesso em: 15 dez. 2022.

MIRANDA NETO, Manoel Viera de; LEONELLO, Valéria Marli; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. Multiprofessional residency in health: a document analysis of political pedagogical projects. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 4, p. 586-593, 2015. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680403i>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672015000400586&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 abr. 2019.

MITRE, Sandra Minardi et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 2133-2144, 2008. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000900018>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.

MOHER, David et al. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. **PLoS Medicine**, Estados Unidos, v. 6, n. 7, e1000097, 2009. DOI <https://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19621072/>. Acesso em: 25 set. 2022.

NEVES, Nedy M. B. C.; NEVES, Flávia B. C. S.; BITENCOURT, Almir G. V. O Ensino Médico no Brasil: Origens e Transformações. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, v. 75, n. 2, p. 162-168, 2005. Disponível em: <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/362/351>. Acesso em: 10 fev. 2019.

NOGUEIRA, Maria Inês. A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática: inovações no estilo de pensamento biomédico. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 909-930, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312014000300909&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 mar. 2019.

NUTO, Sharmênia de Araújo Soares et al. Avaliação da disponibilidade para aprendizagem interprofissional de estudantes de Ciências da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 50-7, 2017. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v41n1RB20160018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/RjkGYj3nGyMMTV4C3WDtnJh/?lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2022.

O'BRIEN, Kelly K. et al. Advancing scoping study methodology: a web-based survey and consultation of perceptions on terminology, definition and methodological steps. **BMC Health Services Research**, Londres, v. 16, n. 305, p. 1-12, 2016. DOI <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1579-z>. Disponível em:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4962390/pdf/12913_2016_Article_1579.pdf. Acesso em: 15 set. 2022.

OLIVEIRA, Neilton Araújo et al. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 333-346, 2008. DOI <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300008>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a08>. Acesso em: 27 jan. 2019.

OLIVEIRA, Cláudia Maria de et al. The writing of narratives and the development of collaborative practices for teamwork. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 1005-14, 2016. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0660>. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/icse/2016.v20n59/1005-1014/en>. Acesso em: 25 set. 2022.

OLIVEIRA, Vítor Falcão de et al. Comparison of the Readiness for Interprofessional Learning and the rate of contact among students from nine different healthcare courses. **Nurse education today**, Scotland, v. 63, p. 64-68, 2018. DOI <https://10.1016/j.nedt.2018.01.013>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29407263/>. Acesso em: 25 set. 2022.

PAGE, Matthew J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ: British Medical Journal**, Londres, v. 372, n. 71, p. 1-18, 2021. DOI <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n71>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8005924/>. Acesso em: 25 set. 2022.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio da. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008. DOI <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/QDYhmRx5LgVNSwKDKqRyBTy/#>. Acesso em: 1 nov. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/4ndgv>. Acesso em: 1 nov. 2022.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; PIRES-ALVES, Fernando; HOCHMAN, Gilberto. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 929-939, 2008. DOI <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000300015>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2008.v13n3/929-939/>. Acesso em: 13 set. 2022.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Strategy for Universal Access to Health and Universal Health Coverage**. Washington: WHO, 2014. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28276/CD53-5-e.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 13 set. 2022.

_____. **Interprofessional Education in Health Care: Improving Human Resource Capacity to Achieve Universal Health**. Report of the Meeting. Bogota, Colombia, 7-9 Dec. 2016. Washington: PAHO, 2017. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34353>. Acesso em: 13 set. 2022.

_____. **Trabalhando juntos pela saúde: Relatório Mundial da Saúde.** [S.l.]: PAHO, 2006. Disponível em: <http://iris.paho.org/handle/10665.2/3602>. Acesso em: 25 set. 2022.

_____. **The Essential Public Health Functions in the Americas: a Renewal for the 21st Century. Conceptual Framework and Description.** Washington: WHO, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53124>. Acesso em: 13 set. 2022.

PARO, César Augusto; PINHEIRO, Roseni. Interprofessionality in undergraduate Collective Health courses: a study on different learning scenarios. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, supl. 2, p. 1577-88, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0838>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/mDWjYbfRkkNZmtnHKvJwN7f/>. Acesso em: 13 set. 2022.

PARSELL, G; BLIGH, J. The development of a questionnaire to assess the readiness of health care students for interprofessional learning (RIPLS). **Medical education**, Oxford, v. 33, n. 2, p. 95-100, 1999. DOI <https://10.1046/j.1365-2923.1999.00298.x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10211258/>. Acesso em: 13 set. 2022.

PEDUZZI, Marina et al. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013. DOI <https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/78051>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400977. Acesso em: 27 jan. 2019.

_____. Cross-cultural adaptation and validation of readiness for Interprofessional Learning Scale in Brazil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, spe. 2, p. 7-15, 2015. DOI <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Q3WBpsdjvHbt38PrXx3HW3j/?lang=en>. Acesso em: 27 jan. 2019.

_____. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: MARTINS, Milton de Arruda et al. (Org.). **Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria.** Barueri: Manole, 2016. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002736849>. Acesso em: 10 set. 2022.

PEDUZZI, Marina; AGRELI, Heloíse Fernandes. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, n. suppl. 2, p. 1525-1534, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MR86fMrvpMcJFSR7NNWPbqh/>. Acesso em: 2 nov. 2022.

PEREGO, Maira Gabriela; BATISTA, Nildo Alves. Shared learning in the multiprofessional healthcare residency. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 39-51, 2016. DOI <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v11i1.2239>. Disponível em: <https://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2239>. Acesso em: 2 nov. 2022.

PRADO, Fernanda O. et al. Evaluation of student's attitudes towards pharmacist-physician collaboration in Brazil. **Pharmacy practice**, Granada, v. 16, n. 4, p. 1277, 2018. DOI

<http://10.18549/PharmPract.2018.04.1277>. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30637028/>. Acesso em: 2 nov. 2022.

PREVEDELLO, Alexandra Secreti; SEGATO, Gleici Filipetto; EMERICK, Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues. Metodologias de ensino nas escolas de medicina e a formação médica atual. **Revista Educação, Cultura e Sociedade**, Sinop, v. 7, n. 2, p. 566-577, jul./dez. 2017. Disponível em: <http://sinop.unemat.br/projetos/revista/index.php/educacao/article/view/2890>. Acesso em: 2 nov. 2022.

PREVEDELLO, Alexandra Secreti; GÓES, Fernanda dos Santos Nogueira de; CYRINO, Eliana Goldfarb. Educação interprofissional na formação em saúde no Brasil: scoping review. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 46, n. 3, e110, 2022. DOI <https://doi.org/10.1590/1981-5271v46.3-20210006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/HzRqsxYTXt6gbWP9wSvzqtw/>. Acesso em: 16 jan. 2023.

RAJIAH, Kingston et al. Suitability of the RIPLS and IEPS for Discriminating Attitude Differences towards Interprofessional Education among Students of Healthcare Profession. **Education Research International**, [S.l.], v. 8, p. 1-6, 2016. DOI <https://10.1155/2016/5946154>. Disponível em: <https://downloads.hindawi.com/journals/edri/2016/5946154.pdf>. Acesso em: 2 nov. 2022.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria: The R Foundation, 2020. Disponível em: <http://www.R-project.org/>. Acesso em: 2 nov. 2022.

REID, Ross et al. Validating the Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) in the postgraduate context: are health care professionals ready for IPL? **Medical education**, Oxford, v. 40, n. 5, p. 415-422, 2006. DOI <https://10.1111/j.1365-2929.2006.02442.x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16635120/>. Acesso em: 2 nov. 2022.

REEVES, Scott et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. **The Cochrane database of systematic reviews**, Oxford, n. 1, CD002213, 2008. DOI <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub2>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18254002/>. Acesso em: 25 set. 2022.

REEVES, Scott. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 185-196, 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0092>. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2016.v20n56/185-197/pt/>. Acesso em: 2 nov. 2022.

REEVES, Scott et al. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). **The Cochrane database of systematic reviews**, Oxford, n. 3, CD002213, 2013. DOI <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002213.pub3>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23543515/>. Acesso em: 14 maio 2019.

_____. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide N°. 39. **Medical teacher**, Londres, v. 38, n. 7, p. 656-68, 2016. DOI <http://dx.doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27146438/>. Acesso em: 2 nov. 2022.

REYNOLDS, Frances. Initial experiences of interprofessional problem-based learning: A comparison of male and female students' views. **Journal of Interprofessional Care**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 35-44, 2003. DOI <https://10.1080/1356182021000044148>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1356182021000044148>. Acesso em: 14 maio 2019.

RIGBY, R. A.; STASINOPOULOS, D. M. Generalized additive models for location, scale and shape. **Applied Statistics**, [S.l.], v. 54, n. 3, p. 507-554, 2005. DOI <https://doi.org/10.1111/j.1467-9876.2005.00510.x>. Disponível em: <https://rss.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-9876.2005.00510.x>. Acesso em: 14 maio 2019.

ROCHA, Najara Barbosa da et al. Perceptions of learning about interprofessional discipline in Dentistry. **Revista da ABENO**, Brasília, v. 17, n. 3, p. 41-54, 2017. DOI <https://10.30979/rev.abeno.v18i4.598>. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/saudepublica/resource/pt/biblio-882807>. Acesso em: 14 maio 2019.

ROSSIT, Rosana Aparecida Salvador et al. Constructing professional identity in Interprofessional Health Education as perceived by graduates. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, supl. 1, p. 1399-410, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0184>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2018.v22supl1/1399-1410/en>. Acesso em: 14 maio 2019.

SALIH, Suliman et al. The readiness for interprofessional education (IPE) in the school setting among the internship students of applied medical sciences at Taibah university. **Advances in medical education and practice**, Nova Zelândia, v. 10, p. 843-848, 2019. DOI <https://doi.org/10.2147/AMEP.S208870>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6781596/>. Acesso em: 20 jan. 2020.

SANTOS, Lucas Cardoso dos; SIMONETTI, Janete Pessuto; CYRINO, Antonio Pithon. A educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem em prática na atenção primária à saúde: a perspectiva dos estudantes. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 22, n. 2, p. 1601-1612, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0507>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/NTZKfDvfMJhckHXtwgSDwvg/>. Acesso em: 1 nov. 2022.

SANTOS, Leonor Maria Pacheco; COSTA, Ana Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau. Programa Mais Médicos: uma ação efetiva para reduzir iniquidades em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 11, p. 3547-3552, 2015. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.07252015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mFYpCXL3q4XknsR58Pk5gmS/>. Acesso em: 6 set. 2022.

SELLTIZ, Claire; WRIGHTSMAN, Lawrence S.; COOK, Stuart Wellford. **Research methods in social relations**. New York: Rinehart and Winston, 1976.

SILVA, Jaqueline Alcântara Marcelino da et al. Interprofessional education and collaborative practice in primary health care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, esp. 2, p. 15-23, 2015. DOI <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000800003>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26959149/>. Acesso em: 6 set. 2022.

SIMKO, Lynn Coletta et al. Students' Perspectives on Interprofessional Teamwork Before and After an Interprofessional Pain Education Course. **American Journal of Pharmaceutical Education**, Estados Unidos, v. 81, n. 6, p. 104, 2017. DOI <https://doi.org/10.5688/ajpe816104>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28970605>>. Acesso em: 15 ago. 2018.

SOMMERMAN, Américo. **Inter ou Transdisciplinaridade?** Da fragmentação disciplinar ao novo diálogo entre os saberes. São Paulo: Paulus, 2006.

SONG, Hee-Young; NAN, Kyoung A. The Need for and Perceptions of Interprofessional Education and Collaboration Among Undergraduate Students in Nursing and Medicine in South Korea. **Journal of multidisciplinary healthcare**, Nova Zelândia, v. 15, p. 847-856, 2022. DOI <https://doi.org/10.2147/JMDH.S359412>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35496715/>. Acesso em: 25 set. 2022.

SOUTO, Thamires da Silva; BATISTA, Sylvia Helena; BATISTA, Nildo Alves. A educação interprofissional na formação em Psicologia: olhares de estudantes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 32-45, 2014. DOI <https://doi.org/10.1590/S1414-98932014000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/6KYjVxShRFbPnqCVZgZXRKc/>. Acesso em: 25 set. 2022.

SOUZA, Mariana Passos de et al. Abordagem sobre o ensino interdisciplinar e interprofissional em uma Faculdade de Medicina Brasileira. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 54, n. 2, e-178780, 2021. DOI: [tps://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.178780](https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.rmrp.2021.178780). Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/178780>. Acesso em: 28 dez. 2022.

STASINOPOULOS, Mikis; RIGBY, Bob. **gamlss.tr**: Generating and Fitting Truncated 'gamlss.family' Distributions. R package version 5.1-0, 2018. Disponível em: <https://CRAN.R-project.org/package=gamlss.tr>. Acesso em: 19 maio 2019.

STASINOPOULOS, D. Mikes; RIGBY, Robert A. Generalized Additive Models for Location Scale and Shape (GAMLSS) in R. **Journal of Statistical Software**, Áustria, v. 23, n. 7, p. 1-46, 2007. DOI <https://doi.org/10.18637/jss.v023.i07>. Disponível em: <https://www.jstatsoft.org/article/view/v023i07>. Acesso em: 17 fev. 2023.

TALWALKAR, Jaideep S. et al. Readiness for interprofessional learning among healthcare professional students. **International journal of medical education**, Inglaterra, v. 7, p. 144-8, 2016. DOI <https://doi.org/10.5116/ijme.570d.7bd8>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27171559/>. Acesso em: 25 set. 2022.

TOASSI, Ramona Fernanda Ceriotti; LEWGOY, Alzira Maria Baptista. Integrated health practices I: an innovative experience through inter-curricular integration and interdisciplinarity. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 449-61, 2016. DOI <https://10.1590/1807-57622015.0123>. Disponível em: https://old.scielo.br/pdf/icse/v20n57/en_1807-5762-icse-1807-576220150123.pdf. Acesso em: 25 set. 2022.

- TOMPSEN, Natália Noronha et al. Educação interprofissional na graduação em Odontologia: experiências curriculares e disponibilidade de estudantes. **Revista de Odontologia da UNESP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 309-20, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/1807-2577.08518>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rounesp/a/Fg7bGYG4stp8RtKHnYVGZVK/>. Acesso em: 25 set. 2022.
- TRICCO, Andrea C. et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Annals of Internal Medicine**, Filadélfia, v. 169, n. 7, p. 467-73, 2018. DOI <https://doi.org/10.7326/M18-0850>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30178033/>. Acesso em: 25 set. 2022.
- TURRENTINE, Florence E. et al. Interprofessional training enhances collaboration between nursing and medical students: A pilot study. **Nurse Education Today**, Escócia, v. 40, p. 33-38, 2016. DOI <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.024>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691716000514>. Acesso em: 06 set. 2018.
- VENDRUSCOLO, Carine; PRADO, Marta Lenise do; KLEBA, Maria Elisabeth. Integração Ensino-Serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 21, n. 9, p. 2949-2960, 2016. DOI <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.12742015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/f8HpZYFRybXgn4rwJZg67GB/>. Acesso em: 26 set. 2022.
- VERAS, Renata Meira; FEITOSA, Caio Cezar Moura. Reflections on the National Curricular Guidelines of undergraduate medical courses based on the National Health Promotion Policy. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 23, suppl. 1, e170743, 2019. DOI <https://doi.org/10.1590/Interface.170743>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/MKgjg8b9StzMGwdPbFfLpBr/>. Acesso em: 2 nov. 2022.
- VIANA, Simone Beatriz Pedrozo; HOSTINS, Regina Célia Linhares; BEUNZA, Juan-José. Educação interprofissional na graduação em saúde no Brasil: uma revisão qualitativa da literatura. **Revista e-Curriculum**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 817-839, 2021. DOI <https://doi.org/10.23925/1809-3876.2021v19i2p817-839>. Disponível em: http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-38762021000200817. Acesso em: 25 set. 2022.
- VIEIRA, Swheelen de Paula et al. A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 42, spe. 1, p. 189-207, 2018. DOI <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S113>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RFjdxdhG74jgsGRHRK9VpmM/>. Acesso em: 4 set. 2022.
- WARD, Julia et al. The Jefferson Scale of Attitudes toward Physician-Nurse Collaboration: A study with undergraduate nursing students. **Journal of Interprofessional Care**, Londres, v. 22, n. 4, p. 375-386, 2008. DOI <https://doi.org/10.1080/13561820802190533>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18800279/>. Acesso em: 25 set. 2022.
- WILHELMSSON, Margaretha et al. Are female students in general and nursing students more ready for teamwork and interprofessional collaboration in healthcare? **BMC Medical**

Education, Londres, v. 11, n. 15, p. 1-10, 2011. DOI <https://doi.org/10.1186/1472-6920-11-15>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21510872/>. Acesso em: 25 set. 2022.

WILLIAMS, Brett et al. Students' attitudes toward interprofessional learning: a comparison between two universities. **Journal of Allied Health**, Estados Unidos, v. 44, n. 4, p. 201-207, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26661698/>. Acesso em: 25 set. 2022.

WHITTEMORE, Robin; KNAFL, Kathleen. The integrative review: update methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 5, n. 52, p. 546-53, 2005. DOI <https://10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>. Acesso em: 25 set. 2022.

WONG, Risa Liang et al. A longitudinal study of health professional students' attitudes towards interprofessional education at an American university. **Journal of Interprofessional Care**, Londres, v. 30, n. 2, p. 191-200, 2016. DOI <https://10.3109/13561820.2015.1121215>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27026189/>. Acesso em: 25 set. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Continuing education for physicians: report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 28 June to 4 July 1973]**. Geneva: World Health Organization, 1973. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41063>. Acesso em: 25 set. 2022.

_____. **The Alma Ata Declaration**. Geneva: WHO, 1978. Disponível em: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>. Acesso em: 25 set. 2022.

_____. **Learning together to work together for health: report of a WHO Study Group on Multiprofessional Education of Health Personnel: the Team Approach [meeting held in Geneva from 12 to 16 October 1987]**. Geneva: WHO, 1988. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37411>. Acesso em: 25 set. 2022.

_____. **Framework for action on interprofessional education & collaborative practice**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70185/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf;jsessionid=19DE039ED79080263AA44132C638CBAF?sequence=1. Acesso em: 25 set. 2022.

_____. **Global Strategy on human resources for health: workforce 2030**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131>. Acesso em: 25 set. 2022.

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação da Disponibilidade para Educação Interprofissional entre Estudantes de Medicina

Pesquisador: ALEXANDRA SECRETI PREVEDELLO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 20087319.4.0000.8097

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde campus de Sinop

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.977.189

Apresentação do Projeto:

A prática e o ensino interprofissional são reconhecidos como abordagens que permitem ampliar a resolutividade dos serviços e a qualidade da atenção em saúde pois promovem o trabalho em equipe e aumento da satisfação e segurança do paciente. As atuais diretrizes curriculares nacionais (DCNs) dos cursos de Medicina orientam a formação médica com o propósito de promover a formação de um médico generalista, humanista, crítico e reflexivo, apto a prestar assistência em saúde na perspectiva da integralidade e com competências e habilidades para a atuação interprofissional. O estudo tem por objetivo

avaliar a disponibilidade dos estudantes de medicina das escolas médicas do Estado de Mato Grosso para o aprendizado interprofissional e prática colaborativa com alunos de outras áreas na ótica das diretrizes curriculares vigentes para o curso de medicina. Trata-se de um estudo transversal misto que será desenvolvido em duas etapas. Na primeira etapa serão avaliados os Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPC) das escolas e contato com os coordenadores dos respectivos cursos. Na segunda etapa os coordenadores dos cursos serão convidados para uma entrevista e os estudante de medicina que estiverem cursando o internato médico serão convidados para participar da pesquisa preenchendo questionário com dados sociodemográficos e Escala Readiness for Interprofessional Learning Scale (RIPLS) que avalia a isponibilidade para o aprendizado interprofissional. Para verificar relação entre a RILPS e os PPCs dos cursos de medicina, será utilizado para análise de hipóteses o teste estatístico não paramétrico de Mann Whitney. Para a análise da escala RIPLS associada a dados sociodemográficos

Endereço: Alexandre Ferronato, 1200, Bloco Acre, sala 16

Bairro: Residencial Cidade Jardim

CEP: 78.550-728

UF: MT

Município: SINOP

Telefone: (66)3533-3199

E-mail: cepsinop@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.977.189

será utilizado o teste Qui-quadrado quando as variáveis forem categóricas e na avaliação de variáveis contínuas o t-test. Para a análise das entrevistas com os coordenadores de curso será utilizada a análise de conteúdo categorial temática.

Objetivo da Pesquisa:

de acordo com as informações básicas na PB:

Objetivo:

O estudo tem por objetivo geral avaliar a disponibilidade dos estudantes de medicina das escolas médicas do estado de Mato Grosso para o aprendizado interprofissional e prática colaborativa com alunos de outras áreas na ótica das diretrizes curriculares vigentes para o curso de medicina.

Objetivos Específicos

- Identificar as escolas de Medicina do Estado de Mato Grosso de acordo com a proposta pedagógica dos cursos.
- Avaliar a disponibilidade para o aprendizado compartilhado de estudantes de medicina considerando a idade, gênero dos estudantes e região do país da qual são provenientes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora:

Riscos: Os riscos envolvidos para os participantes, alunos e coordenadores, são o constrangimento de ler e não compreender alguma questão, não ter conhecimento para alguma resposta e de se recordarem de alguma situação desagradável. Neste caso, ambos poderão tirar as dúvidas com a pesquisadora ou desistir da pesquisa sem nenhum prejuízo. Ressalta-se que os questionários respondidos pelos alunos e entrevistas dos coordenadores serão codificados por códigos alfanuméricos para garantir o anonimato e não constrangimento

Benefícios: Em relação aos benefícios diretos, os acadêmicos que responderem a pesquisa terão oportunidade para a reflexão sobre sua prática interprofissional e receberem o seu resultado, se assim desejarem. Para os coordenadores uma oportunidade de receberem um feedback sobre a interprofissionalidade no curso da sua instituição. No que se refere aos benefícios indiretos, os achados deste estudo contribuirão para uma discussão pelas instituições formadoras sobre as práticas de ensino e formação de médicos no estado de Mato Grosso considerando as legislações vigentes.

Endereço: Alexandre Ferronato, 1200, Bloco Acre, sala 16
Bairro: Residencial Cidade Jardim **CEP:** 78.550-728
UF: MT **Município:** SINOP
Telefone: (66)3533-3199 **E-mail:** cepsinop@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.977.189

Comentário: Os riscos e benefícios não apresentam óbices éticos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com a pesquisadora:

Trata-se de um estudo transversal misto. A versão atual na plataforma Brasil é uma emenda, onde foram anexadas as declarações dos IES participantes da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. FOLHA DE ROSTO: Adequado;
2. DECLARAÇÃO DOS LOCAIS DA PESQUISA: foi apresentada na ementa atual.
3. CIES: Não precisa;
4. INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO NA PLATAFORMA BRASIL: Adequadas;
5. ORÇAMENTO: Adequado;
6. CRONOGRAMA: Adequado;
7. PROJETO: Adequado;
8. TCLE: Adequado;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora enviou uma emenda anexando as declarações de autorização para realização da pesquisa nos 6 estabelecimentos de ensino, conforme orientação no parecer anterior (3.635.371).

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP/CUS de acordo com as atribuições definidas na resolução CNS 466/2012 e Normativa Operacional no. 001/2013 manifesta-se pela APROVAÇÃO após atendidas as pendências do projeto de pesquisa.

Ainda assim, ressaltamos as seguintes atribuições do pesquisador:

1. desenvolver o projeto conforme delineado;
2. elaborar relatório final (como notificação) e submeter até 90 dias após a conclusão da pesquisa.
3. apresentar dados solicitados ao CEP ou CONEP a qualquer momento, se solicitado;
4. manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua responsabilidade, pelo período de 5 anos após o término da pesquisa;
5. encaminhar os resultados da pesquisa para publicação com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico do projeto.
6. justificar, quando for o caso, a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Endereço: Alexandre Ferronato, 1200, Bloco Acre, sala 16
Bairro: Residencial Cidade Jardim **CEP:** 78.550-728
UF: MT **Município:** SINOP
Telefone: (66)3533-3199 **E-mail:** cepsinop@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.977.189

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1531518_E1.pdf	27/03/2020 17:57:11		Aceito
Outros	TermodeAnuencia.pdf	26/03/2020 10:42:48	ALEXANDRA SECRETI PREVEDELLO	Aceito
Outros	pendencia1.pdf	29/09/2019 16:50:09	ALEXANDRA SECRETI PREVEDELLO	Aceito
Outros	pendencias.pdf	29/09/2019 16:46:24	ALEXANDRA SECRETI PREVEDELLO	Aceito
Brochura Pesquisa	brochura2.pdf	29/09/2019 16:41:09	ALEXANDRA SECRETI PREVEDELLO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	2TCLECOORDENADOR.pdf	29/09/2019 16:39:15	ALEXANDRA SECRETI PREVEDELLO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	2ALUNOTCLE.pdf	29/09/2019 16:38:55	ALEXANDRA SECRETI PREVEDELLO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochura.pdf	01/09/2019 09:51:03	ALEXANDRA SECRETI PREVEDELLO	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	01/09/2019 09:50:07	ALEXANDRA SECRETI PREVEDELLO	Aceito
Outros	OficioencaminhamentoCEP.pdf	01/09/2019 09:41:35	ALEXANDRA SECRETI PREVEDELLO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcoordenador.pdf	01/09/2019 09:20:03	ALEXANDRA SECRETI PREVEDELLO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEalunos.pdf	01/09/2019 09:19:47	ALEXANDRA SECRETI PREVEDELLO	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	01/09/2019 08:02:09	ALEXANDRA SECRETI PREVEDELLO	Aceito

Endereço: Alexandre Ferronato, 1200, Bloco Acre, sala 16

Bairro: Residencial Cidade Jardim

CEP: 78.550-728

UF: MT

Município: SINOP

Telefone: (66)3533-3199

E-mail: cepsinop@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.977.189

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SINOP, 17 de Abril de 2020

Assinado por:
PAMELA ALEGRANCI
(Coordenador(a))

ANEXO 2 – TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA

TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA

TÍTULO: “Avaliação da Disponibilidade para Educação Interprofissional entre Estudantes de Medicina”.

2. INSTITUIÇÃO REQUERENTE: Universidade Federal de Mato Grosso – Campus Sinop -Av. Alexandre Ferronato, 1200 - Res. Cidade Jardim, Sinop - MT, 78550-728

3. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Alexandra Secreti Prevedello. Avenida dos Mognos, 480 complemento Rua Cândido Portinari, nº 13, Residencial Mondrian. CEP: 78555-900, Sinop – MT.

4. OBJETIVO: Avaliar a disponibilidade dos estudantes de medicina das escolas médicas do estado de Mato Grosso para o aprendizado interprofissional e prática colaborativa com alunos de outras áreas na ótica das diretrizes curriculares vigentes para o curso de medicina

5. LOCAL DA PESQUISA: Na Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) campus de Cáceres, Município de Cáceres, Mato Grosso; no Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG), na cidade de Várzea Grande, Mato Grosso ; na Universidade de Cuiabá (UNIC), Município de Cuiabá, Mato Grosso; na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), campus de Cuiabá, Município de Cuiabá, Mato Grosso; na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), campus de Sinop Município de Sinop, Mato Grosso; na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), campus de Rondonópolis, Município de Rondonópolis, Mato Grosso;

6. PERÍODO DE REALIZAÇÃO: a partir desta declaração de anuência, o projeto prevê coletas durante os meses de outubro a dezembro de 2019.

7. PÚBLICO ENVOLVIDO NO PROJETO: O projeto é direcionado aos estudantes do 8º ao 12º semestre do curso de medicina e coordenadores do curso de medicina das escolas de Mato Grosso.

8. ATIVIDADES QUE SERÃO DESENVOLVIDAS:

A partir da data desta anuência, a pesquisa obterá dados por meio de instrumentos como questionários para os acadêmicos e entrevista para os coordenadores de curso, os quais foram submetidos na primeira versão deste projeto ao Comitê de Ética.

Serão avaliados dados dos alunos do curso de medicina por meio de um questionário com respostas objetivas e discursivas acerca de dados sociodemográficos e interprofissionalidade e a avaliação da disponibilidade para o aprendizado através da escala *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS). Os dados referentes a caracterização sociodemográfica e formação acadêmica dos coordenadores de curso e sobre o Projeto Pedagógico do curso serão obtidos através de uma entrevista.

Para avaliação da disponibilidade para o ensino interprofissional e a prática colaborativa através da escala RIPLS serão utilizadas as orientações realizadas pelos autores da escala. Para verificar relação entre a RIPLS e a proposta pedagógica dos cursos de medicina, será utilizado para análise de hipóteses o teste estatístico não

Creanta
Dra. Denise Dotta Alvech
Diretora
Faculdade de Medicina - UNIC

paramétrico de Mann-Whitney. Para a análise da escala RIPLS associada a dados sociodemográficos será utilizado o teste Qui-quadrado quando as variáveis forem categóricas e na avaliação de variáveis contínuas o t-test.

Os dados coletados nas entrevistas com os coordenadores de curso serão analisados de acordo com a análise de conteúdo categorial temática, a qual descreve de forma objetiva e sistemática o conteúdo expresso pelos participantes, com finalidade de interpretar os mesmos (BARDIN, 1979).

Possíveis Benefícios:

Em relação aos benefícios diretos, os acadêmicos que responderem a pesquisa terão oportunidade para a reflexão sobre sua prática interprofissional e receberem o seu resultado, se assim desejarem. Para os coordenadores uma oportunidade de receberem um feedback sobre a interprofissionalidade no curso da sua instituição.

No que se refere aos benefícios indiretos, os achados deste estudo contribuirão para uma discussão pelas instituições formadoras sobre as práticas de ensino e formação de médicos no estado de Mato Grosso considerando as legislações vigentes.

9. DIREITOS E DEVERES

Fica sob responsabilidade da docente pesquisadora a organização do cronograma de coletas de dados em cada instituição.

A coleta de dados será organizada de modo a não prejudicar o andamento das atividades regulares do curso.

A pesquisadora poderá publicar os dados obtidos respeitando o anonimato e mediante a assinatura do termo de anuência da instituição e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos indivíduos participantes.

10. MEMBROS DA EQUIPE DE PESQUISA:

Docentes:

Alexandra Secreti Prevedello. End. Profissional: Av. Alexandre Ferronato, 1200, Jardim Industrial, Sinop-MT, CEP 78.77.267. Telefone: 66 99985-9401. E-mail: alexandraprevedello@gmail.com

Orientadora programa de pós-graduação nível Doutorado: Prof.a Dra Fernanda dos Santos Nogueira de Góes. End. Profissional Av dos Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto – São Paulo Brasil. CEP 14040-902 Telefone: (16)3602-3417.

O Termo de Anuência Prévia, foi assinado pela pesquisadora após apresentação do Projeto de pesquisa em Epígrafe.

Por ser verdade firmamos a presente.

11 de outubro de 2019



Alexandra Secreti Prevedello

Cláudia
Profª Dra. Denise Dotta Abech
Diretora
Faculdade de Medicina UNIC

TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA

TÍTULO: “Avaliação da Disponibilidade para Educação Interprofissional entre Estudantes de Medicina”.

2. INSTITUIÇÃO REQUERENTE: Universidade Federal de Mato Grosso – Campus Sinop -Av. Alexandre Ferronato, 1200 - Res. Cidade Jardim, Sinop - MT, 78550-728

3. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Alexandra Secreti Prevedello. Avenida dos Mognos, 480 complemento Rua Cândido Portinari, nº 13, Residencial Mondrian. CEP: 78555-900, Sinop – MT.

4. OBJETIVO: Avaliar a disponibilidade dos estudantes de medicina das escolas médicas do estado de Mato Grosso para o aprendizado interprofissional e prática colaborativa com alunos de outras áreas na ótica das diretrizes curriculares vigentes para o curso de medicina

5. LOCAL DA PESQUISA: Na Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) campus de Cáceres, Município de Cáceres, Mato Grosso; no Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG), na cidade de Várzea Grande, Mato Grosso ; na Universidade de Cuiabá (UNIC), Município de Cuiabá, Mato Grosso; na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), campus de Cuiabá, Município de Cuiabá, Mato Grosso; na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), campus de Sinop Município de Sinop, Mato Grosso; na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), campus de Rondonópolis, Município de Rondonópolis, Mato Grosso;

6. PERÍODO DE REALIZAÇÃO: a partir desta declaração de anuência, o projeto prevê coletas durante os meses de outubro a dezembro de 2019.

7. PÚBLICO ENVOLVIDO NO PROJETO: O projeto é direcionado aos estudantes do 8º ao 12º semestre do curso de medicina e coordenadores do curso de medicina das escolas de Mato Grosso.


8. ATIVIDADES QUE SERÃO DESENVOLVIDAS:

A partir da data desta anuência, a pesquisa obterá dados por meio de instrumentos como questionários para os acadêmicos e entrevista para os coordenadores de curso, os quais foram submetidos na primeira versão deste projeto ao Comitê de Ética.

Serão avaliadas dados dos alunos do curso de medicina por meio de um questionário com respostas objetivas e discursivas acerca de dados sociodemográficos e interprofissionalidade e a avaliação da disponibilidade para o aprendizado através da escala *Readiness for Interprofessional Learning Scale*(RIPLS). Os dados referentes a caracterização sociodemográfica e formação acadêmica dos coordenadores de curso e sobre o Projeto Pedagógico do curso serão obtidos através de uma entrevista.

Para avaliação da disponibilidade para o ensino interprofissional e a prática colaborativa através da escala RIPLS serão utilizadas as orientações realizadas pelos autores da escala. Para verificar relação entre a RIPLS e a proposta pedagógica dos cursos de medicina, será utilizado para análise de hipóteses o teste estatístico não

Profª Drª Heloíse Helena Siqueira Borges
Coordenação de Ensino de Graduação em Medicina
Faculdade de Medicina/UFMT
SIAPE: 2062053



paramétrico de Mann-Whitney. Para a análise da escala RIPLS associada a dados sociodemográficos será utilizado o teste Qui-quadrado quando as variáveis forem categóricas e na avaliação de variáveis contínuas o t-test.

Os dados coletados nas entrevistas com os coordenadores de curso serão analisados de acordo com a análise de conteúdo categorial temática, a qual descreve de forma objetiva e sistemática o conteúdo expresso pelos participantes, com finalidade de interpretar os mesmos (BARDIN, 1979).

Possíveis Benefícios:

Em relação aos benefícios diretos, os acadêmicos que responderem a pesquisa terão oportunidade para a reflexão sobre sua prática interprofissional e receberem o seu resultado, se assim desejarem. Para os coordenadores uma oportunidade de receberem um feedback sobre a interprofissionalidade no curso da sua instituição.

No que se refere aos benefícios indiretos, os achados deste estudo contribuirão para uma discussão pelas instituições formadoras sobre as práticas de ensino e formação de médicos no estado de Mato Grosso considerando as legislações vigentes.

9. DIREITOS E DEVERES

Fica sob responsabilidade da docente pesquisadora a organização do cronograma de coletas de dados em cada instituição.

A coleta de dados será organizada de modo a não prejudicar o andamento das atividades regulares do curso.

A pesquisadora poderá publicar os dados obtidos respeitando o anonimato e mediante a assinatura do termo de anuência da instituição e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos indivíduos participantes.

10. MEMBROS DA EQUIPE DE PESQUISA:

Docentes:

Alexandra Secreti Prevedello. End. Profissional: Av. Alexandre Ferronato, 1200, Jardim Industrial, Sinop-MT, CEP 78.77.267. Telefone: 66 99985-9401. E-mail: alexandraprevedello@gmail.com

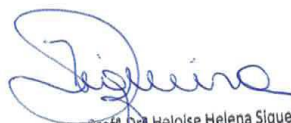
Orientadora programa de pós-graduação nível Doutorado: Prof.a Dra Fernanda dos Santos Nogueira de Góes. End. Profissional Av dos Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto – São Paulo Brasil. CEP 14040-902 Telefone: (16)3602-3417.

O Termo de Anuência Prévia, foi assinado pela pesquisadora após apresentação do Projeto de pesquisa em Epígrafe.
Por ser verdade firmamos a presente.

11 de outubro de 2019



Alexandra Secreti Prevedello



Prof.ª Dra. Heloíse Helena Siqueira Borges
Coordenação de Ensino de Graduação em Medicina
Faculdade de Medicina/UFMT
SIAPE: 2062053

TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA

TÍTULO: “Avaliação da Disponibilidade para Educação Interprofissional entre Estudantes de Medicina”.

2. INSTITUIÇÃO REQUERENTE: Universidade Federal de Mato Grosso –
Campus Sinop - Av. Alexandre Ferronato, 1200 - Res. Cidade Jardim, Sinop - MT,
78550-728

3. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Alexandra Secreti Prevedello. Avenida dos
Mognos, 480 complemento Rua Cândido Portinari, nº 13, Residencial Mondrian.
CEP: 78555-900, Sinop – MT.

4. OBJETIVO: Avaliar a disponibilidade dos estudantes de medicina das escolas
médicas do estado de Mato Grosso para o aprendizado interprofissional e prática
colaborativa com alunos de outras áreas na ótica das diretrizes curriculares vigentes
para o curso de medicina

5. LOCAL DA PESQUISA: Na Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT)
campus de Cáceres, Município de Cáceres, Mato Grosso; no Centro Universitário de
Várzea Grande (UNIVAG), na cidade de Várzea Grande, Mato Grosso ; na
Universidade de Cuiabá (UNIC), Município de Cuiabá, Mato Grosso; na
Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), campus de Cuiabá, Município de
Cuiabá, Mato Grosso; na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), campus de
Sinop Município de Sinop, Mato Grosso; na Universidade Federal de Mato Grosso
(UFMT), campus de Rondonópolis, Município de Rondonópolis, Mato Grosso;

6. PERÍODO DE REALIZAÇÃO: a partir desta declaração de anuência, o projeto
prevê coletas durante os mês de outubro a dezembro de 2019.

7. PÚBLICO ENVOLVIDO NO PROJETO: O projeto é direcionado aos
estudantes do 8º ao 12º semestre do curso de medicina e coordenadores do curso de
medicina das escolas de Mato Grosso.

8. ATIVIDADES QUE SERÃO DESENVOLVIDAS:

A partir da data desta anuência, a pesquisa obterá dados por meio de
instrumentos como questionários para os acadêmicos e entrevista para os
coordenadores de curso, os quais foram submetidos na primeira versão deste projeto
ao Comitê de Ética.

Serão avaliadas dados dos alunos do curso de medicina por meio de um
questionário com respostas objetivas e discursivas acerca de dados sociodemográficos
e interprofissionalidade e a avaliação da disponibilidade para o aprendizado através
da escala *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS). Os dados
referentes a caracterização sociodemográfica e formação acadêmica dos
coordenadores de curso e sobre o Projeto Pedagógico do curso serão obtidos através
de uma entrevista.

Para avaliação da disponibilidade para o ensino interprofissional e a prática
colaborativa através da escala RIPLS serão utilizadas as orientações realizadas pelos
autores da escala. Para verificar relação entre a RIPLS e a proposta pedagógica dos
cursos de medicina, será utilizado para análise de hipóteses o teste estatístico não

Ciente, 15/10/2019
Prof. Dr. Heber Nelson Marquini
Doutor em Computação Aplicada

paramétrico de Mann-Whitney. Para a análise da escala RIPLS associada a dados sociodemográficos será utilizado o teste Qui-quadrado quando as variáveis forem categóricas e na avaliação de variáveis contínuas o t-test.

Os dados coletados nas entrevistas com os coordenadores de curso serão analisados de acordo com a análise de conteúdo categorial temática, a qual descreve de forma objetiva e sistemática o conteúdo expresso pelos participantes, com finalidade de interpretar os mesmos (BARDIN, 1979).

Possíveis Benefícios:

Em relação aos benefícios diretos, os acadêmicos que responderem a pesquisa terão oportunidade para a reflexão sobre sua prática interprofissional e receberem o seu resultado, se assim desejarem. Para os coordenadores uma oportunidade de receberem um feedback sobre a interprofissionalidade no curso da sua instituição.

No que se refere aos benefícios indiretos, os achados deste estudo contribuirão para uma discussão pelas instituições formadoras sobre as práticas de ensino e formação de médicos no estado de Mato Grosso considerando as legislações vigentes.

9. DIREITOS E DEVERES

Fica sob responsabilidade da docente pesquisadora a organização do cronograma de coletas de dados em cada instituição.

A coleta de dados será organizada de modo a não prejudicar o andamento das atividades regulares do curso.

A pesquisadora poderá publicar os dados obtidos respeitando o anonimato e mediante a assinatura do termo de anuência da instituição e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos indivíduos participantes.

10. MEMBROS DA EQUIPE DE PESQUISA:

Docentes:

Alexandra Secreti Prevedello. End. Profissional: Av. Alexandre Ferronato, 1200, Jardim Industrial, Sinop-MT, CEP 78.77.267. Telefone: 66 99985-9401. E-mail: alexandraprevedello@gmail.com

Orientadora programa de pós-graduação nível Doutorado: Prof.a Dra Fernanda dos Santos Nogueira de Góes. End. Profissional Av dos Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto – São Paulo Brasil. CEP 14040-902 Telefone: (16)3602-3417.

O Termo de Anuência Prévia, foi assinado pela pesquisadora após apresentação do Projeto de pesquisa em Epígrafe.
Por ser verdade firmamos a presente.

11 de outubro de 2019



Alexandra Secreti Prevedello

Ciente, 15/10/2019



Prof. Dr. Gleber Nelson Marques
Diretor do Departamento Acadêmico

TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA

TÍTULO: “Avaliação da Disponibilidade para Educação Interprofissional entre Estudantes de Medicina”.

2. INSTITUIÇÃO REQUERENTE: Universidade Federal de Mato Grosso –
Campus Sinop - Av. Alexandre Ferronato, 1200 - Res. Cidade Jardim, Sinop - MT.
78550-728

3. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Alexandra Secreti Prevedello. Avenida dos Mognos, 480 complemento Rua Cândido Portinari, nº 13, Residencial Mondrian. CEP: 78555-900, Sinop – MT.

4. OBJETIVO: Avaliar a disponibilidade dos estudantes de medicina das escolas médicas do estado de Mato Grosso para o aprendizado interprofissional e prática colaborativa com alunos de outras áreas na ótica das diretrizes curriculares vigentes para o curso de medicina

5. LOCAL DA PESQUISA: Na Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) campus de Cáceres, Município de Cáceres, Mato Grosso; no Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG), na cidade de Várzea Grande, Mato Grosso ; na Universidade de Cuiabá (UNIC), Município de Cuiabá, Mato Grosso; na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), campus de Cuiabá, Município de Cuiabá, Mato Grosso; na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), campus de Sinop Município de Sinop, Mato Grosso; na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), campus de Rondonópolis, Município de Rondonópolis, Mato Grosso;

6. PERÍODO DE REALIZAÇÃO: a partir desta declaração de anuência, o projeto prevê coletas durante os meses de outubro a dezembro de 2019.

7. PÚBLICO ENVOLVIDO NO PROJETO: O projeto é direcionado aos estudantes do 8º ao 12º semestre do curso de medicina e coordenadores do curso de medicina das escolas de Mato Grosso.

8. ATIVIDADES QUE SERÃO DESENVOLVIDAS:

A partir da data desta anuência, a pesquisa obterá dados por meio de instrumentos como questionários para os acadêmicos e entrevista para os coordenadores de curso, os quais foram submetidos na primeira versão deste projeto ao Comitê de Ética.

Serão avaliados dados dos alunos do curso de medicina por meio de um questionário com respostas objetivas e discursivas acerca de dados sociodemográficos e interprofissionalidade e a avaliação da disponibilidade para o aprendizado através da escala *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS). Os dados referentes a caracterização sociodemográfica e formação acadêmica dos coordenadores de curso e sobre o Projeto Pedagógico do curso serão obtidos através de uma entrevista.

Para avaliação da disponibilidade para o ensino interprofissional e a prática colaborativa através da escala RIPLS serão utilizadas as orientações realizadas pelos autores da escala. Para verificar relação entre a RIPLS e a proposta pedagógica dos cursos de medicina, será utilizado para análise de hipóteses o teste estatístico não



paramétrico de Mann-Whitney. Para a análise da escala RIPLS associada a dados sociodemográficos será utilizado o teste Qui-quadrado quando as variáveis forem categóricas e na avaliação de variáveis contínuas o t-test.

Os dados coletados nas entrevistas com os coordenadores de curso serão analisados de acordo com a análise de conteúdo categorial temática, a qual descreve de forma objetiva e sistemática o conteúdo expresso pelos participantes, com finalidade de interpretar os mesmos (BARDIN, 1979).

Possíveis Benefícios:

Em relação aos benefícios diretos, os acadêmicos que responderem a pesquisa terão oportunidade para a reflexão sobre sua prática interprofissional e receberem o seu resultado, se assim desejarem. Para os coordenadores uma oportunidade de receberem um feedback sobre a interprofissionalidade no curso da sua instituição.

No que se refere aos benefícios indiretos, os achados deste estudo contribuirão para uma discussão pelas instituições formadoras sobre as práticas de ensino e formação de médicos no estado de Mato Grosso considerando as legislações vigentes.

9. DIREITOS E DEVERES

Fica sob responsabilidade da docente pesquisadora a organização do cronograma de coletas de dados em cada instituição.

A coleta de dados será organizada de modo a não prejudicar o andamento das atividades regulares do curso.

A pesquisadora poderá publicar os dados obtidos respeitando o anonimato e mediante a assinatura do termo de anuência da instituição e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos indivíduos participantes.

10. MEMBROS DA EQUIPE DE PESQUISA:

Docentes:

Alexandra Secreti Prevedello. End. Profissional: Av. Alexandre Ferronato, 1200, Jardim Industrial, Sinop-MT, CEP 78.77.267. Telefone: 66 99985-9401. E-mail: alexandraprevedello@gmail.com

Orientadora programa de pós-graduação nível Doutorado: Prof.a Dra Fernanda dos Santos Nogueira de Góes. End. Profissional Av dos Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto – São Paulo Brasil. CEP 14040-902 Telefone: (16)3602-3417.

O Termo de Anuência Prévia, foi assinado pela pesquisadora após apresentação do Projeto de pesquisa em Epígrafe.
Por ser verdade firmamos a presente.

11 de outubro de 2019



Alexandra Secreti Prevedello

De acordo.



Prof. Dr. Nádia Alessio Velloso
SIAPE 2155039
Instituto de Ciências da Saúde - ICS
UFMT - Campus Sinop

TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA

TÍTULO: “Avaliação da Disponibilidade para Educação Interprofissional entre Estudantes de Medicina”.

2. INSTITUIÇÃO REQUERENTE: Universidade Federal de Mato Grosso –
Campus Sinop - Av. Alexandre Ferronato, 1200 - Res. Cidade Jardim, Sinop - MT,
78550-728

3. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Alexandra Secreti Prevedello. Avenida dos Mognos, 480 complemento Rua Cândico Portinari, nº 13, Residencial Mondrian. CEP: 78555-900, Sinop – MT.

4. OBJETIVO: Avaliar a disponibilidade dos estudantes de medicina das escolas médicas do estado de Mato Grosso para o aprendizado interprofissional e prática colaborativa com alunos de outras áreas na ótica das diretrizes curriculares vigentes para o curso de medicina

5. LOCAL DA PESQUISA: Na Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT) campus de Cáceres, Município de Cáceres, Mato Grosso; no Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG), na cidade de Várzea Grande, Mato Grosso; na Universidade de Cuiabá (UNIC), Município de Cuiabá, Mato Grosso; na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), campus de Cuiabá, Município de Cuiabá, Mato Grosso; na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), campus de Sinop Município de Sinop, Mato Grosso; na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), campus de Rondonópolis, Município de Rondonópolis, Mato Grosso;

6. PERÍODO DE REALIZAÇÃO: a partir desta declaração de anuência, o projeto prevê coletas durante os meses de outubro a dezembro de 2019.

7. PÚBLICO ENVOLVIDO NO PROJETO: O projeto é direcionado aos estudantes do 8º ao 12º semestre do curso de medicina e coordenadores do curso de medicina das escolas de Mato Grosso.

8. ATIVIDADES QUE SERÃO DESENVOLVIDAS:

A partir da data desta anuência, a pesquisa obterá dados por meio de instrumentos como questionários para os acadêmicos e entrevista para os coordenadores de curso, os quais foram submetidos na primeira versão deste projeto ao Comitê de Ética.

Serão avaliados dados dos alunos do curso de medicina por meio de um questionário com respostas objetivas e discursivas acerca de dados sociodemográficos e interprofissionalidade e a avaliação da disponibilidade para o aprendizado através da escala *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS). Os dados referentes a caracterização sociodemográfica e formação acadêmica dos coordenadores de curso e sobre o Projeto Pedagógico do curso serão obtidos através de uma entrevista.

Para avaliação da disponibilidade para o ensino interprofissional e a prática colaborativa através da escala RIPLS serão utilizadas as orientações realizadas pelos autores da escala. Para verificar relação entre a RIPLS e a proposta pedagógica dos cursos de medicina, será utilizado para análise de hipóteses o teste estatístico não

Prof. Ms. Paulo Luiz Batista Nogueira
Coordenador do Curso de Medicina
UNIVAG - Centro Universitário



paramétrico de Mann-Whitney. Para a análise da escala RIPLS associada a dados sociodemográficos será utilizado o teste Qui-quadrado quando as variáveis forem categóricas e na avaliação de variáveis contínuas o t-test.

Os dados coletados nas entrevistas com os coordenadores de curso serão analisados de acordo com a análise de conteúdo categorial temática, a qual descreve de forma objetiva e sistemática o conteúdo expresso pelos participantes, com finalidade de interpretar os mesmos (BARDIN, 1979).

Possíveis Benefícios:

Em relação aos benefícios diretos, os acadêmicos que responderem a pesquisa terão oportunidade para a reflexão sobre sua prática interprofissional e receberem o seu resultado, se assim desejarem. Para os coordenadores uma oportunidade de receberem um feedback sobre a interprofissionalidade no curso da sua instituição.

No que se refere aos benefícios indiretos, os achados deste estudo contribuirão para uma discussão pelas instituições formadoras sobre as práticas de ensino e formação de médicos no estado de Mato Grosso considerando as legislações vigentes.

9. DIREITOS E DEVERES

Fica sob responsabilidade da docente pesquisadora a organização do cronograma de coletas de dados em cada instituição.

A coleta de dados será organizada de modo a não prejudicar o andamento das atividades regulares do curso.

A pesquisadora poderá publicar os dados obtidos respeitando o anonimato e mediante a assinatura do termo de anuência da instituição e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos indivíduos participantes.

10. MEMBROS DA EQUIPE DE PESQUISA:

Docentes:

Alexandra Secreti Prevedello. End. Profissional: Av. Alexandre Ferronato, 1200, Jardim Industrial, Sinop-MT, CEP 78.77.267. Telefone: 66 99985-9401. E-mail: alexandraprevedello@gmail.com

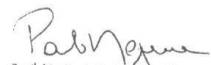
Orientadora programa de pós-graduação nível Doutorado: Prof.a Dra Fernanda dos Santos Nogueira de Góes. End. Profissional Av dos Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto – São Paulo Brasil. CEP 14040-902 Telefone: (16)3602-3417.

O Termo de Anuência Prévia, foi assinado pela pesquisadora após apresentação do Projeto de pesquisa em Epígrafe.
Por ser verdade firmamos a presente.

11 de outubro de 2019



Alexandra Secreti Prevedello



Prof. Ms. Paulo Luiz Batista Nogueira
Coordenador do Curso de Medicina
UNIVAG - Centro Universitário

TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA

TÍTULO: “Avaliação da Disponibilidade para Educação Interprofissional entre Estudantes de Medicina”.

2. INSTITUIÇÃO REQUERENTE: Universidade Federal de Mato Grosso –
Campus Sinop - Av. Alexandre Ferronato, 1200 - Res. Cidade Jardim, Sinop - MT,
78550-728

3. PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Alexandra Secreti Prevedello. Avenida dos
Mognos, 480 complemento Rua Cândico Portinari, nº 13, Residencial Mondrian.
CEP: 78555-900, Sinop – MT.

4. OBJETIVO: Avaliar a disponibilidade dos estudantes de medicina das escolas
médicas do estado de Mato Grosso para o aprendizado interprofissional e prática
colaborativa com alunos de outras áreas na ótica das diretrizes curriculares vigentes
para o curso de medicina

5. LOCAL DA PESQUISA: Na Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT)
campus de Cáceres, Município de Cáceres, Mato Grosso; no Centro Universitário de
Várzea Grande (UNIVAG), na cidade de Várzea Grande, Mato Grosso ; na
Universidade de Cuiabá (UNIC), Município de Cuiabá, Mato Grosso; na
Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), campus de Cuiabá, Município de
Cuiabá, Mato Grosso; na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), campus de
Sinop Município de Sinop, Mato Grosso; na Universidade Federal de Mato Grosso
(UFMT), campus de Rondonópolis, Município de Rondonópolis, Mato Grosso;

6. PERÍODO DE REALIZAÇÃO: a partir desta declaração de anuência, o projeto
prevê coletas durante os meses de outubro a dezembro de 2019.

7. PÚBLICO ENVOLVIDO NO PROJETO: O projeto é direcionado aos
estudantes do 8º ao 12º semestre do curso de medicina e coordenadores do curso de
medicina das escolas de Mato Grosso.

8. ATIVIDADES QUE SERÃO DESENVOLVIDAS:

A partir da data desta anuência, a pesquisa obterá dados por meio de
instrumentos como questionários para os acadêmicos e entrevista para os
coordenadores de curso, os quais foram submetidos na primeira versão deste projeto
ao Comitê de Ética.

Serão avaliados dados dos alunos do curso de medicina por meio de um
questionário com respostas objetivas e discursivas acerca de dados sociodemográficos
e interprofissionalidade e a avaliação da disponibilidade para o aprendizado através
da escala *Readiness for Interprofessional Learning Scale* (RIPLS). Os dados
referentes a caracterização sociodemográfica e formação acadêmica dos
coordenadores de curso e sobre o Projeto Pedagógico do curso serão obtidos através
de uma entrevista.

Para avaliação da disponibilidade para o ensino interprofissional e a prática
colaborativa através da escala RIPLS serão utilizadas as orientações realizadas pelos
autores da escala. Para verificar relação entre a RIPLS e a proposta pedagógica dos
cursos de medicina, será utilizado para análise de hipóteses o teste estatístico não



paramétrico de Mann-Whitney. Para a análise da escala RIPLS associada a dados sociodemográficos será utilizado o teste Qui-quadrado quando as variáveis forem categóricas e na avaliação de variáveis contínuas o t-test.

Os dados coletados nas entrevistas com os coordenadores de curso serão analisados de acordo com a análise de conteúdo categorial temática, a qual descreve de forma objetiva e sistemática o conteúdo expresso pelos participantes, com finalidade de interpretar os mesmos (BARDIN, 1979).

Possíveis Benefícios:

Em relação aos benefícios diretos, os acadêmicos que responderem a pesquisa terão oportunidade para a reflexão sobre sua prática interprofissional e receberem o seu resultado, se assim desejarem. Para os coordenadores uma oportunidade de receberem um feedback sobre a interprofissionalidade no curso da sua instituição.

No que se refere aos benefícios indiretos, os achados deste estudo contribuirão para uma discussão pelas instituições formadoras sobre as práticas de ensino e formação de médicos no estado de Mato Grosso considerando as legislações vigentes.

9. DIREITOS E DEVERES

Fica sob responsabilidade da docente pesquisadora a organização do cronograma de coletas de dados em cada instituição.

A coleta de dados será organizada de modo a não prejudicar o andamento das atividades regulares do curso.

A pesquisadora poderá publicar os dados obtidos respeitando o anonimato e mediante a assinatura do termo de anuência da instituição e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos indivíduos participantes.

10. MEMBROS DA EQUIPE DE PESQUISA:

Docentes:


Alexandra Secreti Prevedello. End. Profissional: Av. Alexandre Ferronato, 1200, Jardim Industrial, Sinop-MT, CEP 78.77.267. Telefone: 66 99985-9401. E-mail: alexandraprevedello@gmail.com

Orientadora programa de pós-graduação nível Doutorado: Prof.a Dra Fernanda dos Santos Nogueira de Góes. End. Profissional Av dos Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto – São Paulo Brasil. CEP 14040-902 Telefone: (16)3602-3417.

O Termo de Anuência Prévia, foi assinado pela pesquisadora após apresentação do Projeto de pesquisa em Epígrafe.

Por ser verdade firmamos a presente.

11 de outubro de 2019

Ciente 



Alexandra Secreti Prevedello

ANEXO 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) -ALUNO

Nome da pesquisa: **Avaliação da disponibilidade para Educação Interprofissional entre os estudantes de Medicina.**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo geral avaliar a disponibilidade dos estudantes de medicina das escolas médicas de Mato Grosso para o aprendizado interprofissional e prática colaborativa com alunos de outras áreas na perspectiva das diretrizes curriculares vigentes para o curso de medicina. É importante que você saiba que sua participação é voluntária e não está vinculada ao seu internato médico, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento do estudo, retirando seu consentimento, e isso não lhe trará nenhum prejuízo ou penalidade.

Caso você decida aceitar o convite para participar desse estudo, você responderá a um questionário com informações sobre você (idade, procedência, curso, etc) e outro com informações sobre educação interprofissional com duração máxima de 20 minutos.

Tudo que constar nos instrumentos de coleta de dados será somente de conhecimento dos pesquisadores, sendo mantido o sigilo da sua identidade, respeitando a sua privacidade. Seu nome, endereço e telefone não serão divulgados e todas as informações dadas por você serão de conhecimento apenas das pesquisadoras. Suas respostas serão utilizadas apenas para fins dessa pesquisa. O relatório final do estudo será publicado, sem que os nomes dos participantes sejam mencionados. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos e/ou publicados em revistas da área de saúde sem sua identificação. Você também deve saber que os dados serão guardados em local seguro.

Os riscos envolvidos com a sua participação são mínimos, porém você poderá se constranger por não entender alguma questão do questionário, não ter conhecimento para alguma resposta e de se recordar de alguma situação desagradável; caso isso ocorra, a pesquisa poderá ser interrompida imediatamente. Em relação aos benefícios diretos para você, este estudo proporcionará uma oportunidade para você refletir e/ou repensar como tem ocorrido sua formação interprofissional e o trabalho em equipe. Você também poderá receber o resultado do seu instrumento de pesquisa. Em relação aos benefícios indiretos para você e a comunidade, esse estudo colaborará para refletir e/ou repensar as práticas de ensino interprofissional da instituição e auxiliar a gestão da tomada de decisão, impulsionando ações de mudanças ou

melhorias na instituição de ensino as quais estimulem a aprendizagem dos alunos e a formação de um profissional de medicina que atendam as necessidades do mundo do trabalho.

Informamos que você não terá gastos com a pesquisa e não haverá remuneração para os participantes desse estudo. Todavia, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte da pesquisadora, você tem direito à indenização conforme as leis vigentes no Brasil. Se tiver qualquer dúvida sobre a pesquisa, poderá esclarecer diretamente com a pesquisadora Alexandra Secreti Prevedello no endereço: Universidade Federal de Mato Grosso. Av. Alexandre Ferronato, 1200 – Setor Industrial, Sinop - MT, telefone (66) 9985 -9401 ou e-mail: alexandraprevedello@gmail.com. Caso necessite esclarecimentos em relação a questões éticas você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – sob a coordenação Priscilla Shirley Siniak dos Anjos Modes, endereço: Avenida Alexandre Ferronato, 1200 – CEP 78556-267, Setor Industrial Norte, Sinop-MT, telefone: 66 3533-347, e-mail: cepsinop@gmail.com Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação. Afirmando que recebi uma via do termo de consentimento assinado pela pesquisadora e eu assino a outra via que ficará sobre responsabilidade da pesquisadora.

Nome completo da pesquisadora: Alexandra Secreti Prevedello

Assinatura da pesquisadora: _____

Sinop/MT ____/____/____

Nome completo do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Sinop/MT ____/____/____

ANEXO 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - COORDENADOR

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – COORDENADOR

Nome da pesquisa: **Avaliação da disponibilidade para Educação Interprofissional entre os estudantes de Medicina.**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo geral avaliar a disponibilidade dos estudantes de medicina das escolas médicas de Mato Grosso para o aprendizado interprofissional e prática colaborativa com alunos de outras áreas na ótica das diretrizes curriculares vigentes para o curso de medicina. É importante que você saiba que sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento do estudo, retirando seu consentimento, e isso não lhe trará nenhum prejuízo ou penalidade. Caso você decida aceitar o convite para participar desse estudo, você responderá através de uma entrevista gravada um questionário com informações sobre você (idade, procedência, formação acadêmica e administrativa, etc) e informações sobre o projeto pedagógico do Curso com duração máxima de 30 minutos.

Tudo que constar nos instrumentos de coleta de dados será somente de conhecimento dos pesquisadores, sendo mantido o sigilo da sua identidade, respeitando a sua privacidade. Seu nome, endereço e telefone não serão divulgados e todas as informações dadas por você serão de conhecimento apenas das pesquisadoras. Suas respostas serão utilizadas apenas para fins dessa pesquisa. O relatório final do estudo será publicado, sem que os nomes dos participantes sejam mencionados. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos e/ou publicados em revistas da área de saúde sem sua identificação. Você também deve saber que os dados serão guardados em local seguro.

Os riscos envolvidos com a sua participação são mínimos, porém você poderá se constranger por não entender alguma questão do questionário, não ter conhecimento para alguma resposta e de se recordar de alguma situação desagradável; caso isso ocorra, a pesquisa poderá ser interrompida imediatamente. Em relação aos benefícios diretos para você, será uma oportunidade de receber um feedback sobre a interprofissionalidade no curso da sua instituição. No que se refere aos benefícios indiretos, os achados deste estudo contribuirão para uma discussão pelas instituições formadoras sobre as práticas de ensino e formação de médicos no estado de Mato Grosso considerando as legislações vigentes. Informamos que você não terá gastos com a pesquisa e não haverá remuneração para os participantes desse estudo. Todavia, caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte da pesquisadora, você tem direito à indenização conforme as leis vigentes no Brasil. Se tiver qualquer dúvida sobre a pesquisa, poderá esclarecer diretamente com a pesquisadora Alexandra Secreti

Prevedello no endereço: Universidade Federal de Mato Grosso. Av. Alexandre Ferronato, 1200 – Setor Industrial, Sinop - MT, telefone (66) 99985-9401 ou e-mail: alexandraprevedello@gmail.com. Caso necessite esclarecimentos em relação a questões éticas você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, endereço: Avenida Alexandre Ferronato, 1200 – CEP 78556-267, Setor Industrial Norte, Sinop-MT, telefone: 66 3533-3199, e-mail: cepsinop@gmail.com. Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação. Afirmo que recebi uma via do termo de consentimento assinado pela pesquisadora e eu assino a outra via que ficará sobre responsabilidade da pesquisadora.

Nome completo da pesquisadora: Alexandra Secreti Prevedello^[1]_{SEP}

Assinatura da pesquisadora: _____

Sinop/MT ____/____/____

Nome completo do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Sinop/MT ____/____/____

ANEXO 5

Por favor, indique o grau em que você concorda ou discorda com as afirmações do questionário a seguir:

	Discordo Totalmente	Discordo	Nem concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1- A aprendizagem 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					
19- Preciso adquirir muito mais conhecimento e habilidades que estudantes de outras profissões da saúde.					
21- Eu me sentiria desconfortável se outro estudante da área da saúde soubesse mais sobre um tópico do que eu.					

22- Serei capaz de usar frequentemente o meu próprio julgamento no meu papel profissional					
23- Chegar a um diagnóstico será a principal função do meu papel profissional.					
24- Minha principal responsabilidade como profissional será tratar meu paciente					
25- Gosto de entender o problema na perspectiva do paciente					
26- Estabelecer uma relação de confiança com meus pacientes é importante para mim					
27- Procuo transmitir compaixão aos meus pacientes					
28- Pensar no paciente como uma pessoa é importante para indicar o tratamento correto					
29- Na minha profissão são necessárias habilidades de interação e cooperação com os pacientes					

ANEXO 6 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

1. Semestre que está cursando: _____
2. Iniciais : _____ Idade: _____ anos Data de nascimento: ____/____/____
3. Gênero: _____ Procedência: _____
4. Você trabalha enquanto estuda? () não () sim.
Se sim, no que você trabalha: _____
Quantas horas por dia trabalha: _____
5. Você tem alguma formação técnica? () não () sim
Se sim, qual é a sua atuação: _____
Se sim, trabalha na área : () não () sim
Se sim, trabalhou anteriormente na área: () não () sim
6. É seu primeiro curso superior: () não () sim
Se não, qual curso iniciou antes deste? _____
Se não, concluiu o curso: () não () sim
Se não, trabalhou na área: () não () sim
Se não, trabalha atualmente na área: () não () sim
7. Você já realizou algum trabalho em equipe com profissionais de diferentes profissões?
() não () sim
8. Qual o local em que você está realizando o estágio supervisionado ou internato?

9. Há quanto tempo você está realizando estágio ou internato neste local? _____ meses
10. Você trabalha nesse local com estudantes de outros cursos durante o estágio ou internato?

11. Você já realizou outros estágios supervisionados ou internatos em outros locais durante o curso de graduação atual? () não () sim
12. Você já realizou estágio voluntário durante esta graduação? () não () sim
Se sim, onde? _____

**ANEXO 7 - CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA
(COORDENADOR)**

- 1 Iniciais : _____ Idade: _____ anos Data de Nascimento: _____
2. Gênero: _____ Procedência: _____
3. Qual sua área de formação?
4. Você realizou alguma formação pedagógica para ser professor (além de doutorado e mestrado)? Se sim quando? Foi oferecido pela instituição?
5. Que eventos de formação você participa? Se sim, qual e quando foi o último, está relacionado a sua área? Participa de algum curso de formação de professor (pedagógica)?
6. Durante sua formação você teve alguma experiência interprofissional? Se sim, qual e com quais cursos e o que teve de aprendizado em relação a esta experiência.
7. Você já realizou algum trabalho, projeto após a graduação em equipe com profissionais de diferentes profissões?
8. Há quanto tempo você está na coordenação do curso?
9. Em relação ao PPC do curso, você participou da construção ou de alguma reestruturação do atual PPC vigente na instituição?
10. Quando foi a última reestruturação do PPC da instituição? Ele já está reestruturado de acordo com as diretrizes de 2014?
11. O curso apresenta alguma disciplina com educação interprofissional? Se sim qual e com quais cursos, em que semestre, e quais os resultados percebidos.
12. Existe em algum momento do curso oportunidade e espaços de aprendizado interprofissional ?
13. Se sim, quais são as atividades, em que semestre, com quais cursos e quais os resultados percebidos.