



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Lucas Cardoso dos Santos

**A educação interprofissional na graduação de
Medicina e Enfermagem: vivências e percepções de
alunos**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Antonio de Pádua Pithon Cyrino

Coorientadora: Profa. Dra. Janete Pessuto Simonetti

**Botucatu
2015**

Lucas Cardoso dos Santos

A educação interprofissional na graduação de Medicina e
Enfermagem: vivências e percepções de alunos

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista
“Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de
Botucatu, para obtenção do título de
Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Antonio de Pádua Pithon Cyrino

Coorientadora: Profa. Dra. Janete Pessuto Simonetti

Botucatu
2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Santos, Lucas Cardoso dos.

A educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem : vivências e percepções de alunos / Lucas Cardoso dos Santos. - Botucatu, 2015

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu

Orientador: Antonio de Pádua Pithon Cyrino

Coorientador: Janete Pessuto Simonetti

Capes: 40602001

1. Educação médica - Aspectos sociais. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Ensino superior. 4. Pesquisa qualitativa.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Educação interprofissional; Educação superior.

Dedicatória

Agradecimentos

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Edmo Cardoso dos Santos e Maria Aparecida Oliveira Cardoso, por acreditarem que os deixaria mais felizes com mais essa etapa cumprida em minha carreira profissional e acadêmica; e, ainda, pelo esforço dedicado à minha educação e formação, pelos princípios que me foram ensinados e pelos momentos em que precisaram renunciar dos próprios sonhos em prol de dar não só a mim, mas, também, aos meus irmãos, tudo que a nós era necessário.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir tantos sonhos realizados em minha vida, por nunca deixar a minha fé esmorecer e colocar sempre pessoas especiais em meu caminho.

Ao Prof. Dr. Antonio de Padua Pithon Cyrino, pelo convite, incentivo, pela oportunidade em ter sua orientação na construção deste trabalho e, também, por confiar na minha capacidade.

À Profa. Dra. Janete Pessuto Simonetti, por ser meu exemplo enquanto enfermeira, docente e pesquisadora, pela oportunidade de, mais uma vez, trabalharmos em uma pesquisa juntos, pela leitura cuidadosa e pelas inúmeras e valiosas sugestões.

Aos professores Marcelo Viana Da Costa e Marina Peduzzi, que foram membros da minha banca de qualificação e trouxeram contribuições importantes a este trabalho.

Aos membros do corpo técnico do Núcleo de Apoio Pedagógico da Faculdade de Medicina de Botucatu, professores-tutores da disciplina Interação Universidade, Serviço e Comunidade, e integrantes do grupo de pesquisa “Desenvolvimento de Tecnologia em Atenção Primária à Saúde”, pelo convívio, incentivo, apoio e conhecimento compartilhado.

A Renata Maria Zanardo Romanholi, pela disponibilidade, atenção dispensada e, ainda, por sempre ter dado contribuições práticas para a construção desta pesquisa.

Aos queridos funcionários da Unidade de Saúde da Família de César Neto, por compreenderem os momentos nos quais precisei me ausentar por conta desta pesquisa e, também, das disciplinas obrigatórias do mestrado, e serem meus grandes incentivadores para concluir essa etapa da minha vida profissional e acadêmica.

Às funcionárias da Divisão Técnica de Biblioteca e Documentação da Universidade Estadual Paulista, campus Botucatu, em especial, a Nivaldete Costa Fernandes

Cruz e Rosemary Cristina da Silva, pela amizade desde os tempos da minha graduação, atenção, disponibilidade e revisão das referências bibliográficas.

Aos meus irmãos e familiares que mesmo distantes puderam me estimular a nunca desistir dos meus sonhos voltados para a minha carreira profissional.

Aos amigos que, de alguma forma, tornaram esse caminho prazeroso, pelos inúmeros momentos de descontração, palavras de encorajamento e consolo, e em especial: a Eliane Patrícia Pereira Franchi, por ser meu exemplo enquanto pós-graduanda; a Iara Barcos Vendramini, pelo aconchego do seu abraço e lar; a Thereza Cristina Messoria, por ser a amiga que todos gostariam de ter; a Cláudia Souza de Paula pela imensa bondade que existe em seu coração; e a Leonardo de Oliveira, por ser meu amigo-irmão.

A Rodrigo Afonso Pereira Matos, por ter aparecido na minha vida em um momento tão único e tornar tantos outros especiais.

Aos participantes deste estudo, que concederam seu tempo para responderem as entrevistas e, assim, oportunizarem a construção de preciosas reflexões.

A todos que me incentivaram, acreditaram e apoiaram a realização deste trabalho.

Epígrafe

EPÍGRAFE

*“Não é no silêncio que os homens se fazem,
mas, na palavra, no trabalho, na ação-
reflexão”.*
(Paulo Freire)

Resumo

Abstract

RESUMO

SANTOS, L. C. **A educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem: vivências e percepções de alunos.** 2015. 133f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Botucatu, 2015.

Na última década, fez-se um grande esforço, no âmbito das graduações de profissões da saúde, para reorientar a formação de modo a melhor atender às necessidades do Sistema Único de Saúde. Influenciaram este processo as novas Diretrizes Curriculares Nacionais das profissões da saúde e o relevante papel indutivo realizado pelos Ministérios da Saúde e Educação para se alcançar uma formação mais humanizada e desenvolvida mediante processo de ensino-aprendizagem em diferentes cenários e com práticas de interprofissionalidade. A educação interprofissional tem sido apontada como uma ferramenta capaz de promover mudanças nos cenários de ensino, buscando práticas eficientes para o enfrentamento dos problemas sociais e de saúde. E vem sendo, cada vez mais, valorizada dado o seu potencial na formação de profissionais de saúde mais preparados para o trabalho em equipe, característica essencial para se alcançar um cuidado integral de indivíduos, famílias e comunidades. Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo foi compreender a percepção e a vivência de educação interprofissional, nas disciplinas de Interação Universidade, Serviços e Comunidade I e II, entre discentes dos cursos de Medicina e Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu. Para tanto, realizou-se pesquisa de natureza qualitativa, que teve a entrevista semiestruturada como instrumento de coleta de dados. A organização e análise dos dados empregada foi orientada segundo o Método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin. Como resultados, emergiram três categorias temáticas: A experiência de Educação interprofissional permite que o aluno compreenda melhor o colega do outro curso; Aprender sobre o outro traz benefícios para a formação profissional; O papel do professor-tutor como mediador no processo de formação profissional. Os alunos consideram o colega como uma fonte de aprendizado, o que pode facilitar o compartilhamento de saberes e aproximação com a prática profissional futura. Permitiu, ainda, uma melhor compreensão do outro, sendo, o outro, o colega de curso diferente, profissionais de outras áreas e o próprio paciente. Foi expressiva a apropriação, pelos alunos, do trabalho compartilhado como importante meio para a integralidade do cuidado, apesar de os estereótipos das profissões serem apontados como barreiras nas relações interpessoais e as competências específicas das profissões serem valorizadas por alguns, reforçando o modelo tradicional de ensino. A interação com os serviços de saúde, suas equipes e a comunidade permitiu, ao aluno, uma aproximação com sua futura prática profissional, além dos profissionais e da realidade das comunidades, os usuários e suas famílias. Foi possível, também, uma melhor compreensão dos conceitos e práticas que permeiam a Atenção Primária à Saúde, o que facilitou uma aproximação com a prática interprofissional e colaborativa. Essa vivência no contexto da disciplina foi apontada como sendo rica, justamente por proporcionar, aos discentes, a interlocução com professores-

tutores, colegas de curso e disciplina, profissionais dos serviços de saúde e a comunidade, e, assim, dar voz a todos os atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem. O professor-tutor pôde ser entendido como aquele que limitou ou não o aprendizado do aluno, por ter formação profissional diferente da dele e, também, como peça fundamental na mediação de todo o processo de ensino-aprendizagem nas disciplinas. Entende-se que a educação interprofissional é uma valiosa ferramenta de ensino por proporcionar mudanças singulares na formação profissional, na prática colaborativa entre os membros das equipes de saúde e, ainda, no cuidado recebido pelos pacientes e suas famílias com vistas à integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Educação Interprofissional, Atenção Primária à Saúde, Educação Superior.

ABSTRACT

SANTOS, L. C. **The interprofessional education in undergraduate medical and nursing: experiences and perceptions of students.** 2015. 133 p. Dissertation (Masters Degree) - Graduate Program in Public Health , Faculty of Medicine of Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu, 2015.

In the last decade a great effort has been taken, within the undergraduate courses of Professional Health Care, in order to redefine the formation for a better assistance in the Public Health System in Brazil. This process had some multiple influences, such as the National Guidelines for Education and the Health and Education Ministry so that a most humanized and developed formation could be reached, focusing in teaching-learning in different sceneries with inter professional scope. The interprofessional education has been pointed out as a valuable tool, able to promote changes in the teaching scenery, focusing in efficient practices to deal with social and health problems. It has become even more valuable given its potential in the formation of professionals of health strengthening their understanding to work in teams, crucial to reach an integral care for the individuals, families and communities. In this perspective, the aim of this study was to understand the perception and experiences in inter professional education during the subject "*Interaction among University, Services and Community I and II*" among students of the Medical and Nursing undergraduate courses at the Medicine College in Botucatu. To reach this purpose, a survey with qualitative scope was performed, in which the students of the medical and nursing courses were interviewed using a semi structured instrument. The organization and data analysis were guided according to the method of Thematic Content Analyses of Bardin. As a result three categories were raised: The experience in inter professional education allowing the student to better understand his colleagues from the other courses; Learning about the Other brings benefits to his professional formation; The role of professor-tutor as a mediator in the professional formation. The students consider the colleague as a source of learning, which can make it easier to share knowledge and to have an approach with the future professional practice. It was also possible a better view from the Other, being this Other a colleague from a different course, the professional from other areas, and the patient himself. There was an intense appropriation by the student related to the shared work as an important tool for the integrality of care, despite the stereotype of other professions being highlighted as a barrier in interpersonal relation and specific competence of some professions being valued by some of them, strengthening the traditional model of teaching. The interaction with the Health Care Service, its team and the community allowed the students to get closer to their future professional practice, and also closer to other professional and the reality in the communities, the patients and their families. It was also possible to have a better comprehension of concepts and practices that permeate the Primary Attention in Health Care. This comprehension made it easier a closer approach with inter professional and collaborative practice. This experience in the context of the discipline was pointed out as wealthy, as it offered

the students the dialogue with professor-tutors, course and discipline colleagues, health care professionals and community and thus empower all the ones involved in the teaching-learning process. The professor-tutor can be taken as the one who limited or not the student's learning, as he has a different major area and also as a fundamental person in the mediation of the whole process in the disciplines. From this analysis it was possible to understand that the inter professional education is a valuable teaching tool as it offers the opportunity of single but important changes in the Professional formation, in the collaborative practice among the team members in health care and also in the attention received by the patients and their families aiming the integrality of care.

Keywords: Inter Professional Education, Primary Health Care, Undergraduate.

Lista de abreviaturas

Lista de Anexos

Lista de Quadros

Lista de Figuras

LISTA DE ABREVIATURAS

CAIPE	<i>Center for the Advancement of Interprofessional Education</i>
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
FMB	Faculdade de Medicina de Botucatu
HC FMB	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
IB	Instituto de Biociências
IES	Instituições de Ensino Superior
IPEC	<i>Interprofessional Education Consortium</i>
IUSC	Interação Universidade, Serviço e Comunidade
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NAP	Núcleo de Apoio Pedagógico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho
PIUSC	Programa de Interação Universidade, Serviços e Comunidade
Promed	Programa de Incentivo e Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UNESP	Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I	Síntese do Plano de Ensino da IUSC aprovado em 2003.	105
ANEXO II	Objetivos gerais e específicos das disciplinas IUSC I, II, III aprovados em 2007.	106
ANEXO III	Objetivos gerais e específicos das disciplinas IUSC I, II, III aprovados em 2014.	108
ANEXO IV	Plano de ensino das disciplinas IUSC I, II, III aprovados em 2013.	110
ANEXO V	Roteiro das entrevistas semiestruturadas	126
ANEXO VI	Parecer do Conselho de Curso de Graduação em Medicina	128
ANEXO VII	Parecer do Conselho de Curso de Graduação em Enfermagem	129
ANEXO VIII	Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu.....	130
ANEXO IX	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	133

LISTA DE QUADRO

Quadro 1	Categorias temáticas emergidas a partir da análise das entrevistas.	
	Botucatu, 2014.	57

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Síntese dos resultados encontrados na categoria “Na IUSC o professor-tutor atua como mediador do processo de ensino-aprendizagem”	86
---	-----------

Sumário

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	21
1 INTRODUÇÃO E OBJETIVO	24
1.1 Educação interprofissional – aprendendo juntos a trabalhar juntos	26
1.2 A Faculdade de Medicina de Botucatu: 46 anos de ensino na comunidade	33
1.3 Um novo ensino na comunidade: do Programa de Interação Universidade-Serviços-Comunidade às disciplinas de Interação Universidade-Serviços-Comunidade I, II e III	37
1.4 A Educação Interprofissional nas disciplinas IUSC I e II	41
2 METODOLOGIA	44
2.1 O campo da pesquisa	45
2.2 Os participantes da pesquisa	45
2.3 Instrumentos de coleta de dados	46
2.4 Organização dos dados	46
2.5 Aspectos éticos	48
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
3.1 Categorias temáticas	57
3.1.1 A vivência na IUSC permite ao aluno aprender com e sobre o outro	57
3.1.2 A vivência na IUSC permite ao aluno aprender para o outro	69
3.1.3 Na IUSC o papel do professor-tutor atua como mediador do processo de ensino-aprendizagem	80
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	90
ANEXOS	104

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Lembro quando, ainda no Ensino Médio, me perguntavam qual curso Superior gostaria de fazer – e, mesmo, sem muita certeza do que queria, me imaginava professor.

Em 2006, iniciei o curso de Enfermagem na Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP), dando início a uma nova fase em minha vida, numa nova cidade, com ares, também, de interior, como minha cidade natal, Uberaba (MG).

Aos poucos, as disciplinas específicas da profissão foram saltando aos olhos e me atraindo cada vez mais, fazendo com que eu me apaixonasse pelo que estava aprendendo e vivenciando a cada dia.

Recordo, em especial, de uma disciplina do segundo ano do curso, que me fez ter certeza de que eu estava no caminho certo. Chamava-se “Saúde do Adulto Clínico e Cirúrgico”, e ela me abriu portas para eu sonhar e me imaginar enquanto enfermeiro formado. Foi nela, também, que tive a oportunidade de conhecer enfermeiras que se tornaram exemplos para mim, seja atuando como docentes ou como enfermeiras nos serviços de saúde em que estagiávamos. Uma delas, a Profa. Janete, algum tempo depois, foi minha orientadora no meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) e, agora, minha coorientadora no mestrado.

Ainda na graduação, no segundo ano, tive o meu primeiro contato com a Saúde Pública por meio do estágio em unidade saúde da família, para onde, no quarto ano, pude retornar, estagiando por um período de seis meses e, também, realizar uma pesquisa, que gerou o meu TCC.

Após a conclusão do curso, atuei, durante seis meses, no Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB), por meio do Programa de Aprendizagem e Treinamento, à época sob a supervisão do Prof. Toninho e da Profa. Janete. Época essa em que não estava aquietado completamente, pois, ainda, almejava o primeiro emprego remunerado.

Trabalhar no Pronto-socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HC FMB) foi, então, a minha primeira oportunidade de emprego. Mas, poucas semanas depois, fui selecionado para cursar a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na UNESP, o que me levou a pedir demissão do HC FMB, pois, meu desejo era atuar na Atenção Primária à Saúde.

No entanto, quatro meses após o início da Residência, fui aprovado para trabalhar na rede municipal de saúde de Botucatu, onde atuo até hoje.

Em 2011, iniciei uma nova experiência em minha vida profissional como preceptor do Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde) da FMB, o que me fez ficar mais próximo

do meu antigo sonho de ser professor. No PET-Saúde, pude conviver com o Prof. Toninho, tutor do grupo PET, e aceitei seu convite, no ano seguinte, para fazer o mestrado em Saúde Coletiva sob sua orientação.

Estes foram anos de muito estudo, pois, em 2012, concluí o Curso de Especialização em Cuidado em Pré-Natal e iniciei o Curso de Especialização em Saúde da Família (concluído em 2013), ambos pela Universidade Federal de São Paulo.

Durante o mestrado, deixei o PET-Saúde e passei a colaborar como tutor na disciplina Interação Universidade, Serviço e Comunidade (IUSC), ministrada aos alunos de medicina e enfermagem, quando pude me aproximar mais da prática docente e melhor observar este cenário de convivência interprofissional dos alunos, o que me permitiu aproximar-me do objeto desta pesquisa.

Introdução e Objetivo

1 INTRODUÇÃO E OBJETIVO

Com a progressiva implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se fez após a promulgação da Constituição Federal de 1988, é possível reconhecer importantes transformações e conquistas no setor da saúde, como a expressiva extensão do acesso aos serviços de saúde a grande parcela da população que ainda se via privada desse direito.

Embora o SUS tenha aumentado consideravelmente o número de empregos na área da saúde, e apesar de o setor público englobar mais da metade desses (ALMEIDA FILHO, 2011), ainda, persiste um enorme desafio: o da qualidade da atenção à saúde.

Essa delicada questão tem produzido esforços dos gestores públicos e da sociedade em múltiplas direções, dentre os quais se destaca a formação dos profissionais de saúde. Mudanças nesse sentido têm sido feitas nos distintos níveis de formação – graduação e pós-graduação – que resultem em profissionais qualificados para as complexas demandas de atenção à saúde nesse século XXI. Tarefa colossal, destacando-se os mais de 1,5 milhão de profissionais de saúde atualmente registrados em conselhos profissionais no Brasil (ALMEIDA FILHO, 2011).

Faz-se necessário, também, lembrar o aumento significativo de instituições formadoras na área da saúde, que apesar de ser necessário, devido à carência de profissionais em determinados setores, não deveria ocorrer de forma indiscriminada e sem uma aproximação da formação profissional desses alunos às reais necessidades da população (COSTA, 2014).

Nas Instituições de Ensino Superior (IES) brasileiras, percebe-se, ainda fortemente, a utilização do velho modelo tradicional e hegemônico de ensino, no qual se compartimentaliza o saber, acarretando a formação de silos profissionais e de um trabalho em equipe ineficiente e de baixa resolutividade. Têm, ainda, como cenário de prática, um modelo assistencial focado na doença e no trabalho médico, com subordinação das demais profissões da área da saúde a esse profissional (COSTA, 2014).

Com a redemocratização alcançada com a nova Constituição, a implantação do SUS em 1990 e, anos mais tarde (2001), com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), a questão da formação profissional na área da saúde ganhou força, trazendo, assim, um novo cenário no interior do campo da saúde. Sendo que essas últimas, somadas aos incentivos do Ministério da Educação (MEC) e do Ministério da Saúde (MS), impulsionaram a reorientação dos currículos dos cursos da saúde, por meio de programas como: o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), em 2002; o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), em 2006; o PET-Saúde, em 2008 (BRASIL, 2002, 2007b).

Os currículos das IES têm sido estimulados a diversificar os cenários de prática, com especial valor aos espaços na comunidade, e incorporar conteúdos à estrutura curricular das áreas das ciências sociais e humanas, com vistas a formar profissionais com um olhar mais integral e humanizado sob o cuidado do paciente (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007; MATTOS, 2001; VAITSMAN, 2005).

Somando-se a essas questões, uma das estratégias que vem se destacando na formação de profissionais da área da saúde é a educação interprofissional, tema deste estudo. Embora, realizada há mais de 30 anos em países da Europa, Estados Unidos e Canadá, apenas recentemente esta prática tem sido estimulada no Brasil, por meio de políticas de incentivos às reformas da educação, enquanto um esforço para qualificar o trabalho na saúde (COOPER et al., 2001; HIND et al., 2003; McNAIR et al., 2005; COOPER et al., 2005; BAAR et al., 2005; GOELEN et al., 2006; LEITE et al., 2012).

A presente pesquisa pretende se debruçar sobre esse universo ao analisar a experiência das disciplinas IUSC I e II desenvolvidas na FMB, orientada pela integralidade e humanização do cuidado, sob a perspectiva de seus alunos. Estas disciplinas envolvem alunos dos cursos de medicina e enfermagem, tendo a educação interprofissional como base do processo de ensino-aprendizagem para promover uma futura prática colaborativa entre os profissionais de saúde.

Esta investigação teve, portanto, como **objetivo** reconhecer e analisar as percepções e vivências, dos alunos envolvidos, sobre a educação interprofissional desenvolvida nas disciplinas IUSC I e II.

1.1 Educação interprofissional – aprendendo juntos a trabalhar juntos

Dada a crise contemporânea da Medicina, a formação dos profissionais de saúde nas últimas décadas tem sido não só objeto de grande debate, como, também, ampliado o embasamento teórico envolvendo essa questão (UNITED KINGDOM, 1996; INSTITUTE OF MEDICINE, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1988; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Esse debate tem se dado em torno dos possíveis progressos a serem alcançados com a interação entre as diferentes categorias profissionais, parte da qual compreende a prática interprofissional colaborativa. Sendo que inúmeros esforços e propostas têm sido feitos, em diferentes países, para que a educação interprofissional, enquanto estratégia inovadora de ensino, e a consecução de práticas colaborativas resultem numa assistência de qualidade (BARR, 2005; CARPENTER; DICKINSON, 2008).

A prática interprofissional diz respeito ao trabalho em equipe realizado nos serviços de saúde, enquanto a educação interprofissional refere-se à formação inicial nos cursos de graduação e na educação permanente dos profissionais no contexto do trabalho. (SILVA, 2014, p. 20)

No entanto, a formação profissional, os papéis históricos de cada profissão e uma falta de compreensão do contrato social que cada profissão tem com os pacientes, torna limitada a adoção de práticas colaborativas efetivas, prejudicando, assim, o cuidado do paciente (REEVES et al., 2013b).

Por isso, as transformações no sistema educacional e de saúde devem ocorrer de maneira interdependente e articulada, proporcionando não só uma reorganização do processo de trabalho em saúde, mas, também, uma melhoria da assistência à saúde ofertada (BARR et al., 2005; FREETH et al., 2005; D'AMOUR, OANDASAN, 2005; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010; FRENK et al., 2010; IPEC, 2011; FEUERWERKER, CAPOZZOLO, 2013; PEDUZZI et al., 2013; PINTO et al., 2013).

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

Contudo, a falta de entendimento e o pouco conhecimento sobre o papel de outros profissionais, somados ao território de competitividade e ao medo de perder a identidade profissional, são apontados como barreiras para uma prática colaborativa interprofissional eficiente (CARPENTER; BARNES; DICKINSON; WOOF, 2006; FELTEN; CADY; METZNER; BURTON, 1997; FRENK et al., 2010; KHALILI et al., 2013; SUTER et al., 2009), resultando na fragmentação da assistência, insatisfação tanto para os pacientes quanto para os profissionais, e na má qualidade dos serviços (HENNEMAN; LEE; COHEN, 1995).

Nesse sentido, o isolamento profissional tem sua origem diretamente relacionada ao histórico das profissões da saúde, como a medicina e a enfermagem, no qual ambas buscam garantir e proteger áreas específicas do conhecimento, a fim de assegurar, efetivamente, uma recompensa econômica e status social (FRIEDSON, 1970).

Somando-se a isso tem-se a educação uniprofissional, na qual alunos de um único curso aprendem sem contato com colegas de outros cursos (BARR et al., 2005) e, por consequência,

não reconhecem a importância da complementaridade dos saberes no cuidado em saúde (ALMEIDA FILHO, 2010).

A socialização interprofissional proporciona, aos alunos de vários cursos, aprenderem com, de e sobre o outro, e, para tanto, os membros de uma equipe devem estar familiarizados com a experiência e papéis dos outros (D'AMOUR; OANDASAN, 2005; HALL, 2005), evitando, assim, o desenvolvimento de uma identidade restrita à própria profissão (uniprofissional), ou seja, com limitada compreensão e sem experiência para trabalhar como parte de uma equipe interprofissional (HALL, 2005).

Por isso, deve-se considerar que a formação em saúde, também, deva estar pautada na integralidade do cuidado, pois, para alcançar uma prática com tais características, deve existir uma efetiva troca de saberes entre os atores envolvidos, dentre outros elementos requeridos, como o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença (PINHEIRO, CECCIM, 2005; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; GONZALEZ; ALMEIDA, 2010a).

Diante disso e buscando mudanças na formação profissional com vistas a uma melhor integração do ensino com os serviços de saúde, e, também, dada a necessidade de melhorar as relações entre os profissionais de diferentes profissões de saúde, a educação interprofissional tem sido apontada como uma ferramenta capaz de promover mudanças nos cenários de ensino, buscando práticas eficientes para o enfrentamento dos problemas sociais e de saúde (BARR, 2005; CARPENTER; DICKINSON, 2008).

Educação interprofissional [...] é uma oportunidade não só de mudar o nosso modo de pensar sobre a educação dos futuros profissionais da saúde, mas, também uma oportunidade de dar um passo atrás e reconsiderar os métodos tradicionais de prestação de assistência à saúde. Acredito que não estamos falando somente de mudanças de práticas educativas, mas também de mudanças na cultura da medicina e de assistência à saúde – Líder Estudantil. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010, p.6)

Os primeiros passos da educação interprofissional se iniciaram de forma isolada e com caráter individual e, só depois, ganharam espaço nos centros de pesquisa, buscando, desde o início, avanços na qualidade da assistência à saúde, no trabalho em equipe e nas relações entre profissionais de diferentes categorias profissionais, que se configuravam de forma fragilizada (BARR, 2005).

A partir dessa lógica, a colaboração entre os profissionais de saúde, em prol de um efetivo trabalho em equipe, começou a ser considerada como necessária para assegurar uma assistência mais eficaz junto aos pacientes e usuários; e a educação interprofissional passou a

ser percebida como uma estratégia para diminuir o distanciamento entre os profissionais da saúde e melhorar a qualidade da assistência ofertada às pessoas (HAMMICK et al., 2007; REEVES et al., 2013a).

O conceito de educação interprofissional foi amadurecendo ao longo dos anos e ganhou visibilidade frente a importantes acúmulos históricos e experiências ocorridas, porém, ainda existe uma falta de clareza em torno desse conceito.

Algumas definições de centros de pesquisa e pesquisadores merecem destaque, como, por exemplo, a trazida pelo *Center for the Advancement of Interprofessional Education* (CAIPE), no Reino Unido, que define a educação interprofissional da seguinte forma: quando duas ou mais profissões aprendem com, para e sobre a outra, para melhorar a colaboração e a qualidade dos cuidados (CAIPE, 2002).

Já o *Interprofessional Education Consortium* (IPEC) a definiu como um processo de aprendizagem que tem a educação interdisciplinar e várias experiências de trabalho em colaboração com a comunidade, com o intuito de atender as mais variadas necessidades de crianças, jovens e famílias, fornecendo conhecimentos, habilidades e valores que as pessoas necessitam para colaborar com os outros enquanto lidam com esses (IPEC, 2002).

Ou, ainda, pode ser entendida como “uma intervenção em que os membros de mais de uma profissão da saúde ou assistência social, ou ambos, aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional ou a saúde/bem-estar de pacientes/clientes, ou ambos” (ZWARENSTEIN et al., 2009).

Em 2010, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o relatório intitulado *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice*, com o objetivo de fornecer estratégias e ideias para auxiliar a educação interprofissional de saúde e a prática colaborativa como forma de influenciar positivamente o fortalecimento dos sistemas de saúde e a qualidade da assistência aí prestada. E apontou que educação interprofissional ocorre “quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a efetiva colaboração e melhora dos resultados na saúde” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

A educação interprofissional se compromete com uma formação para o interprofissionalismo, no qual o trabalho de equipe, a discussão de papéis profissionais, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisão são características marcantes. Para isto, a valorização da história de diferentes áreas profissionais, a consideração do outro como parceiro legítimo na construção de conhecimentos, como respeito pelas

diferenças num movimento de busca, diálogo, desafio, comprometimento e responsabilidade são componentes essenciais. (BATISTA, 2012, p. 26)

O interprofissionalismo na saúde, também, pode ser entendido como uma prática harmoniosa entre profissionais de diferentes disciplinas, buscando uma resposta integrada e coesa para as necessidades do paciente/família/comunidade (D'AMOUR; OANDASAN, 2005).

Outros conceitos têm sido trazidos na literatura apontando que a mesma “ocorre quando os membros de mais de uma profissão da saúde e/ou assistência social aprendem em conjunto, de forma interativa, com o propósito explícito de melhorar a colaboração interprofissional e/ou a saúde/bem-estar dos pacientes/clientes” (REEVES et al., 2013a).

Embora haja várias definições para conceituar educação interprofissional na literatura, não há, ainda, um consenso sobre quais seriam as competências essenciais e específicas no setor da saúde; pois, se assim houvesse, ocorreria um melhor entendimento das competências que poderiam ser compartilhadas, o que facilitaria não só o ensino, mas, também, a implementação da educação interprofissional (CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2007).

A tipologia adotada por Barr (1998) estabelece três tipos de competências no âmbito do trabalho em saúde: colaborativas, complementares e comuns. As competências colaborativas são essenciais no trabalho entre diferentes profissões da saúde, enquanto as complementares são aquelas especificadas de cada profissão. Já as competências comuns consistem em conhecimentos, habilidades e atitudes que são comuns e compartilhadas entre as diferentes profissões da saúde.

O *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) definiu seis campos de competências que são essências para a prática interprofissional colaborativa que são: comunicação interprofissional; cuidado centrado no paciente, cliente, família e comunidade; clarificação de papéis profissionais; dinâmica de funcionamento da equipe; resolução de conflitos interprofissionais; liderança colaborativa (CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2010).

Ainda para o desenvolvimento de uma prática interprofissional colaborativa, com vistas a alcançar uma assistência à saúde com segurança, qualidade e centrada no paciente, o IPEC aponta como campos de competências nucleares a serem incorporadas ao processo de formação profissional: valores/ética para a prática interprofissional, papéis e responsabilidades profissionais, comunicação interprofissional e trabalho em equipe (IPEC, 2011).

Dentre os termos mais comuns relacionados às competências essenciais, levantados numa revisão de literatura, segundo organizações e pesquisadores – como *Accreditation Council for Graduate Medical Education*, *Health Canada*, *Institute of Medicine*, *Interprofessional Education Consortium*, Barr – e, ainda, Universidades de Minnesota e Toronto, podem-se citar: resolução de problemas; tomada de decisão; respeito; comunicação; partilha de conhecimento e habilidades; prática centrada no paciente (CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE, 2007).

A educação interprofissional proporciona as seguintes competências colaborativas nos discentes: descrever as funções e responsabilidades de uma forma clara às outras profissões; reconhecer e respeitar as limitações de papéis, responsabilidades e competências de cada profissão; reconhecer e respeitar os papéis, responsabilidades e competências de outras profissões comparadas a sua própria; trabalhar com outras profissões para realizar mudanças e resolver conflitos na prestação de assistência e tratamento; trabalhar com outros para aferir, planejar, avaliar e prestar cuidados para cada indivíduo; tolerar as diferenças, mal-entendidos e falhas em outras profissões; facilitar discussões interprofissionais; entrar em relações de interdependências com outras profissões (BARR, 1998).

Dentre os desafios para a implementação do modelo de educação interprofissional, destacam-se: a lacuna entre a prática profissional e a formação; organização da estrutura curricular dos cursos que dificulta uma aprendizagem comum; incapacidade de avaliar se o futuro profissional colocará em prática o aprendizado interprofissional (JOSIAH MACY JR. FOUNDATION, 2013). E, ainda: limitação de recursos, estereótipos profissionais, falta de programas com acreditação para a educação interprofissional e de lideranças em prol do assunto (SUNGUYA et al., 2014).

Pensando nessas dificuldades enfrentadas na implementação da educação interprofissional como ferramenta de ensino, algumas estratégias para mudança na formação profissional são apontadas, como: utilização da aprendizagem baseada em problemas; utilização da aprendizagem on-line; participação dos discentes, professores e profissionais dos serviços para avaliação e construção dos currículos dos cursos; estrutura curricular flexível; grupos de trabalho que apoiem a proposta, assim como docentes e direção da universidade; apoio financeiro para implementação e manutenção das atividades de educação interprofissional (SUNGUYA et al., 2014).

Após cerca de 30 anos de pesquisa envolvendo a temática, sobretudo, em países europeus, Estados Unidos e Canadá, constata-se um aumento de publicações nos últimos anos, sobretudo a partir de 2005 (PEDUZZI et al., 2013), com inúmeros exemplos bem-sucedidos

que indicam que a educação interprofissional proporciona a prática colaborativa nos serviços e melhores resultados na qualidade da assistência ofertada aos pacientes (COOPER et al., 2001; HIND et al., 2003; McNAIR et al., 2005; COOPER et al., 2005; BAAR et al., 2005; GOELEN et al., 2006).

Percebe-se, ainda, que as experiências de educação interprofissional, enquanto método de ensino, têm apontado mudanças importantes no perfil dos profissionais de saúde formados, pois, os alunos aprendem com e entre si, e aumentam suas práticas colaborativas, melhorando a prestação de cuidados (HIND et al., 2003; McNAIRY et al., 2005; COOPER; SPENDER-DAWE; McLEAN, 2005; GOELEN et al., 2006).

Nesse sentido, com o objetivo de colher informações sobre essas experiências no mundo, o Grupo de Estudos da OMS em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa realizou um mapeamento internacional, no ano de 2008, em 42 países, e os resultados indicam que a educação interprofissional ocorre nos mais diversos locais de renda e assistência à saúde, envolvendo alunos de variados cursos da área da saúde. Apontou, também, que a preparação para docentes para promoverem tal modelo não é comum, e que as atividades desenvolvidas sobre o tema são curtas e não seguem um padrão sistemático. Apesar disso, pontuou benefícios educacionais para as políticas de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Recentemente, por meio de um estudo de revisão, foi demonstrado um impacto positivo na avaliação da efetividade da educação interprofissional no cuidado aos pacientes e na dinâmica de trabalho nos serviços de saúde, podendo-se destacar as seguintes evidências: adesão aos protocolos de atendimento; satisfação do usuário em relação à assistência recebida; compartilhamento de saberes na tomada de decisões por parte dos profissionais; prática colaborativa; diminuição de erros na assistência ofertada (REEVES et al., 2013a).

Todavia, no Brasil, ainda são escassas as práticas de educação interprofissional, como se reflete na bibliografia disponível a este respeito na área da saúde. No entanto, os autores de estudos já publicados reconhecem que os profissionais formados com tal perspectiva estavam mais abertos para a aprendizagem compartilhada (AGUILAR DA SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; SILVA, 2011; ALMEIDA et al., 2012); com relações mais próximas entre os envolvidos (CYRINO et al., 2012); mais preparados para o trabalho em equipe (BATISTA, 2012; SILVA, 2011; ALMEIDA et al., 2012), assim, potencializando o alcance das competências profissionais (AGUILAR DA SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011), dentre as quais, uma prática de abordagem mais integral da atenção à saúde (BATISTA, 2012; SILVA, 2011; ALMEIDA et al., 2012).

Em uma revisão bibliográfica, que teve por objetivo identificar as práticas da educação interprofissional no Brasil nos cursos da saúde, observou-se que as publicações datadas dos últimos cinco anos eram de universidades, em sua maioria, públicas, alocadas na região sudeste, abrangendo variados cursos da área da saúde; e, ainda, que apresentavam a Atenção Primária à Saúde como cenário de prática desde as séries iniciais dos cursos (SANTOS, 2013).

As IES brasileiras que podem ser destacadas quanto à prática da educação interprofissional nos seus cenários de prática são: a Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, que tem a estrutura curricular dos diferentes cursos com vistas a uma formação integrada, com ênfase na integralidade e nas necessidades singulares dos indivíduos (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013); a Universidade Federal do Ceará, que se utiliza de um programa de extensão, chamado de Laboratório de Educação e Colaboração, para a promoção da saúde materno-infantil; e a Faculdade de Medicina de Marília, onde os alunos de medicina e enfermagem, nas duas séries iniciais dos cursos, têm aulas em conjunto buscando desenvolver recursos nas áreas do cuidado individual, cuidado coletivo e de gestão dos serviços de saúde, utilizando-se, para tanto, dos princípios da metodologia ativa de aprendizagem e da educação interprofissional (TSUJI; SILVA, 2006).

Outra instituição que também merece ser lembrada nesse sentido é a FMB, pois, as mudanças curriculares ocorridas e a inserção da IUSC no currículo da faculdade promovem mudanças na formação dos alunos e os aproximam não só dos problemas enfrentados pela comunidade, como, também, dos profissionais que trabalham na Atenção Primária do município, proporcionando, aos discentes, a experiência do trabalho em equipe, cooperação interprofissional e, sobretudo, da educação interprofissional.

1.2 A Faculdade de Medicina de Botucatu: 46 anos de ensino na comunidade

A Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu, fundada em 1962, deu início à prática de ensino na comunidade no curso de Medicina em 1969, sob a influência dos movimentos da Medicina Integral e Preventiva e da Medicina Comunitária (CYRINO; MAGALDI, 2002).

Esta primeira experiência de ensino, fora do ambiente hospitalar e junto à comunidade rural, foi inaugurada mediante integração de docentes de diferentes departamentos e disciplinas (Medicina Preventiva, Moléstias Transmissíveis e Infecciosas, Psicologia e Pediatria) para atividades médico-sanitárias na Unidade de Saúde da Fazenda Lageado e Edgardia (ULIANA, 2010; CYRINO, 2002).

[...] a unidade sanitária Lageado, sendo polivalente e dinâmica iria prover a assistência médico sanitária à comunidade local, com os objetivos de promover a saúde, prevenir, diagnosticar e tratar as doenças. (MAGALDI; GIAROLA; OLIVEIRA, 2002, p. 151)

Nos anos seguintes, foi criado o internato rural em Saúde Pública e, depois, estendido a alguns municípios pequenos da região de Botucatu, como Timburi, Anhembi, Itatinga e Pardinho, ocorrendo até 1985, com o objetivo de ofertar, ao aluno, experiências de promoção, proteção e recuperação da saúde e, ainda, estudar a cadeia epidemiológica de algumas doenças recorrentes na saúde pública (MAGALDI; GIAROLA; OLIVEIRA, 2002).

Em 1968, o Departamento de Saúde Pública foi criado e inserido na graduação médica, o que possibilitou, ao discente, desenvolver atividades voltadas para questões de saúde pública no município e na região de Botucatu (CYRINO; RIZZATO, 2004).

Mais tarde, em 1972, foi inaugurado o Centro de Saúde Escola, o qual passou a ofertar campo de estágio tanto para medicina quanto para as residências médicas, com o intuito de: ampliar as atividades dos alunos em atividades extra-hospitalares, aproximar os mesmos das famílias e da comunidade (CYRINO; MAGALDI, 2002), e, ainda, promover uma “extensão da atenção à saúde dirigida às necessidades de saúde da população e atenção integral das pessoas” (CYRINO; SCHRAIBER, 2002).

Em 1976, a Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu foi incorporada à UNESP, fruto da unificação dos Institutos de Ensino Superior do Estado, espalhados por todo o estado de São Paulo (UNESP, 2014).

A partir das eleições municipais de 1982, os rumos que a saúde pública do município tomou foram decisivos para a implantação de novos campos de estágios para os alunos da graduação médica, pois, docentes da universidade foram incorporados à vida política de Botucatu, o que foi oportunizado pelo fato de uma docente do Departamento de Saúde Pública ter assumido a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e, em 1983, implantado Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Botucatu (CYRINO, 2002).

Com a ampliação do campo de estágio para as Unidades de Saúde recém-inauguradas (1984), o internato rural que acontecia, também, nos municípios vizinhos deixou de acontecer, e as atividades extra-hospitalares passaram a ocorrer apenas nas UBS do município e no Centro de Saúde Escola (ULIANA, 2010).

A década de 1980 finalizou com dois importantes acontecimentos para a faculdade. Primeiro, porque, em 1988, teve início a elaboração de um novo currículo para o curso de

medicina, que foi finalizado apenas em 1996; e, segundo, porque, em 1989, ocorreu a criação do Curso de Graduação em Enfermagem da FMB (ROMANHOLI, 2010; UNESP, 2012).

Paralelo a isso, acontecia no Brasil o fim da ditadura militar e a aprovação de uma nova Constituição Federal (1988), que ofertou um novo Sistema de Saúde à população, o SUS.

E, assim, as ideias de ampliação de espaços extra hospitalares para o ensino médico ganham sustentação, pois, o SUS, regido pela constituição nacional, traz a ampliação do acesso aos serviços de saúde para a população, juntamente com a necessidade de construção de uma rede básica de saúde nos municípios. (ULIANA, 2010, p.21)

No início dos anos 1990, apenas o Departamento de Saúde Pública mantinha atividades de ensino junto a serviços de atenção primária à saúde; e foi nesse contexto que a FMB foi selecionada para desenvolver o Programa UNI, em parceria com a Prefeitura Municipal de Botucatu e organizações comunitárias do município em questão. Tal programa, iniciativa da Fundação Kellogg, tinha como proposta: desenvolver mudanças na universidade, nos serviços locais de saúde e na comunidade dos municípios das faculdades elegidas; e, ainda, construir novos cenários de prática; trabalhar com metodologias inovadoras de ensino-aprendizagem; e reorganizar a estrutura de algumas disciplinas (ROMANHOLI, 2010; ULIANA, 2010).

“No período de desenvolvimento do Programa UNI na FMB, houve a ampliação de práticas de ensino na comunidade, destacando-se a introdução dessas nas áreas de saúde da criança, saúde da mulher e assistência ao parto”. (ULIANA, 20120, p. 33)

Em 1994, teve início o curso de “Pediatria na Comunidade”, oferecido, até hoje, ao quarto ano médico, atendendo crianças nas Unidades dos Centros de Saúde Escola e UBS, com a supervisão tanto dos médicos dos serviços em questão quanto dos docentes da FMB (TREZZA; PREARO, 1995, 2007).

O Programa de Saúde Escolar do município de Botucatu também deve ser lembrado, pois, foi fruto de uma parceria entre os Departamentos de Pediatria e Saúde Pública da FMB e, também, firmou-se como mais um campo de atuação na saúde pública para os discentes do curso de medicina (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2002).

O Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, também, ampliou o seu cenário de prática para as UBS e Hospital Secundário, sendo que esse último não mais oferta tal campo de estágio desde 2011. As atividades estavam voltadas para: “atender os problemas mais prevalentes na comunidade em relação à saúde da mulher, bem como oferecer espaço de assistência ao parto em unidade hospitalar geral” (ULIANA, 2010, p. 34).

Mas, é relevante que se considere que muitas das experiências desenvolvidas foram fundamentais para influenciar a construção de modelos pedagógicos adotados pela instituição, além de servirem de fundamentos para embasar novas propostas de reforma curricular que aconteceram no decorrer desse processo. (ULIANA, 2010, p. 34)

A partir de 2000, somaram-se a essas iniciativas, as DCN e a parceria da SMS com a FMB na participação de programas de incentivo às mudanças curriculares propostas pelos MEC e MS (Promed/2002, Pró-Saúde/2006). Estes proporcionaram melhorias no ensino e, ainda, um ensino feito na atenção primária, o que fez com que o graduando da medicina e enfermagem pudesse ter uma atuação mais reflexiva ao lidar com situações que fogem à prática hospitalar (MANOEL, 2012).

Nesse mesmo período, também ocorreu uma revisão no quinto e sexto anos do curso de medicina, que passaram a ser configurados por meio de grandes áreas, e não mais centrados nas especialidades médicas, o que levou à necessidade da FMB de rever o currículo do primeiro ao quarto ano médico (CYRINO et al., 2005).

Em 2001, em meio ao processo de reformulação curricular do curso de medicina, deu-se a criação do Núcleo de Apoio Pedagógico (NAP), que iniciou sua atuação em parceria com o Conselho de Curso da Medicina. O NAP teve papel importante no apoio e formulação de projetos pedagógicos, o que contribuiu para que a instituição fosse selecionada pelo Promed, em 2002, considerando que tal elaboração foi mediada por esse serviço (ULIANA, 2010).

E foi com o apoio financeiro do Promed, e norteado pelas novas DCN, que, a partir de 2003, foi criado o Programa de Interação Universidade, Serviço e Comunidade (PIUSC), ofertando, aos três primeiros anos do curso de medicina, uma nova proposta de ensino na comunidade.

Nessa conjuntura, algumas disciplinas do curso de medicina, como Geriatria e Pneumologia, passaram a ofertar ensino com espaço na comunidade. A Saúde Coletiva passou a integrar: a Ética, Práticas de Saúde Pública, Administração e Planejamento em Saúde, Epidemiologia, Ciências Sociais e Nutrição, e ser ofertada ao terceiro ano, na forma de núcleos temáticos centrados na vivência nos serviços de saúde (CYRINO et al., 2007).

Já o ensino de obstetrícia continuou a ser ministrado como parte das atividades, sendo ofertado fora do ambiente hospitalar, mantendo a integração entre universidade e serviço municipal, assim como a disciplina de Pediatria na Comunidade. E, por último, o internato em Saúde Pública do sexto ano do curso de medicina, que tem, como campo, as UBS do município, onde o estudante atua como membro da equipe, acompanhando não só a rotina médica, mas,

também, realizando visitas domiciliares com os agentes comunitários de saúde, identificando as características dos serviços de saúde, entre outros (CYRINO et al., 2007).

A parceria entre SMS e FMB e os incentivos do governo federal para garantir a expansão e qualificação da atenção básica possibilitaram uma melhor formação de profissionais médicos e enfermeiros nessa instituição (CYRINO et al., 2007). Em 2008, esta parceria ganhou um novo reforço, com a participação da instituição em parceria juntamente com a SMS, no PET-Saúde, no sentido de aprimorar o trabalho entre docentes, profissionais da rede de saúde municipal e graduandos da medicina e enfermagem (UNESP, 2008).

Quanto ao curso de enfermagem, cabe ressaltar que, desde sua criação, diversas disciplinas organizaram seus cenários de prática junto às unidades de saúde da rede municipal. Essas atividades foram sendo reorganizadas e repactuadas ao longo dos anos, porém, desde o primeiro ano, o aluno de enfermagem pôde vivenciar e experimentar como o profissional enfermeiro atua na Atenção Primária à Saúde.

1.3 Um novo ensino na comunidade: do Programa de Interação Universidade-Serviços-Comunidade às disciplinas de Interação Universidade-Serviços-Comunidade I, II e III

O PIUSC, implantado em 2003 na FMB, foi fruto das mudanças ocasionadas pelas DCN e dos programas financiados pelos MS e MEC, como o: Promed em 2002, Pró-saúde em 2006, PET-Saúde em 2009 e o Pró-PET em 2011. E, também, de um processo de discussão entre a comunidade acadêmica da FMB, Instituto de Biociências (IB), SMS, e vários representantes da comunidade de Botucatu (ROMANHOLI, 2010).

Como produto dessa discussão, elaborou-se uma proposta de mudança curricular por meio de oficinas e planejamento participativo envolvendo todos os seguimentos antes mencionados, com vistas a aumentar e melhorar a integração entre a universidade, os serviços de saúde e a comunidade (ROMANHOLI, 2010).

Nessa mesma época, ocorreu um seminário, no município de Embu (SP), para as escolas que haviam sido aprovadas para participar do Promed. E, após esse evento, a diretoria da FMB, estimulada pelas discussões ocorridas no evento e percebendo a necessidade de ofertar um ensino que privilegiasse novos cenários de práticas aos alunos, recomendou que o Promed da FMB implantasse o PIUSC, que se inseriu, primeiramente, como um Programa, e apenas ao curso de medicina (UNESP, 2002a).

No mesmo ano que se iniciaram as atividades do PIUSC (2003), um grupo de representantes da FMB e SMS visitou a Universidade Federal Fluminense, Niterói (RJ), para

conhecer como acontecia o ensino na comunidade em tal escola, para, assim, embasar o início das atividades do PIUSC (UNESP, 2005b).

O projeto inicial estabelecia que o programa fosse ofertado em todos os anos do curso de medicina, nos quais os discentes seriam divididos em nove grupos pelas UBS, nos modelos com ou sem Saúde da Família, permanecendo na mesma até o final do curso, podendo, assim, conhecer melhor a população e essa, os alunos (ROMANHOLI, 2010).

As atividades teriam como objetivo observar as condições de vida e de saúde da população assistida e participar do planejamento das ações voltadas para proteção e promoção à saúde, desenvolvidas pelas unidades de saúde. Lembrando que o próprio território e os recursos sociais desse poderiam e deveriam ser vistos como um espaço de atuação; e, ainda, que nesses deveriam predominar: a resolutividade das ações, a assistência integral à saúde, o trabalho em equipe e a participação da população (UNESP, 2002b).

A partir, então, dos objetivos do programa, elaborou-se o primeiro plano de ensino do PIUSC a ser desenvolvido nos dois primeiros anos do curso de medicina; e, do terceiro ao sexto ano médico, o plano seria construído a partir de oficinas de planejamento e de avaliações sobre os anos iniciais dessa nova experiência (Anexo I).

Há certa confluência com estudos já publicados quanto à prática de ensino na comunidade, como: acontecer desde o primeiro ano da graduação até o seu último ano; os alunos serem divididos em pequenos grupos; receberem a supervisão de um tutor; envolver várias disciplinas, dando ênfase para uma formação generalista; proporcionar ao aluno vivenciar diferentes modos de atenção (BLANK, 2006; ALBUQUERQUE, 2007; FERREIRA, 2007; MARIN, 2007; MASSOTE et al., 2011).

O primeiro ano do PIUSC contou com atividades na comunidade, como: elaboração e execução de ações de promoção e prevenção à saúde em parceria com a equipe de saúde; realização de visitas domiciliares a crianças menores de dois anos para observação e acompanhamento das mesmas; reconhecimento da área de abrangência da unidade de saúde (UNESP, 2002c).

A visita domiciliar mereceu destaque a partir da lógica de que a mesma configurou-se como um potencial instrumento de coleta de informações, não só das famílias visitadas, mas, também, do território e, ainda, como uma estratégia para estreitar os laços entre os alunos e os pacientes visitados (ROMANHOLI, 2010).

Para o desenvolvimento dessas atividades, foi necessário que a FMB contasse com o apoio da SMS, que tinha, à época (2002), o planejamento de abrir novos centros de saúde no modelo Saúde da Família, o que aconteceu somente no final de 2003. Por isso, a proposta inicial

apresentada ao Promed foi rediscutida e as atividades foram focadas apenas no território das unidades, sendo que, após a inauguração dos novos serviços, o projeto de ensino na comunidade ampliou-se, porém, mantendo a lógica do trabalho no território (ULIANA, 2010).

O PIUSC partiu do pressuposto de que a prática tinha de ser voltada à integralidade das ações e a humanização do cuidado, sendo esses os seus eixos temáticos; e, ainda, valorizou as ações de educação em saúde e promoção da qualidade de vida (CYRINO et al., 2005; 2007).

Para tanto, o método de ensino empregado foi o de educação problematizadora, no qual:

[...] o professor reflete com o aluno, o que exige disponibilidade para pesquisar, acompanhar e colaborar com o aprendizado crítico do estudante. Isso frequentemente coloca o professor diante de situações imprevistas, exigindo que professores e alunos compartilhem de fato o processo de construção do conhecimento. (CYRINO et al., 2005a, p. 27)

Desde o início das atividades do PIUSC, ocorreram mudanças a fim de aprimorá-lo, segundo os apontamentos dos vários atores envolvidos no desenvolvimento do mesmo, como: profissionais dos serviços de saúde, alunos, professores, SMS, coordenação da FMB e a própria população. E foi pensando nessa lógica que, no ano de 2004, com a implantação do segundo ano do PIUSC, algumas estratégias foram alteradas, como: as famílias a serem acompanhadas desde o primeiro ano deveriam ser nomeadas pela unidade de saúde, e o contato com as mesmas ficaria sob a responsabilidade dos professores-tutores e/ou agentes comunitários de saúde. E, ainda, também foi pensado que deveria ocorrer uma continuidade das atividades desenvolvidas pelos alunos nos dois primeiros anos (UNESP, 2004).

Os professores-tutores deveriam, a partir de então, preparar seus respectivos grupos para a realização de visitas domiciliares com temas predefinidos, sugeridos pela própria coordenação do IUSC ou, mesmo, pelas próprias famílias visitadas, por meio de aulas ou palestras, com o intuito de subsidiar teoricamente as atividades realizadas (ROMANHOLI, 2010).

Em relação aos professores-tutores, estes foram o maior desafio para a coordenação do PIUSC, pois, inicialmente, foi pensado que os próprios docentes da FMB assumiriam o programa, o que não ocorreu. E pensando numa saída para tal questão, foram selecionados, inicialmente, 11 professores-tutores de diferentes áreas de formação, como: médico, enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo, pedagogo, fonoaudiólogo, sociólogo, profissionais da comunicação e serviço social, o que proporcionou experiências interdisciplinares (UNESP, 2002c).

Somando-se a isso e com o transcorrer dos anos, percebeu-se um aumento de profissionais atuantes no PIUSC e que ocorria, além disso, uma grande rotatividade dos mesmos

(MANOEL, 2012). E, ainda, que, pelo fato de os tutores na disciplina serem, em sua maioria, profissionais de saúde da SMS, seriam necessários acordos com tal órgão em relação à carga horária dos mesmos, sendo um desses a liberação de quatro horas semanais da carga horária total de trabalho semanal para esses profissionais se dedicarem às atividades do PIUSC.

Em relação à seleção dos tutores, foram pensados alguns critérios, como: vivência na atenção primária, experiência com trabalho em grupo, ensino na graduação e trabalhar em Unidade Saúde da Família. Vale lembrar que, em alguns períodos, foram oferecidas bolsas de apoio financeiro aos professores, disponibilizadas pelo fato de essas estarem atreladas a projetos do MS (MANOEL, 2012).

Algumas das barreiras também encontradas e reforçadas por outros autores são: a relação do trinômio ensino-serviço-comunidade, pois, muitas vezes, os alunos vivenciam cenários de prática focados no procedimento, diferentes do modelo de atenção à saúde, centrado no paciente e aprendido em sala de aula (CABRAL et al., 2008; ALBUQUERQUE, 2007); e, ainda, a inadequação da estrutura física nas UBS para recepcionar alunos, resistência dos profissionais dos próprios serviços em trabalhar em conjunto com a universidade, e a dificuldade dos setores de ensino de entender a lógica dos serviços de saúde (ALBUQUERQUE, 2007).

Em 2005, reconhecendo as vantagens de um ensino mais próximo da realidade de vida das populações, a FMB se inscreveu e foi contemplada com recursos do MS por meio do Pró-Saúde, com características semelhantes ao Promed – reorientar a prática profissional em escolas Superiores na área da saúde (BRASIL, 2007b), sendo os responsáveis: a coordenação do PIUSC, o NAP, a diretoria da faculdade e o Conselho de Curso de Medicina (UNESP, 2005b).

Nesse mesmo ano, foi elaborada a proposta de transformar o PIUSC em disciplina curricular, o que foi possível após inúmeras discussões e reuniões entre o conselho de curso, o NAP e os próprios alunos. A proposta foi apresentada à Congregação da FMB/UNESP no ano de 2006, foi aprovada, e, a partir de 2007, foi oferecida como disciplina IUSC I (1º ano), IUSC II (2º ano) e IUSC III (3º ano) nos três primeiros anos do curso médico (UNESP, 2006).

Com o início das atividades da disciplina IUSC em 2007 para o curso de medicina, foi necessária a criação de um novo Plano de Ensino (Anexo II), com aprovação do Conselho de Curso de Medicina, com particularidades inerentes a cada ano.

1.4 A Educação Interprofissional nas disciplinas IUSC I e II

A partir de 2008, um novo passo foi dado pensando no trabalho multiprofissional e na educação interprofissional, com o início da integração entre os cursos de medicina e enfermagem nas disciplinas IUSC I e II. Para tanto, algumas disciplinas do currículo da Enfermagem cederam, parcial ou totalmente, sua carga horária para que tal integração se realizasse com as disciplinas IUSC do curso de Medicina. A presença de docentes do Departamento de Enfermagem como tutores da IUSC, desde seu início enquanto Programa, certamente corroborou para que tal integração ocorresse.

Deste modo, em 2008, no primeiro ano, estiveram envolvidas as disciplinas de Introdução à Enfermagem (no primeiro semestre) e Enfermagem na Comunidade (no segundo semestre), que participaram com carga horária parcial e total, respectivamente. Já em 2009, no desenvolvimento do segundo ano da IUSC, houve a participação das disciplinas de Introdução à Administração em Enfermagem, com carga horária total (no primeiro semestre), e de Saúde do Adulto Clínico e Cirúrgico, com carga horária parcial (no segundo semestre).

Cabe ressaltar, que essa integração foi possível dada a compatibilidade de conteúdos e objetivos das disciplinas do curso de enfermagem com aqueles das disciplinas IUSC I e II. Por sua vez, tal integração não se deu no terceiro ano, pois os alunos de enfermagem já iniciam no segundo ano suas atividades clínicas, com consulta de enfermagem a usuários de unidades básicas de saúde.

Entretanto, a integração dessas disciplinas da enfermagem com a IUSC foi no sentido de os alunos terem a possibilidade de serem formados conjuntamente, mesmo que de forma pontual, com outro curso da área da saúde, já que, no currículo da enfermagem, desde sua criação e a partir do primeiro ano, há disciplinas que têm as unidades básicas de saúde como cenários de prática.

Para a formalização desta integração, a partir de 2014, duas novas disciplinas foram incluídas no currículo da enfermagem, denominadas Prática Interprofissional na Universidade, Serviços e Comunidade I e II, respectivamente inseridas no primeiro e segundo anos do curso de enfermagem, oferecidas anualmente, diferentemente das demais disciplinas que são semestrais.

Desde 2008, alunos de medicina e enfermagem passaram a vivenciar uma prática conjunta de ensino na comunidade, por meio de atividades em pequenos grupos, com supervisão de professor-tutor dos dois cursos e profissionais de saúde da rede básica de saúde.

Este professor-tutor poderia ser docente ou não, da área da saúde ou não, da medicina/enfermagem ou não. O que se buscou foi estimular a troca de experiências entre as diversas áreas do conhecimento, por meio de uma prática interdisciplinar (ROMANHOLI, 2010), já que uma das propostas pedagógicas, a educação interprofissional, deve ser mediada por professores de diferentes formações profissionais, que aprendem e interagem em conjunto visando a melhoria da qualidade no cuidado à saúde de sujeitos, famílias e comunidade, na atenção primária à saúde (CYRINO, 2007).

A IUSC então passou a estar presente nos três primeiros anos da medicina e nos dois primeiros da enfermagem; e, para cada ano, têm-se objetivos e estratégias específicos, visando uma maior compreensão dos problemas de saúde pública pelos alunos, considerando, ainda, a complexidade das várias dimensões do indivíduo e do território no qual se inserem.

O primeiro ano da IUSC tem como objetivo geral propiciar, ao aluno, a construção de estratégias que possibilitem o desenvolvimento de ações para o cuidado e promoção da saúde junto à comunidade, em parceria com os serviços de saúde. Para tanto, as atividades/aulas têm como tema e foco: o SUS, a realização do estudo de territórios das UBS, atividade em uma creche e o acompanhamento da criança e sua família.

No segundo ano, os alunos mantêm as visitas domiciliares iniciadas no primeiro ano, porém, ampliando, agora, o olhar para toda a família, e não mais só na criança; e, ainda, devem planejar, executar (nos mais variados espaços e equipamentos sociais existentes na comunidade) e avaliar atividades de educação em saúde, oriundas a partir da demanda percebida na própria comunidade. As disciplinas e os conteúdos que se integram no segundo ano são: Parasitologia, Psicologia, Bioestatística, Administração em Enfermagem, Saúde do Adulto Clínico e Cirúrgico e Saúde Coletiva (ROMANHOLI, 2010).

Vale destacar que tanto IUSC I quanto IUSC II têm, também, como foco que os alunos desenvolvam habilidades comunicacionais e atitudinais não só para a relação com os pacientes e suas famílias, mas, também, com os profissionais dos serviços, tutores e colegas de grupo.

No terceiro ano, não ocorre a integração entre os dois cursos medicina e enfermagem na IUSC, pois cada um segue na sua área para o desenvolvimento de atividades de avaliação clínica e clínica ampliada. Os alunos da medicina desenvolvem atendimento clínico supervisionado, de preferência nas Unidades de Saúde que fizeram a IUSC nos anos anteriores (ROMANHOLI, 2010). Os alunos de enfermagem continuam a fazer as consultas de enfermagem, atividade esta que já se iniciou no segundo ano e é realizada nas diversas disciplinas que utilizam as unidades de saúde como cenário de prática, até o quarto e último ano.

Para a realização dos atendimentos aos pacientes nas unidades de saúde, diferente do primeiro e segundo anos, que ocorriam por meio de visitas domiciliares, foi elaborado um instrumento, por docentes e profissionais da área, que pudesse nortear o aluno durante a realização dos atendimentos, envolvendo questões sobre a família, saúde mental, trabalho e rede social. Para o curso de enfermagem, os atendimentos são conduzidos com base em roteiros que buscam conhecer o indivíduo na sua totalidade, de forma holística.

Em anexo, encontra-se um quadro com os objetivos gerais e específicos definidos para a disciplina IUSC I, IUSC II e IUSC III, propostos para o ano de 2014 (Anexo III), e o plano de ensino da disciplina para o ano de 2013 (Anexo IV). Lembrando que os objetivos das disciplinas IUSC I e II são iguais para ambos os cursos, medicina e enfermagem, e que a IUSC III é ofertada apenas ao terceiro ano médico.

Diante do exposto, percebe-se quanto a educação interprofissional pode ser uma ferramenta de ensino nos cursos de graduação que poderá interferir na prática assistencial desses profissionais, bem como facilitar a implementação de ações que se norteiem pelos princípios do SUS e que permitam a oferta de uma assistência de qualidade.

Conhecer a visão dos alunos que vivenciaram disciplinas que têm a educação interprofissional como requisito, poderá contribuir para que outras venham a se utilizar desta estratégia para a formação profissional.

Metodologia

2 METODOLOGIA

Para alcançar o objetivo proposto, desenvolveu-se uma pesquisa de natureza qualitativa, pois se busca, aqui, compreender, de forma aprofundada, a experiência de educação interprofissional e o valor a ela atribuído pelos alunos de medicina e enfermagem da FMB, atores centrais deste processo, bem como as relações estabelecidas entre estes interlocutores (MINAYO, 2008).

2.1 O campo da pesquisa

As disciplinas IUSC I e IUSC II, ofertadas aos discentes do primeiro e segundo anos dos cursos de graduação em medicina e enfermagem da FMB, constituem o campo desta pesquisa.

Estas disciplinas têm como campo de atuação as UBS do município de Botucatu e seus respectivos territórios de abrangência. Há um total de 18 UBS, sete das quais do modelo tradicional e 11 delas são unidades de Saúde da Família. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família corresponde a 34% da população local (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010; CARANDINA; ALMEIDA, 2009).

A FMB está localizada no município de Botucatu, centro-oeste do estado de São Paulo, com uma população de 127.328 mil habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

2.2 Os participantes da pesquisa

Os graduandos do curso de medicina e enfermagem, sujeitos deste estudo, em cada ano, somam cerca de 120 alunos: 30 da enfermagem e 90 da medicina.

Para o desenvolvimento das atividades, tanto nas disciplinas IUSC I e II, eles são divididos em dez grupos, compostos de 12 a 14 discentes, sob a supervisão de um professor-tutor.

Foram convidados a participar desta pesquisa dois alunos de cada grupo que cursaram as referidas disciplinas nos primeiro e segundo anos de 2013 e 2014, ou que estivessem no último mês de aula da IUSC II no ano letivo de 2014. Para tanto, se utilizou da parceria com o professor-tutor para que indicasse alunos que fossem bons informantes.

Vale aqui pontuar que, devido ao período de greve que a FMB enfrentou, as entrevistas com os alunos apresentaram alguns contratempos e difícil aceitação dos mesmos. E mesmo após o fim da greve, os alunos, quando eram abordados sobre essa pesquisa, devido ao atraso nas disciplinas e provas para serem realizadas, não aceitavam com facilidade tal convite; porém, mesmo assim, foi possível entrevistar dez alunos na segunda rodada de entrevistas, realizada após a revisão do roteiro, como será comentado à frente.

2.3 Instrumentos de coleta de dados

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com alunos de ambos os cursos, e, para tanto, utilizou um roteiro que apreendeu: as atitudes, valores e crenças destes graduandos quanto à vivência nas disciplinas IUSC I e II, com destaque à educação interprofissional e ao trabalho em equipe na atenção primária em saúde.

Considera-se como entrevista semiestruturada aquela que, partindo de questões básicas relacionadas aos objetivos do estudo, possibilita a ampliação para outras perguntas, que surgem à medida que as respostas vão sendo obtidas. Esse tipo de entrevista permite, também, que os entrevistados participem da elaboração do conteúdo da pesquisa (TRIVIÑOS, 1997).

Foram realizadas, num primeiro momento, quatro entrevistas, que, após transcrição, foram avaliadas quanto à potencialidade do roteiro utilizado, o que resultou no acréscimo de novas questões, buscando enriquecer seu conteúdo.

Com o novo roteiro (Anexo V), foram realizadas dez entrevistas pelo próprio investigador e transcritas por terceiro. Este número foi suficiente, pois permitiu conformar uma diversidade de padrões que se estabilizaram com certa repetição no conteúdo dos relatos, o que, em pesquisa qualitativa, nomeia-se de “saturação” (MINAYO, 2008).

2.4 Organização dos dados

Após a realização das entrevistas, foram elaboradas narrativas individuais com os fatos que chamaram a atenção acerca da trajetória de vida até o ingresso, na faculdade, de cada entrevistado, e que contribuíssem com a caracterização dos participantes.

A narrativa é uma estratégia metodológica capaz de apreender as experiências dos entrevistados a partir das impressões do pesquisador (BENJAMIM, 1994), e guarda relação direta com as pesquisas qualitativas por serem:

[...] capazes de incorporar a questão do significado e intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. (MINAYO, 1998, p. 22-23)

Os depoimentos dos alunos foram registrados mediante o uso de gravador e, após transcrição, foram organizados segundo o Método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin (BARDIN, 2011).

A organização dos dados, segundo esse referencial, “é uma técnica que consiste em apurar descrições de conteúdo muito aproximadas, subjetivas, com a finalidade de pôr em evidência, com objetividade, a natureza e as forças relativas dos estímulos aos quais o sujeito é submetido”. Dentre as diversas vertentes de Análise de Conteúdo, neste estudo, empregou-se a Análise Temática, que permite recortar, a partir do conteúdo das mensagens obtidas, as unidades de registro, classificando-as por categorias temáticas correspondentes aos temas delimitados (BARDIN, 2011).

Para a realização da análise, o processo contém três etapas (BARDIN, 2011):

- **Primeira etapa - pré-análise:** etapa de organização da análise propriamente dita e que tem por objetivo a escolha dos documentos que serão analisados. Nesta, determina-se o universo para análise, com a formulação de hipóteses e objetivos quando se tem uma afirmação provisória para verificar e uma finalidade geral para alcançar, além da elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. A pré-análise é uma primeira leitura, também denominada leitura flutuante, na qual há um primeiro contato com o material a ser analisado.
- **Segunda etapa - exploração do material:** após os primeiros contatos com os materiais a serem analisados, os elementos do texto deverão ser classificados em um sistema de categorias e reunidos de acordo com o seu significado (núcleos de sentido), entendendo que categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, com os critérios previamente definidos. Esta é uma fase longa que consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas que farão parte do tratamento dos resultados.
- **Terceira etapa - tratamento dos resultados obtidos e interpretação:** os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. Uma vez “tendo à sua disposição resultados significativos”, os analistas poderão, então, “propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos, ou

que digam respeito a outras descobertas inesperadas” (RISSO; BRAGA, 2010). Tratar o material é codificá-lo. A codificação é possível por recorte, agregação e enumeração. Ao se fazer o recorte, pressupõe-se a escolha das unidades de significação a codificar, as quais correspondem ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base.

2.5 Aspectos éticos

Os alunos não foram identificados com o intuito de preservar a identidade dos discentes; e, de acordo com os princípios éticos, os mesmos receberam nomes fictícios, seguidos da letra E (Enfermagem) ou M (Medicina), para facilitar a associação das falas com o curso, e foi trocada ou suprimida qualquer informação que pudesse identificá-los, como: idade, cidade natal, nome de tutores, entre outras.

O presente estudo foi submetido aos Conselhos dos Cursos de Graduação de Medicina e Enfermagem (Anexos VI e VII), e, após concordância destes, encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da FMB-UNESP e recebeu aprovação após apreciação, sob o número do parecer 417.934 de 07/10/2013 (Anexo VIII).

Todos os indivíduos foram previamente consultados e claramente esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa e o caráter não obrigatório de sua participação nesta pesquisa científica, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo IX).

O TCLE foi elaborado em duas vias, sendo que uma cópia foi entregue ao sujeito da pesquisa e a outra mantida em arquivo pelo pesquisador, declarando seu aceite em participar do trabalho e permitindo o uso dos depoimentos em apresentações científicas futuras, contanto que se garanta o anonimato dos participantes, respeitando a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a qual instituiu diretrizes e normas que regulamentam a ética nas pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, os resultados alcançados serão apresentados e discutidos segundo a literatura que trata da educação interprofissional – temática central desse estudo – e de assuntos correlatos à mesma.

No Brasil, os estudos sobre educação interprofissional são mais recentes, embora a educação interprofissional seja desenvolvida e investigada há várias décadas em países da Europa, Estados Unidos e Canadá.

O presente estudo visa não só contribuir com a qualificação do ensino de medicina e enfermagem na FMB, ao explorar a prática da educação interprofissional nas disciplinas IUSC, como, também, contribuir com o debate que ora vem se fazendo mais frequente em nosso país a respeito das experiências de educação interprofissional no ensino das profissões de saúde, cuja prática profissional pode se fazer com mais segurança e qualidade quando se alcança uma prática colaborativa.

Como já comentado, nesta pesquisa, a Análise Temática de Conteúdo foi utilizada para organizar e analisar os dados produzidos, conforme segue: as entrevistas foram submetidas a uma primeira leitura e, após esse contato inicial com todo o material, fez-se a exploração exaustiva do mesmo para que fossem identificados elementos que, uma vez classificados, foram agrupados em núcleos de sentido para interpretação (BARDIN, 2011).

Os interlocutores são apresentados com uma pequena narrativa a respeito de alguns aspectos de sua trajetória pessoal antes e nos primeiros anos de vida universitária. Para garantir o sigilo, algumas informações foram trocadas, de modo a assegurar o mesmo perfil de grupo.

Embora a narrativa tenha sido construída pelo pesquisador a partir do conteúdo dos depoimentos, esta se estruturou a partir da narrativa do aluno sobre sua história. O uso de narrativas como forma de os alunos contarem suas experiências na IUSC tem sido utilizado e aprimorado nos últimos anos. Por este motivo, decidiu-se utilizá-las para apresentar os sujeitos dessa pesquisa ao leitor, como tem ocorrido tanto na pesquisa quanto no ensino, sobretudo no campo da educação (CUNHA, 1997).

Fizeram parte deste estudo dez alunos de ambos os cursos, que haviam experienciado a educação interprofissional nas disciplinas IUSC I e II. O grupo de alunos é composto por: três do sexo masculino e sete do sexo feminino, cinco de cada um dos cursos de graduação em tela neste estudo – enfermagem e medicina –, cujas idades variaram entre 19 e 30 (média de 23 anos) anos, entre os quais três estavam no segundo ano do curso e, os demais, no terceiro.

Rodrigo M (Aluno 1)

Rodrigo, graduando do terceiro ano do curso de medicina, 25 anos, nasceu e viveu na capital de um certo estado da região sudeste do país até os seus 16 anos e, depois, se mudou com a família para o interior do mesmo estado.

Teve a oportunidade de estudar durante toda a vida escolar em instituições privadas e, durante a realização dos trabalhos em grupo, contou que “achava o máximo” fazer tais atividades, mas, que, quando não tinha a oportunidade de escolher quem comporia o seu grupo, fazia com que a atividade tomasse um “rumo um pouco mais sério”, pois, poderia ter pessoas com pensamentos diferentes e, mesmo assim, teria de respeitar.

Mesmo sem ter ninguém na família na área da saúde, ainda quando criança pensou em fazer odontologia, pois, gostava da ideia de “poder ajudar as pessoas”, mas, acabou “escolhendo medicina”, porque achava que seria a carreira que o “faria mais feliz”, “mesmo sem saber nada” da profissão, ele se “via mais feliz”.

Em Botucatu, mora sozinho e divide seu tempo entre as aulas da faculdade, a realização de práticas esportivas e, também, indo a festas universitárias.

Conta que, mesmo vindo de um ritmo de estudo intenso do cursinho, se assustou com os dois primeiros anos da faculdade, que parecia estar fazendo o curso de biologia e que muitas disciplinas são dadas em uma profundidade desnecessária. E a IUSC é a disciplina que faz com que ele se perceba útil, por proporcionar o contato com a comunidade e pacientes, por meio das visitas domiciliares.

Thereza E (Aluno 2)

Thereza, estudante de enfermagem, terceiro ano, 21 anos, é natural de uma cidade do interior da região sudeste; em sua família, ninguém é da área da enfermagem e seus pais não possuem o Ensino Fundamental completo.

Estudou durante toda a sua vida escolar em escola pública, e conta que, apesar de ter atividades em grupo nessa época, “não era aquela coisa dinâmica” e “não chegava a dialogar” entre os membros do grupo com o intuito de trocar saberes.

Mora em Botucatu em uma república, e ocupa seu tempo entre as atividades da faculdade e as festas universitárias. Diz fazer atividades em grupo com as colegas com quem divide a moradia e ter contato com os mais variados cursos.

Escolheu enfermagem porque “queria cuidar, principalmente, prestar o cuidado”. E associa, ainda, a enfermagem ao “cuidado humanizado” e ao fato de perceber o paciente como

não “sendo só mais um leito e sim uma pessoa que tem uma história, uma família e está ali precisando de você naquela hora e você tem que estar ali para ajudar”.

Graziella E (Aluno 3)

Graziella cursa enfermagem, terceiro ano, 26 anos, filha de pai com Ensino Fundamental completo e mãe com Ensino Médio completo. Sempre foi estimulada pela mãe a estudar, que lhe dizia: “pobre, a única coisa que deixa para os filhos é o nome e o estudo”.

Quando criança, dizia querer ser médica e seus brinquedos “eram sempre voltados para isso”. Teve grande parte da sua formação em escola pública. Apenas no segundo ano do Ensino Médio foi estudar em escola privada, em outra cidade, quando viveu com um familiar próximo que lhe custeou a escola, completando o valor da bolsa de estudos; porém, não se adaptando em morar longe dos pais voltou a sua cidade natal, onde cursou o terceiro ano do Ensino Médio com a ajuda de outra Bolsa de Estudos. Conta que não levou a sério o terceiro ano e associa isso ao fato de residir, à época, em uma cidade pequena – “porque em cidade pequena é tudo muito modinha”, pois, suas amigas tinham dinheiro e ela não. Começou, então, a fazer uns “bicos” de trabalho e, também, a namorar, o que desviou um pouco o seu foco dos estudos.

Lembrando-se sempre do que sua mãe dizia, voltou a estudar novamente em outra cidade para fazer curso pré-vestibular e, após algum tempo, começou a colocar em questão se realmente era medicina que gostaria de cursar. Fez uma associação a isso ao “pensar que o pessoal da medicina era um pessoal de poder aquisitivo maior” e que “tinha aquela arrogância”; e, ainda, o fato de não aprovar injustiças com o próximo.

Devido a esse momento de crise e, também, a um problema de saúde aos 20 anos, decidiu voltar para casa; porém, ao terminar o seu tratamento e pensar em voltar aos estudos, um outro parente próximo, devido a um problema de saúde, começou a morar em sua casa. Fato esse que durou até a sua morte, nove meses depois.

E foi no cuidar de um familiar adoecido que optou por cursar enfermagem, pois, queria “poder cuidar, poder ajudar, aliviar o sofrimento de uma pessoa”. Ao final do curso pré-vestibular, alcançou a aprovação em várias faculdades públicas, fazendo a escolha pela UNESP, pois, os “docentes aqui são todos doutores e, pela facilidade, também, porque no estado de São Paulo parece que as coisas fluem melhor”.

Atualmente, mora em Botucatu, numa república, e diz ter amizade com “todos os cursos”. E pelo curso ser integral e participar de ligas acadêmicas desde o início da graduação, acaba não sobrando muito tempo para outros afazeres; porém, quando assim acontece, tem por

hábito sair para festas, o que não é sempre, também, por não ter dinheiro. Afirma que, os dois primeiros anos da faculdade, superaram todas as expectativas em relação ao curso e, a cada dia, “supera mais”, com descoberta de muitas áreas de atuação do enfermeiro.

Maria E (Aluno 4)

Maria, discente do terceiro ano de enfermagem, 22 anos, e, em sua família, apenas a esposa de um tio, é da área da saúde; e, em relação à formação de seus pais, apenas seu pai cursou o Ensino Superior e sua mãe não concluiu o Ensino Fundamental.

Teve a oportunidade de estudar, durante toda a sua trajetória escolar, em escola privada, e gostava de fazer trabalhos em grupo “por juntar os amigos da sala”.

Mora em Botucatu, em uma república e diz ter contato com “todos os outros cursos praticamente”. E ocupa seu tempo, fora as atividades da faculdade, com “festas, churrasco, cervejada [...] jantar fora em algum lugar ou ainda em alguma lanchonete”.

Escolheu enfermagem porque, na escola, a matéria com que mais se identificava era biologia e, também, porque sempre gostou “muito de ajudar as pessoas”.

Em relação ao curso e suas expectativas, diz que se decepcionou um pouco “por causa das matérias, pois, eram muito distantes do que queria fazer”. Mas, depois foi aprendendo nos estágios “qual era realmente o trabalho do enfermeiro e que não conhecia tanto”. E começou a “perceber que querendo ou não aquelas matérias seriam necessárias lá na frente, para dar uma base teórica melhor”.

Rosa E (Aluno 5)

Rosa, estudante de enfermagem, 19 anos, estudou uma grande parte do ensino em escola privada. Conta que desenvolvia atividades em grupo, mas, que “eram trabalhos relacionados as matérias mesmo, nada relacionado à sociedade”.

Em Botucatu, mora em uma república apenas de meninas, e todas do curso de enfermagem. Tem contato com algumas pessoas de outros cursos e ocupa seu tempo, após os horários das aulas, com um projeto de extensão e atividade física em academia. Mas, lembra que, no início, teve muita dificuldade de se relacionar com outras pessoas por ser muito tímida.

Em sua família, dois parentes próximos são da área da saúde. Conta que enfrentou algumas resistências para mudar de cidade para fazer faculdade e, ainda, cursar enfermagem. Fala que chegou a ouvir que: “a enfermeira-chefe [...] não tem nenhuma autoridade e não pode

fazer nada”. E sofreu pressão para cursar medicina – “você vai fazer isso, só que você vai continuar e você só vai fazer alguma coisa se fizer medicina”.

Complementa dizendo que “foi um pouco difícil” no início, mas que superou e que seus familiares, hoje, têm orgulho de ela estar fazendo enfermagem – “mas, agora ela bate no peito, fala e não está nem aí para nada”.

Fala que, no começo do curso, sentiu o “maior medo do mundo”, e que não esperava muito no começo, mas, que, atualmente, gosta muito do mesmo e que, no final do segundo ano, disse: “é aqui que estou, é aqui que quero ficar”.

João M (Aluno 6)

João, aluno do terceiro ano do curso de medicina, 20 anos, natural da capital de um estado do sudeste; de família com grande presença de médicos, incluindo tios e avós, o que o levou a escolher medicina, “por ser uma coisa de família”, mas, também, afirma que sempre teve “vontade de ajudar aos outros”.

Durante toda sua trajetória escolar, estudou em escola privada e conta que “tinha certa facilidade para se socializar com os outros e desenvolver trabalhos em grupo”, e que achava tais atividades “empolgantes”, sobretudo, “por traçar ligações, formar grupos”.

Mora atualmente em Botucatu sozinho, e, fora do horário da faculdade, se ocupa em atividades de ligas acadêmicas, ministrando aulas no Curso Desafio (curso pré-vestibular da FMB) e, ainda, treina pela Atlética da faculdade.

Diz ter contato com alunos de variados cursos, resultado proporcionado pela atuação em ligas acadêmicas, que julga ser importante para sua participação e de caráter interdisciplinar; e, ainda, conta alguns casos vivenciados nas ligas e mostra a importância do trabalho em equipe e quanto é importante trabalhar com outros cursos, até mesmo para aprender dar outros enfoques, como na parte nutricional e psicológica.

Afirma que “a abordagem do estudante de medicina sempre é um pouco mais metódica e um pouco mais fria”, e que “o estudante de enfermagem já aborda de outro jeito”, e o da nutrição faz ainda de outra forma. Fala que o “trabalho multiprofissional de divisão de tarefas acaba sendo muito legal [...] porque dá uma ideia de como é o trabalho em um hospital com vários grupos” de profissionais, num “trabalho interprofissional”. Em relação as suas expectativas do curso, diz que “é bem chocante para uma pessoa que espera medicina [...] digamos em parte chocante porque o indivíduo sai de uma rotina de vestibular, em que ele estuda bastante, é focado nas matérias bem frias e entra numa faculdade que esperava que fosse

o contrário”, pois, pensava “que já tivesse contato com o paciente” desde o início da graduação. Complementa dizendo que são poucas as disciplinas que proporcionam o contato com o paciente, e cita a IUSC como uma delas. Mas, que, mesmo assim, é algo “muito pontual”.

Eliane E (Aluno 7)

Eliane, graduando de enfermagem, 22 anos, nasceu em São Paulo, capital, morou um tempo no interior do estado e, agora, sua família reside novamente na capital.

Seus pais não são da área da saúde, apenas sua mãe possui formação técnica e seu pai, somente concluiu o Ensino Médio. Na sua família, tem alguns familiares que são da área da saúde, mas, diz não ter muito contato com os mesmos. E foi acompanhando um desses em uma internação que fez a escolha por enfermagem, por se identificar com o trabalho da enfermagem naquele período no hospital.

Estudou em escola pública até o segundo ano do Ensino Médio e, após, deu continuidade nos estudos em escola privada.

Em Botucatu, mora com outras colegas de curso e diz não ter muitos colegas na faculdade e pouco contato com pessoas de outros cursos – “Eu tive com a medicina através do IUSC. Tenho uma amiga que faz nutrição, uma que faz veterinária, mas, contato com a turma não. Só com algumas pessoas”.

Não imaginava que o curso seria tão difícil, porém, diz que tem boas notas. Fala que não veio com muitas expectativas e pensou “ah vamos ver como que é”. No início teve receio de sentir falta da mãe, por estar morando longe, mas, que “está sendo tudo muito legal”.

Alessandra M (Aluno 8)

Alessandra, cursa o terceiro ano de medicina, 30 anos, e tem familiares próximos na área da saúde. Estudou sempre em escola particular e sempre gostou de fazer atividades em grupo; e fala que não gostava de fazer apresentações sozinhas, mas, que, em grupo, sim.

Pensou em cursar medicina por sentir a necessidade de ter uma profissão que pudesse “estar mais perto do paciente”, sofrendo influência de pessoas próximas a ela para cursar medicina.

Mora, atualmente, com o namorado e, entre outras atividades fora do período das aulas da faculdade, tenta fazer aulas de música, dança e praticar esportes. E, apesar do ritmo intenso das aulas, frequenta teatro, cinema e, ainda, viaja para conhecer lugares novos.

Diz que tem gostado do curso e desejava cursar UNESP; e que, mesmo das disciplinas do ciclo básico, tem gostado, e associa isso ao fato de ser mais velha que os demais colegas de curso para poder perceber a importância das mesmas para a futura prática profissional.

Edmo M (Aluno 9)

Edmo faz medicina, 21 anos, nasceu na capital São Paulo, mas, viveu grande parte no interior do estado, estudando em escola privada, quase todo o tempo.

Seus pais não são da área da saúde e, apenas, seu pai tem Ensino Superior completo. Lembra que tem um familiar que atua na área da saúde, mas, não sabe dar detalhes sobre a profissão da mesma.

Mora em uma república com outros colegas da faculdade, e, como o curso toma grande parte de seu tempo, não faz tantas atividades como desejaria, mas, mesmo assim, pratica esportes e sai com amigos para bares e restaurantes.

Escolheu medicina por gostar de ter contato com as pessoas e a estabilidade financeira que a profissão proporciona, para poder alcançar alguns objetivos dentro mesmo da profissão, que é poder trabalhar em locais diferentes e mudar conforme suas decisões. E, apesar do início do curso ser composto por matérias ditas maçantes e pesadas, tem gostado do mesmo, até mesmo, pela oportunidade que a IUSC dá, aos discentes, de aproximá-los da vivência com os pacientes na comunidade.

Cláudia M (Aluno 10)

Cláudia cursa medicina, 21 anos, nasceu em uma grande cidade, onde morou até se mudar para Botucatu para cursar medicina.

Fez uma parte do Ensino Fundamental em escola pública e o Ensino Médio em escola particular, pois, tinha bolsa de estudos integral. Fala que, quando estudou na escola pública, não desenvolvia atividades em grupo, e que, durante o Ensino Médio, por esse ser associado a um curso técnico, desenvolveu muitas atividades grupais.

Mora em Botucatu com mais duas amigas da faculdade, e, nas suas horas vagas, gosta de assistir a séries na TV paga, e complementa dizendo: “não faço muitas atividades, não sou atlética, não faço parte do social e sou muito caseira”.

Em sua família, tem algumas pessoas cursando medicina, o que a influenciou; porém, pontua que, desde muito criança, sempre disse querer fazer tal curso.

Fala que o ciclo básico do curso não tem em vista formação profissional futura e que, em alguns momentos, se sentiu desestimulada. Complementa que o que salva o ciclo básico é a IUSC, por ser a única disciplina que tem contato com pacientes, se aproximando da prática futura.

3.1 Categorias temáticas

Na organização dos dados, foram identificadas categorias temáticas a partir dos discursos dos interlocutores, com base em suas vivências e percepções em relação à prática da educação interprofissional.

As possíveis contradições, diferenças e semelhanças observadas nas falas dos mesmos foram explicitadas e discutidas quando percebidas como pertinentes frente ao objetivo da pesquisa.

A própria construção dessas categorias já resulta de um momento de análise, pois, se enriquecem e expressam questões relacionadas diretamente aos aspectos pesquisados, além de organizar as falas dos sujeitos (AGUIAR, 2001).

Os dados foram estruturados em três categorias temáticas, apresentadas no quadro 1.

Quadro 1 – Categorias temáticas emergidas a partir da análise das entrevistas. Botucatu, 2014.

CATEGORIAS TEMÁTICAS
A vivência na IUSC permite ao aluno aprender com e sobre o outro
A vivência na IUSC permite ao aluno aprender para o outro
Na IUSC o professor-tutor atua como mediador no processo de ensino-aprendizagem

3.1.1 A vivência na IUSC permite ao aluno aprender com e sobre o outro

Essa categoria traz a vertente do significado já mencionado anteriormente, que é a da educação interprofissional permitir, ao aluno, aprender com e sobre o outro (colega de outro curso). Ou seja, compartilha-se e troca-se com o colega conhecimentos e vivências e, também se conhece esse outro quanto as características de sua profissão, de sua identidade profissional, o que pode permitir a quebra de estereótipos e preconceitos com a superação de barreiras de

comunicação entre estes profissionais e melhor compreensão de quem é este outro. Este aprender com e sobre o outro pode fortalecer o trabalho em equipe e aprimorar o cuidado prestado.

Sendo entendida, ainda, como uma proposta na qual “duas ou mais profissões aprendem juntas sobre o trabalho conjunto e as especificidades de cada uma, buscando configurar uma formação para um trabalho em equipe de saúde sob a ótica do cuidado integral e interdisciplinar” (BATISTA, s.d).

Os alunos entram na faculdade com concepções estereotipadas sobre a profissão escolhida e as outras profissões (HERSHEY, 2007). Os discursos de nossos interlocutores, em muitos momentos, se aproximam desse lugar comum ao trazerem o colega do outro curso. E esse perceber o outro pode influenciar diretamente na forma como os alunos se relacionam e, por consequência, como aprendem uns com os outros durante a graduação e na prática profissional futura.

“[...] porque nós temos a visão dos alunos da medicina [...] deles serem deuses e estarem ali salvando vidas, como eles dizem. [...] é difícil eles pedirem a sua opinião: o que você sabe ou qual é o seu conhecimento?”. (Thereza E)

“A dificuldade é tirar esse preconceito. Fazer com que a medicina tenha uma aceitação melhor da enfermagem. Eu sei que não vem dos professores, eles tratam todos iguais, equilibram as discussões, mas, infelizmente vem da medicina. E a medicina é maioria dentro do grupo [na IUSC], por isso, fica bem complicado”. (Graziella E)

“Tem gente, por exemplo, que fala ‘não sei o que’, e daí já diz ‘ah, é por causa da enfermeira isso’. E aí você vê que é um pouco de preconceito, mas não em relação à profissão e sim isso, de rixa de curso que tem. E do mesmo jeito eu já ouvi muito, como por exemplo, tipo: ‘esses médicos não sei o que’, de um jeito depreciativo, também”. (Rodrigo M)

As expressões de estranhamento, que vimos acima, podem indicar barreiras socioculturais já existentes entre as profissões medicina e enfermagem, e que emergem nesta convivência com colegas de outros cursos, dado que, tradicionalmente, se espera que tenham suas formações separadas.

A percepção da diferença do enfoque dado na formação, ou seja, como cada profissão enxerga a outra e, ainda, se percebe a partir da outra, como pode ser observado no trecho abaixo, no qual aparece a enfermagem como aquela que cuida, sendo a única capaz de tal feito, e a medicina como aquela que faz o diagnóstico, também, apresenta-se como uma barreira citada pelos alunos.

“Eu acho que a nossa formação é muito diferente da deles e apesar de sermos duas profissões que andam juntas, nós somos preparados de modo diferente que eles. A gente é muito mais preparada para ver o bem estar do paciente, pra ver o paciente como pessoa, como ser humano do que eles. As professoras sempre falam muito pra gente sobre não institucionalizar o paciente, de respeitar a decisão dele. A gente é muito mais preparada para o lado mais psicológico do paciente. De que devemos ser sempre muito carinhoso, muito atencioso, de que a gente tem que ouvir as pessoas. Agora eu acho que eles são muito preparados para ver a doença, o diagnóstico, o remédio e não realmente a pessoa que está ali. Eu acho que na hora que junta medicina e enfermagem, tem um pouco de conflito mesmo, do conhecimento que a gente está recebendo é diferente. [...] Porque a gente vê algumas coisas que achamos não serem certas e vemos como falta de consideração ou falta de respeito, quando pode ser porque eles não tiveram isso, não aprenderam que isso é importante”. (Maria E)

Pelo discurso acima, fica claro que o aluno consegue identificar diferença na formação profissional de ambos os cursos e, ainda, a diferença no enfoque dado por cada categoria profissional no cuidado prestado ao usuário/família, porém, como um sendo superior ao outro, e não como ações que se complementam.

Essa realidade trazida demonstra que os estereótipos das profissões são uma questão forte, percebida pelos alunos como um nó a ser desvencilhado, e que repercute diretamente nas relações ainda no processo de formação. E todo esse entendimento pode dificultar o diálogo e o trabalho colaborativo entre os alunos e profissionais, justamente por tornar legítima a superioridade de uma profissão sobre a outra (ALLEN, 1997).

Nesse sentido, a educação interprofissional tem papel fundamental por propiciar essa aproximação; e, na IUSC, isso ocorre em diversos cenários, como: a realidade dos serviços de saúde, a comunidade e a própria universidade. Cabendo destacar que no espaço da atenção primária à saúde, em sua complexidade, fica mais evidente a necessidade do outro e de se experimentar um trabalho colaborativo.

Por outro lado, os alunos da medicina reconhecem o distanciamento que há com os alunos de outros cursos, e veem a disciplina IUSC como uma oportunidade de aproximação com outros colegas.

“Eu achei bastante interessante [a disciplina IUSC] principalmente por saber [...] que existe um distanciamento entre a medicina, principalmente a medicina, e os outros cursos. E já ter esse contato, a aula, ter a mesma aula eu achei que foi bom ter aproximado, foi um ganho”. (Cláudia M)

“[...] então são sempre cinco dias com aulas de manhã e a tarde. Eu acho que quando a gente entra na faculdade acabamos ficando um pouco excluídos dos

outros na questão social. Por isso eu acho que tem um pouco de preconceito nisso, na questão, por exemplo, da ‘medicina ser meio excluída’. E tem gente que acaba levando isso, também, pra dentro da sala de aula e aí acaba rolando um preconceito”. (Rodrigo M)

Nesse sentido, a educação interprofissional configura-se como uma nova perspectiva na formação profissional em saúde que pode contribuir para a quebra de barreiras e aproximação entre as profissões durante a formação, com mais chance de se alcançar uma prática interprofissional e colaborativa futura. Por isso, é importante reconhecer que os alunos (de ambos os cursos) não só percebem a existência das barreiras entre as profissões, mas, também, que a educação interprofissional, como aplicada na IUSC, é uma estratégia pedagógica que pode ultrapassá-las.

“[...] eu achei que é importante, porque tem aquela coisa: ‘ai, médico e enfermeiro’. Eu acho legal já tirar esse muro no primeiro ano para quando a gente for para o mercado de trabalho, a gente ver que somos parceiros, que não é, “a medicina e a enfermagem” e sim profissões diferentes, mas, que trabalham juntas”. (Eliane E)

“Achei muito legal [a vivência na IUSC], uma oportunidade muito construtiva de quebrar uma barreira que às vezes a gente ouve falar; bom é uma coisa que eu ouço falar porque a gente não vê muito aqui. [...] eu não vejo isso entre os cursos, de um se colocar acima do outro ou abaixo, então esse [...] inter-relacionar os cursos, cria relações e vínculos que deixam não só a relação extraprofissional como a relação profissional, no mesmo patamar. Então permite, eu acho, que o trabalho multiprofissional posteriormente, seja realizado mais fácil[mente], porque derruba alguns preconceitos que pudesse formar ou criar”. (João M)

“Eu achei muito construtivo, porque a gente sabe que a relação médico-enfermeiro é muito conflitante [...] no futuro e eu acho que a gente ter esse contato com a enfermagem durante a nossa formação talvez abaixe ‘nossa bola’. É bem isso, a gente aprender a se humilde, aprender a respeitar o próximo, não ficar tão metido, porque esse é um grande problema”. (Cláudia M)

A educação interprofissional, nesse sentido, apresenta-se não só como uma possibilidade de quebrar barreiras nas relações entre alunos de diferentes cursos, como, também, de aprender mais de/com e um sobre o outro. Com isso, os alunos podem valorizar as contribuições dos diferentes profissionais no atendimento ao paciente.

“A partir do momento que você sabe e percebe que existe outro jeito de pensar, outras culturas, você para de julgar um pouco, porque quando você não conhece, você fala: mas o meu jeito é o correto e não o que a pessoa faz. [...] Então foi bom e ajuda, quando eu for trabalhar, a aprender a não julgar, a aceitar mais e entender melhor o outro”. (Maria E)

Assim, a despeito das citadas barreiras entre as profissões, os alunos, na vivência da disciplina, percebem a complementaridade do trabalho entre as profissões da saúde, destacando, dessa forma, o potencial da IUSC em provocar o graduando para tal reconhecimento, bem como a ser cuidadoso e evitar o julgamento do outro. Como afirma Silva:

“as interações sociais estão pautadas em uma ética que representa um conjunto de valores que remetem à manutenção do respeito ao outro e proporciona uma abertura que possibilita o estabelecimento do vínculo e confiança necessários no processo de interação interprofissional”. (SILVA, 2014, p. 149)

No entanto, a divisão hierárquica do trabalho entre a médico e enfermeiro faz, muitas vezes, com que o primeiro se mantenha no controle das situações, embora sejam profissões interdependentes (REEVES et al., 2013b). Tal feito pode ser associado ao processo de profissionalização, que assegura aos membros de uma mesma categoria profissional: o desenvolvimento de experiências comuns, normas, aproximação de soluções de problemas e linguagem para ferramentas profissionais (HALL, 2005).

A profissionalização moderna teve seu início no final do século XIX, quando a medicina e a enfermagem buscavam legitimar-se e regular suas práticas (REEVES; MACMILLAN; VAN SOEREN, 2010; WADDINGTON, 1990). O principal núcleo da profissionalização na medicina foi a constituição da autonomia médica, enquanto expressão de autoridade de seus membros para exercerem o controle de seu próprio trabalho e da organização dos serviços de saúde (FRANKEL et al., 1996, 2010; WADDINGTON, 1990).

Em decorrência dessa profissionalização, observa-se que as diferentes profissões de saúde não funcionam bem juntas. Sendo assim, a educação interprofissional tem se constituído como uma ferramenta que pode proporcionar, aos alunos, conhecerem melhor os diferentes papéis das profissões que constituem as equipes de saúde (REEVES et al., 2009).

Conhecer o papel dos outros é uma competência fundamental para que a prática colaborativa interprofissional ocorra e, para tanto, há algumas habilidades que seriam esperadas deste profissional, como: conhecer onde termina a própria prática profissional e inicia-se a do outro; estar aberto às colocações do outro; sinalizar os possíveis estereótipos dos vários membros das equipes; respeitar os variados papéis dos membros das equipes, assim como as contribuições e expertise dos mesmos; identificar habilidades comuns que fortalecem o trabalho colaborativo; descrever os diferentes conhecimentos das outras profissões (MACDONAL et al., 2010).

A educação interprofissional, pode, então proporcionar, ao estudante, o conhecimento de outras áreas profissionais e o desenvolvimento de habilidades interpessoais que facilitem a prática colaborativa (ZWARENSTEIN, 2009; MACDONALD et al., 2010; ORCHARD, 2010; ATEAH et al., 2011; BARWELL et al., 2013).

Exemplo disso foi encontrado em um curso de caráter interprofissional voltado para cuidados paliativos, no qual seus integrantes apontaram como positiva a oportunidade de conhecerem melhor os papéis profissionais de cada componente, e, assim, quebrarem possíveis barreiras interprofissionais, com vistas a uma assistência qualificada (CAMPION-SMITH et al., 2011).

Nesse sentido, a colaboração entre as profissões da saúde está cada vez mais se tornando uma questão-chave para melhorar o desempenho nos cuidados prestados aos pacientes (MAHLER et al., 2014), porém, muitos profissionais consideram essa ação como uma ameaça a sua própria identidade profissional, e, portanto, resistem à colaboração (BAKER et al., 2011; WAKEFIEL; BOGGIS; HOLLAND, 2006).

Essa prática de proteger a própria profissão e o seu espaço de atuação parece estar profundamente enraizada nos processos de socialização dos profissionais de saúde (ARNDT et al., 2009; BAKER et al., 2011; CAMERON, 2011), os quais proporcionam ao indivíduo o desenvolvimento de uma identidade uniprofissional e a percepção de que sua própria profissão seja diferente e/ou melhor do que as outras profissões relacionadas (BAKER et al., 2011; CAMERON, 2011; LLOYD et al., 2011).

O desenvolvimento de uma identidade que fuja da lógica uniprofissional ocorre mediante processo composto por três fases interativas e não lineares que visam: derrubar barreiras; aprender por meio da educação interprofissional e da colaboração interprofissional; e desenvolver uma dupla-identidade (KHALILI et al., 2013).

Contudo, sabe-se que a barreira mais comum frente à colaboração interprofissional é a autoproteção, fruto da formação dos profissionais que isolam profissionais de saúde de outras formações, resultando no desenvolvimento de uma identidade exclusivamente uniprofissional (CLARK, 1997; SALVATORI; BERRY; EVA, 2007; XYRICHIS; LOWTON, 2008).

Um profissional que se isola dos colegas de outras profissões vai limitar a comunicação interprofissional (LLOYD et al., 2011), o que pode resultar em falhas importantes na assistência prestada, como apontado em estudos desenvolvidos nos Estados Unidos e no Canadá, nos quais identificaram-se problemas na esfera da segurança dos pacientes (INSTITUTE OF MEDICINE, 2003).

Experiências de socialização profissional que oferecem a oportunidade de se conhecer sobre outras profissões mostram resultados positivos, pois podem influenciar a escolha da carreira, a satisfação no trabalho e a possibilidade de realizar-se uma colaboração interprofissional (PRICE, 2009a). Para tanto, as estratégias de educação interprofissional são necessárias para romper preconceitos e estereótipos entre os profissionais de saúde (CARPENTER; DICKINSON, 2008; SALVATORI; BERRY; EVA, 2007; XYRICHIS; LOWTON, 2008).

No entanto, esta modalidade de socialização profissional não está bem definida na literatura por ser ainda pouco pesquisada. Com isso, há uma compreensão ainda limitada de quanto a escolha da carreira profissional e as primeiras experiências de socialização profissional podem moldar a prática interprofissional (PRICE, 2013).

Ainda que a educação interprofissional seja reconhecida internacionalmente como essencial para a formação de todos os profissionais de saúde, com vistas à prática colaborativa futura, pouca atenção tem sido dada à mesma e à oportuna socialização já na graduação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

Por isso, defende-se a colaboração entre as diversas profissões da saúde, pois se sabe que, quando esta ocorre entre médico e enfermeiros, por exemplo, há um impacto direto na qualidade do cuidado (NELSON; KING; BRODINE, 2008).

Os entrevistados expõem pontos de vistas distintos, ao tratarem da vivência pedagógica oferecida pela IUSC, quanto a partilhar o aprendizado com colegas de outros cursos: para alguns, isto pode limitar o aprendizado, enquanto, para outros, isto é um ganho.

“A gente sempre passa pelas mesmas matérias no primeiro ano e, por exemplo, quando a gente estava fazendo visita para essa paciente e tinha na minha carga horária psicologia, eu via apenas eu passando conhecimento para a minha dupla e não ele para mim. [...] Eu chegava nele antes da visita e fala assim: ‘Olha [...] a gente tem que chegar nela, tem que conversar desse jeito e você também tem que conversar’”. (Rosa E)

“[...]a gente tem a disciplina relacionamento enfermeiro-paciente e psicologia já no primeiro ano o que facilita para que tenhamos um olhar mais abrangente do paciente. Os alunos da medicina [...] só tem as matérias básicas. [...] Então você vai, por exemplo, a uma visita familiar com uma dupla que é uma aluna da medicina e percebe que ela tem muita dificuldade, ainda, de chegar no paciente, conversar, de perguntar sobre a vida dela. Então eu acho que isso atrapalha muito [o meu aprendizado]”. (Thereza E)

“Eu acho uma das disciplinas mais interessantes da faculdade [...] por ter pessoas novas, também, nos nossos grupos... pessoal da enfermagem, poder trocar conhecimento com eles [...] porque, na maioria das vezes as pessoas

trazem coisas novas, a gente consegue compartilhar conhecimento, opiniões e até confrontar elas [...]”. (Cláudia M)

Para alguns alunos que já tiveram conteúdos da Psicologia, que são úteis para as atividades de visita domiciliar, por exemplo, parece que este não é um momento em que caberia uma troca de saberes e de aprendizado. Talvez tomem para si o conhecimento como numa disputa de território por quem sabe mais ou menos sobre um determinado assunto. Este é um desafio pedagógico posto na IUSC, o que requer pensar no trabalho que caberia aos professores-tutores para mobilizar os alunos nestas trocas e na valorização do saber que cada aluno pode oferecer ao grupo. O compartilhar conhecimentos adquiridos em outras disciplinas não deixa de ser uma oportunidade de exercitar o trabalhar em equipe, que será fundamental à vida profissional futura.

Nesse sentido, os alunos demonstram valorizar as competências complementares (específicas de cada profissão) em detrimento das competências comuns (conhecimentos, habilidades e atitudes comuns e compartilhadas entre os profissionais) e colaborativas (necessárias para o trabalho com outras profissões) (BARR, 1998).

Porém, vale lembrar que a educação interprofissional pode proporcionar, aos alunos, o desenvolvimento das seguintes competências colaborativas: estabelecer relações de interdependência com outras profissões; facilitar discussões de casos e reuniões de equipe; tolerar diferenças, mal-entendidos e falhas com outras profissões; trabalhar com outras profissões para realizar mudanças e resolver conflitos na prestação de assistência e tratamento; reconhecer e respeitar os papéis, responsabilidades e competências de outras profissões em relação a sua própria (BARR, 1998).

Esse fato também pode ser associado à formação uniprofissional, que resulta em: uma profissionalização e especialização precoce, fragmentação do cuidado, uso de tecnologias de diagnóstico excessivo, o que faz com que os graduandos priorizem a prática profissional da sua futura área de atuação voltada às competências complementares/específicas (TEIXEIRA; COELHO; ROCHA, 2013; FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013; KHALILI, et al., 2013; MORAES; MANZINI, 2006; CECCIM; CARVALHO, 2005; REEVES et al., 2008; BAAR et al., 2005).

Em um estudo que objetivou realizar uma reflexão sobre a implantação da educação interprofissional por professores e estudantes (medicina e enfermagem), apresentou-se, como uma fragilidade, o fato de alguns professores médicos terem receio de os alunos da enfermagem

não conseguirem acompanhar o conteúdo de algumas disciplinas, o que também foi percebido pelos alunos de ambos os cursos (SILVA, 2011).

Numa outra perspectiva, outros alunos reconhecem que, nas disciplinas em questão, são trabalhadas as competências que são comuns aos dois cursos, com vistas à futura prática profissional.

“Ah eu acho que a primeira facilidade é que tanto eles quanto a gente, no primeiro ano não conhece nada. Então eu acho que um ajudava o outro, principalmente nas visitas, que às vezes, por exemplo, eu tinha mais facilidade em abordar de uma forma e ela tinha de outra. Então eu acho que é essa facilidade, pois, os dois chegam sem saber nada, sem conhecer, então um acaba ajudando o outro a ir se descobrindo”. (Eliane E)

“Porque não entra em nenhum momento em coisa específica do curso de cada um. Por exemplo, eu acho que tem coisas da enfermagem de administração que a gente não tem essa vivência no IUSC, não tem necessidade, eles têm essas atividades no curso deles mesmo e a gente, por exemplo, cirúrgicas, coisas muito mais médicas, a gente não tem no IUSC, também. Então o IUSC ele está num ponto comum entre os cursos, acho que é por isso que dá certo junto”. (Alessandra M)

Nestes discursos percebe-se que os alunos conseguem não só identificar que, na IUSC, são trabalhadas as competências que são comuns aos dois cursos, entre elas o cuidado, mas, também, a ação interprofissional, que requer um trabalho com a colaboração entre diferentes profissões com foco nas necessidades de saúde dos usuários.

Todavia, é interessante que a aluna Alessandra acredita que, talvez, esta vivência interprofissional só seja possível na IUSC, por não se tratarem de competências específicas. Neste sentido, cabe pensar como a disciplina pode, também, explorar as competências colaborativas e, mesmo, algumas específicas. Com respeito a estas últimas, nos remetem a pensar sobre as dificuldades que seriam enfrentadas se a implantação da educação interprofissional dentro do conjunto das disciplinas IUSC se estendesse ao terceiro ano de ambos os cursos – medicina e enfermagem –, momento mais clínico de seu conteúdo e com mais competências específicas, e que está ainda restrita à medicina.

Ainda nesse sentido, vale pontuar que o simples fato de alunos de diferentes cursos ocuparem o mesmo espaço de formação não garante práticas interprofissionais efetivas, pois, para tanto, é necessário o “reconhecimento da importância do outro, o que ele faz” (SILVA, 2014) e o envolvimento no trabalho conjunto.

A vivência da prática da educação interprofissional proporciona, aos discentes, o compartilhamento de saberes, o que é visto por eles como sendo algo proveitoso e que enriquece

a disciplina, pelo simples fato de aprenderem juntos e, também, por adquirirem conhecimentos novos juntos.

“Eu acho que eles trazem vivências do curso deles pra gente e a gente traz nossas vivências e isso só tem a acrescentar [...]”. (Alessandra M)

“Eu acho uma das disciplinas mais interessantes da faculdade [...] por ter pessoas novas, também, nos nossos grupos, pessoal da enfermagem, poder trocar conhecimento com eles [...] porque, na maioria das vezes as pessoas trazem coisas novas, a gente consegue compartilhar conhecimento, opiniões e até confrontar elas [...]”. (Cláudia M)

“E, também, tinha os casos de elaboração, como, por exemplo, ‘vamos planejar as visitas?’. Aí geralmente era todo mundo junto e era legal, interessante. Eu gostava porque ficava todo mundo junto e cada um dava a sua ideia e o outro rebatia”. (Rodrigo M)

As vivências dos alunos em trocar conhecimentos são proporcionadas na disciplina não só pela prática da educação interprofissional, mas, também, pela educação problematizadora, utilizada como método de ensino e que possibilita, ao aluno, ser responsável pelo seu aprendizado e formado para atuar como um futuro profissional que, diante de problemas, consiga elaborar soluções para os mesmos (BERBEL, 1998). Logo, no uso dessa metodologia de ensino na disciplina IUSC, espera-se que “o aprendizado deva ser feito pelo aprendiz” e o “aluno deva aprender vendo, ouvindo, lendo e fazendo” (SNORTLAND, 1968).

Além da vivência da prática, os alunos percebem a educação interprofissional como sendo uma oportunidade rica de troca de saberes e aprendizado, chegando a sugerir que a disciplina abranja outros cursos na área da saúde, com o intuito, também, de mostrar os papéis das variadas profissões da saúde e melhorar a assistência à saúde dos pacientes.

“Eu acho uma proposta legal e até acho que seria muito interessante [...] se envolvessem outros cursos, como, por exemplo, a nutrição. [...] acho que seria uma coisa importante, para nós, futuros profissionais aprendermos a trabalhar juntos, um compreendendo o outro, pois, seria melhor para o paciente. Cada um tem um pouco a agregar. Cada um tem um conhecimento específico a mais”. (Maria E)

“[...] que deveria incluir, por exemplo, a nutrição, que a nutrição também é da saúde, e eles não fazem IUSC, não sei por que, então acho bastante legal, você também conversar com os alunos de outros cursos, dá uma integração, assim, acadêmica”. (Alessandra M)

“Eu acho que é legal sim e poderia até abranger outros cursos. Aqui é dividido em departamentos de medicina e enfermagem e ter a nutrição seria bem legal, também. E acho que seria legal porque hoje não se fala mais em medicina e enfermagem, se fala em equipe multiprofissional, então, eu acho que é legal o

pessoal ter um trabalho desse dentro da graduação. Vim e crescer tendo essa visão, até mesmo pra quebrar um pouco esse negócio da medicina de que ‘eu sou deus, eu faço tudo sozinho’. ‘Não filho você não faz tudo sozinho, mas, tem o fonoaudiólogo, fisioterapeuta, enfermeiro, nutricionista, tem toda essa galera junto com você’. Então eu acho que isso é uma experiência muito interessante sim, juntar os dois cursos pra terem essa vivência”. (Graziella E)

São unânimes em sugerir a inclusão dos alunos do curso de nutrição na disciplina, e isso se dá pelo fato de este ser ofertado no mesmo campus da UNESP onde está alocada a FMB, com os cursos de medicina e enfermagem, porém, vinculado ao Instituto de Biociências de Botucatu. Outra questão que faz com que os alunos façam tal apontamento está no fato de os alunos de nutrição terem participado do PET-Saúde a partir de 2012, o que proporcionou a realização de atividades compartilhadas entre os três cursos.

“Acho que o IUSC não deveria abordar só a medicina e a enfermagem. O IUSC deveria abordar tipo o curso de nutrição, também. [...] Eu acho que deveria ter essa gama na verdade de profissões, pois, acredito que iria funcionar muito mais”. (Thereza E)

Os professores-tutores, como forma de suprir essa falta de interação com os alunos da nutrição, podem tentar compensar propondo uma aproximação entre o grupo de alunos e um profissional de nutrição, como forma de mostrar como esse profissional pode contribuir na assistência a um paciente, sendo que tal feito pode ser estendido a qualquer outra categoria profissional, por exemplo.

Ainda com o objetivo de aprimorar e aprofundar a prática da educação interprofissional, os entrevistados sugerem que esta temática deva ser trazida para discussão de forma mais clara, para auxiliar na compreensão das competências colaborativas que devem e podem ser desenvolvidas pelos alunos na disciplina.

“Dar mais aula sobre o assunto, explicar mais sobre essa interação. Explicar ‘você são profissionais de saúde, vocês vão trabalhar na mesma área, vocês vão trabalhar juntos’. ‘Sem um o outro não é nada’. Porque é fácil falar: ‘eu vou juntar a enfermagem e medicina, vou fazer uma proposta legal’. Só que na prática é completamente diferente”. (Rosa E)

“Só que eu acho que as pessoas precisam ser preparadas para isso. Elas precisam entender a importância disso, para não ocorrer essas diferenças, esses preconceitos, essas rivalidades, essas bobagens que existem”. (Maria E)

Os alunos percebem o sentido de aprenderem com o outro como sendo algo que os aproxima da futura prática profissional, e chegam a identificar e nomear esse trabalho como

sendo multiprofissional. E, quando em contato com outras disciplinas e estágios, conseguem pontuar o ganho adquirido para sua formação profissional alcançada com a IUSC.

“Eu acho que a partir do momento que você começa a praticar, por exemplo, a gente da enfermagem no segundo ano e a medicina no terceiro ano [...] começamos a enxergar o ganho que o IUSC trouxe. De entender o porquê de trabalharmos assim e como modifica o nosso conhecimento, a nossa futura vida profissional. Então eu acho que no final quando termina a nossa formação, vemos o quão importante foi”. (Thereza E)

“[...] esse trabalho multiprofissional de divisão de tarefas acaba sendo muito legal, sabe, porque eu acho que dá, mesmo que de forma bem pontual e bem menor, mas, uma ideia de como é um trabalho em um hospital com vários grupos e fazer esse trabalho interprofissional”. (João M)

“Eu percebo, na verdade, como um ganho. Eu acho que é um ganho da profissão mesmo, na nossa formação. Você começa a entender o porquê que saúde pra funcionar precisa do olhar de vários profissionais e que ela não caminha sozinha. Por exemplo, você não vai conseguir com que o médico ou enfermeiro resolva os problemas de saúde sozinho, estando numa enfermaria ou unidade básica. Então você ganha na verdade aquele olhar, tipo: ‘eu preciso de um médico, eu preciso de um enfermeiro, eu preciso de um fisioterapeuta, eu preciso de uma psicóloga’. (Thereza E)

Os alunos trazem o termo multiprofissional como sinônimo de interdisciplinar e/ou interprofissional, porém, os prefixos multi- e inter- designam a intensidade ou a natureza da colaboração. Sendo que multiprofissional traz os profissionais lado a lado, em grande parte, atuando de forma independente um do outro; e interdisciplinar denota a sobreposição dos campos científicos. Já interprofissional significa que as competências das diferentes profissões estão sobrepostas (MAHLER et al., 2014).

Vários discursos são trazidos abaixo, nos quais os alunos conseguiram perceber não só a necessidade e importância da interação entre as diferentes profissões, mas, também, trazer exemplos de interações vivenciadas na prática da disciplina.

“A gente fazia... um atendia uma pessoa o outro atendia outra, só que os dois sempre juntos, um acompanhando o outro, mas um priorizava o atendimento e do outro”. (João M)

“Eu acho que a facilidade é porque você começa a aprender e compartilhar ideias. Como, por exemplo, a gente tem uma vivência e eles têm outros, então a gente começa a compartilhar essa ideia, essas vivências e começamos a construir alguma coisa, como, por exemplo, no meu primeiro ano com a minha dupla que ela tinha um pouco mais de acesso a formação básica e a gente tinha mais acesso a formação de ver o paciente como um todo. Então quando a gente sentava e conversava conseguíamos construir um pensamento, por exemplo, como a gente falava com o familiar, chegaria na casa da pessoa, perguntaria

pra ela sobre a vida dela ou sobre alguma coisa, o porque ela está ali [...]”. (Thereza E)

“[...] no IUSC I a gente fez uma atividade de contar história numa creche e foi bem legal porque a gente quem organizou tudo, o que cada um iria fazer, o que precisaria levar para a creche, a música que a gente iria cantar, a história e a professora nem precisou se envolver e preocupar”. (Eliane E)

“A menina da enfermagem manjava muito de diabetes. Ela sabia várias coisas porque ela trabalhava isso na iniciação científica. Um dia a gente teve aula específica sobre diabete pra preparar e ela sabia tudo, tudo, tudo sobre diabetes e a gente sabia assim: ‘bases fisiológicas da diabetes’. Então a gente sabia o mecanismo fisiológico de porque tem diabetes, mas, tratamento, medicação, como toma e o que toma ela sabia tudo e a gente ficou ‘nossa, por favor nos conte’, porque ela sabia, porque a gente ia chegar no paciente, o paciente iria falar ‘tal medicação é só uma vez por dia de manhã, mas essa outra, qual toma em qual grau da diabetes’ e ela que compartilhou esse conhecimento com o grupo”. (Cláudia M)

“[...] no IUSC você vai trocar conhecimento toda hora, tanto entre alunos, quanto entre professores. Eu vejo muita diferença de colocar um aluno pra conversar com outro e depois chegar nesses dois alunos e colocá-los para conversar com um professor. [...] Eu acho que a facilidade é a troca de conhecimento na verdade”. (Rosa E)

A IUSC proporciona, aos discentes, uma aproximação com a prática colaborativa, oportunizada pelo uso da educação interprofissional. E, ainda, os exemplos contados pelos entrevistados corroboram para o entendimento dessa prática como sendo algo positivo para a formação profissional.

Nesse sentido vale lembrar que a OMS traz o sentido de educação interprofissional como sendo:

“um grupo de estudantes ou trabalhadores das profissões relacionadas à saúde, mas, com formações diferentes, aprendem juntos durante determinados períodos de sua educação, com a interação, como meta importante para colaborar no fornecimento de promoção, prevenção, curativos, reabilitação e outros serviços relacionados com a saúde”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1988, p. 6-7)

Por meio de toda a discussão trazida nessa categoria, entende-se que oportunizar, ao aluno, aprender com o discente de outro curso possibilita a quebra de estereótipos por meio de uma socialização e, ainda, o reconhecimento das competências comuns como necessárias para uma adequada prática profissional futura.

3.1.2 A vivência na IUSC permite ao aluno aprender para o outro

Nessa categoria, têm-se as percepções trazidas pelos alunos quanto ao aprender para o outro, sendo que esse poderia ser o outro colega de disciplina, podendo ser ou não do mesmo curso, como, também, os profissionais dos serviços de saúde, o próprio paciente e a comunidade onde esse está inserido.

A IUSC proporciona, ao discente, aprender a diferença entre ele e o outro e entre a formação dos cursos de medicina e enfermagem; e, ainda, como compreender melhor a profissão do outro pode construir uma relação futura melhor com vistas à prática colaborativa.

“Eu vejo que hoje eu tenho muito mais jogo de cintura em relação a algumas coisas, algumas situações nos estágios do que eu tinha antes porque eu já conheço como que funciona. Eu já sei com quem eu vou tirar uma dúvida, pelo jeito da pessoa, pelo jeito que ela aborda o paciente, por achar que ela talvez seja mais fácil de trabalhar do que a outra. E eu acho que como eu tive esse conhecimento antes, essa vivência, talvez, eu acabei aprendendo isso, de aprender a lidar com a medicina, mesmo”. (Maria E)

“Acho que é bastante construtiva inclusive. Porque a medicina é muito isolada em qualquer lugar e aqui também, e nenhum momento eu acho que eu iria parar pra conversar com uma menina da enfermagem sobre a forma que é dada a aula. Então, por exemplo, na Patologia a gente compara como as disciplinas são dadas em um curso e no outro, até onde eles vão ter Anatomia, até onde eles veem Embriologia, até onde eles estão tendo Fisiologia. E eu acho isso muito interessante, esse contato pra gente entender o outro, porque eu acho que se a gente não entender como ele é formado e o que ele faz, eu não como consigo me relacionar bem [...]”. (Cláudia M)

“Eu acho muito legal porque a gente acaba percebendo um pouco a diferença, por exemplo, do currículo da pessoa do outro curso. [...] Mas é legal ter uma relação assim com estudantes de outro curso em termos de já irmos aprendendo em como lidar com as outras carreiras que vão estar sempre trabalhando conosco. Então isso é interessante, pois, começa desde o início da faculdade”. (Rodrigo M)

Pelos discursos acima, os alunos apontam que o conhecer sobre o outro colega traz benefícios para uma melhor relação durante a graduação e futura prática profissional. Assim, entende-se que, para uma efetiva educação interprofissional, é necessário aprender não só com o outro, mas, também, sobre o outro, assim, como a definição trazida pela OMS aponta – “aprendem com os outros, sobre os outros e entre si” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Os serviços se configuram como um espaço de aprendizado a partir do momento que o discente tem a oportunidade de observar as práticas profissionais e percebê-las como exemplos a serem seguidos, incluindo o esclarecimento sobre os papéis de cada um dentro desta equipe.

Porém, há necessidade de esse processo ser compartilhado por todos os atores envolvidos, ou seja, alunos e equipes de saúde.

“Eu sempre falo que vendo as outras pessoas, a gente, sempre consegue ver o que queremos ser e o que não queremos ser, também. Então vendo algumas coisas, eu pude ir vendo o que eu me identificava mais, algumas coisas que eu achava legal, algumas coisas que eu já, talvez, não achava tão interessante. Coisas que eu posso pensar em fazer o dia em que eu for uma profissional e algumas que talvez eu faria diferente. Acho que tendo o exemplo de outras pessoas a gente vai pensando um pouco no nosso futuro profissional mesmo, do que a gente quer fazer depois”. (Maria E)

“Quando eu cheguei aqui foi que eu percebi que existiam as UBSs [Unidades Básicas de Saúde], onde foi totalmente novo. Falar que uma enfermeira tinha autonomia num posto, isso não existia. Cheguei aqui e vi que a enfermeira podia falar o que tem ou não o que tinha que fazer. Então isso foi um impacto muito grande pra mim, mas, eu gostei bastante. Eu percebi que meu mundo era bem menor do que eu pensava”. (Rosa E)

Assim, os espaços dos serviços se tornam potencialmente ricos por proporcionarem, aos alunos, uma aproximação com a prática profissional futura.

“[...] a inserção responsável e comprometida de estudantes e docentes nos cenários reais, desde a primeira série dos cursos, visa a integração teórico/prática, ensino/serviço e educação interprofissional sendo o alicerce em torno do qual se tece uma nova forma de ser, fazer, conhecer e conviver”. (SILVA, 2011, p.169)

A vivência da IUSC pode proporcionar, ao aluno, que esse perceba não só a relação entre as profissões, mas, também, a colaboração entre os membros das equipes dos serviços de saúde. Logo, a vivência com outras profissões da saúde nos serviços de saúde ajuda os alunos a entenderem a prática colaborativa, porém, alguns, ainda, têm dificuldade em diferenciar o trabalho da medicina e enfermagem.

“Eu tenho essa dúvida até hoje, mas em relação aos outros profissionais que tem atuações mais diferentes, mais evidente, a interação deles eu achei muito legal, o agente comunitário, que é alguém que é da comunidade, que sabe os problemas, que vai lá na prática e pode trazer essas informações que são relevantes, é isso que vai complementar a abordagem depois, tudo que você pode fazer dentro do consultório que não seja uma análise pontual, saber onde está inserida esse paciente, as outras relações que estão além do que a gente pode ver na abordagem clássica eu acho que são muito válidas, mas agora com relação a esses dois, enfermagem e medicina, tenho dificuldade”. (Edmo M)

“[...] à função do enfermeiro é fundamental no posto de saúde, assim, sem um conjunto de enfermeiros um posto de saúde não funciona e eu acredito que até

sem o médico ele funcione, mas sem o enfermeiro não, porque 90% dos casos quem resolve é o enfermeiro junto com o auxiliar de enfermagem e tal. O enfermeiro consegue dar o primeiro atendimento ao paciente, triar grande parte deles e o que for um caso de um diagnóstico diferencial, de um diagnóstico mais específico é mandado para o médico, mas, os diagnósticos primários alguns o enfermeiro tem condições de fazer, alguns procedimentos mais básicos, mais de rotina, assim, digamos, o enfermeiro tem feito que agiliza muito a unidade [...]”. (João M)

“Olha, eu acho que os dois trabalhos se complementam. Eles são completamente diferentes. O enfermeiro tem muito mais uma postura de acolhimento do paciente e o médico na minha opinião tem postura muito mais de resolver aquela questão que o paciente traz, então são coisas complementares porque eu acho que não dá pra fazer as duas coisas. [...] com a demanda que se tem é muito importante o trabalho conjunto, porque, um enfermeiro ele faz o acolhimento, ele pode fazer, tanto que eu vi, ultimamente, que eles podem fazer uma triagem do que vai ser atendido primeiro e o que não vai, então isso eu acho que é bastante importante pra dar um objetivo na atuação do médico porque senão seria ineficiente o trabalho. [...] então acho também, de repente no consultório dela o paciente vem com uma queixa, mas, não é da área dela, mas, o fato dela receber esse paciente e ela falar ‘olha vou encaminhar você para o enfermeiro’. Acho que todo profissional quando atua junto melhora o trabalho, torna o trabalho mais completo, que é o atendimento ao paciente. É uma visão mais ampla do paciente”. (Alessandra M)

Os alunos trazem o cuidado compartilhado e trabalho em equipe como sendo essencial para uma adequada assistência, e identificam, mesmo a sua maneira, a complementaridade do trabalho entre médico e enfermeiro.

O trabalho em equipe é visto como forma de organizar o trabalho em saúde, pressupondo o envolvimento dos profissionais de saúde nas tomadas de decisão, pois, para essa forma de trabalhar, não basta ter categorias profissionais diferentes trabalhando em um mesmo espaço, e sim considerar o fazer com o outro (BONALDI et al., 2007).

Nesse sentido, as ações dos profissionais de saúde devem estar vinculadas à responsabilidade social que os mesmos devem ter ao comprometer-se com o cuidado do doente (CAMPOS, 2000); e, ainda, que, para a prática colaborativa ocorrer, é necessário que os profissionais construam uma interação entre si com troca de conhecimentos.

Nesse sentido, no Brasil, a implantação da Estratégia Saúde da Família contribuiu para essa prática colaborativa entre os profissionais das equipes de saúde da família. E como os alunos apontaram, os enfermeiros realizam práticas mais autônomas e tomam decisões compartilhadas diante de situações imprevistas e de complexidade apresentadas pelos usuários e suas famílias (BRASIL, 2010).

Os espaços dos serviços podem ainda possibilitar uma vivência da prática compartilhada entre aluno e profissional, a observação da dinâmica entre os profissionais das unidades de saúde.

“As duas (médica e enfermeira) fizeram uma consulta juntas com a gestante. E eu achei muito legal aquilo porque na verdade você não tem a visão, o aluno não tem a visão de uma equipe. O aluno tem a visão do profissional independente”. (Thereza E)

“Eu conversei com a médica que me explicou tudo o que acontecia e o que não acontecia e falou porque causava isso na paciente, pois, ela já não conhecia o caso, por ela sempre ir à UBS. E ela falou assim: se você não sabe lidar com isso, quando o NASF vir aqui, você conversa com a psicóloga, vê como você pode lidar com ela. [...] eu, também, conversei com a enfermeira, com a psicóloga e isso foi bom por poder discutir o caso em equipe. Foi um trabalho de formiguinha e tudo isso para eu saber lidar com a paciente” (Rosa E).

A vivência na IUSC permite, ainda, ao aluno, aprender como pode ser o trabalho na atenção primária à saúde, aproximando, assim, da sua futura prática profissional. Os alunos identificam, nos serviços de saúde, espaços ricos para oportunizar vivências que envolvem o trabalho em equipe e a prática colaborativa.

“Olha, eu acho muito válido, muito interessante porque dá uma ambientada no trabalho que a gente vai realizar no futuro, porque às vezes a gente fica na universidade distante da realidade do trabalho [...] mas a gente faz uma parte do trabalho, tipo, ‘educação e saúde’ como foi esse tema de agora, você faz um pedacinho do que você vai fazer no futuro, dá pra você ter um termômetro do que vai ser, eu acho isso muito interessante, faz o aluno ter um pouco mais de consciência do caminho que ele está seguindo, ter uma ideia melhor do que vai ser o futuro”. (Alessandra M)

“Eu acho uma oportunidade legal da gente conhecer outras visões e outros métodos de atender o paciente, o que eu vou ter que focar em cada tipo de consulta. Achei bem legal”. (João M)

“Então no IUSC a gente, também, teve esse contato de conhecer os profissionais e ver realmente como funciona. [...] E no IUSC a gente pode ter essa visão de como funciona a saúde pública mesmo, coisa que a gente demora dentro da grade curricular para conhecer e ver como é que funciona”. (Maria E)

Não corroborando com o exposto acima e apesar da vivência nos serviços, nem todos conseguiram observar a prática colaborativa entre os profissionais de saúde, e apontam que a interação entre eles e os profissionais de saúde ainda não ocorre com todos de forma profunda ou da forma que imaginavam ou até gostariam.

“Olha, não consegui na maioria das vezes ver o médico e a enfermeira trabalhando juntos. Era meio como se fosse ‘ah, essa é a minha consulta e essa é a sua’. Não era um complementando o outro, como eu acho que deveria ser”. (Maria E)

“Eu acho que na teoria o IUSC dá bastante importância [...] pra relação que você vai ter com o pessoal da Unidade Básica. Mas, na prática o contato é quase nulo com a equipe de saúde. Eu tive mais no IUSC I porque numa das primeiras visitas quem me levou a casa do paciente foi a assistente social da unidade. Então a gente conversou, e ela contou como era o seu trabalho, o que exatamente fazia e foi bem legal. Foi bem legal, mas, fora essa visita a gente chegava à unidade, que tem espaço restrito, e nessa área que os profissionais usam no dia-a-dia, eles acabam saindo pra gente entrar e poder ter a aula ali. Então o contato era mais com a professora mesmo que ela esteja inserida nesse grupo de pessoas dessa unidade, com o restante da equipe não aconteceu nenhum contato. Hoje passando pelo IUSC I e IUSC II eu não lembro de nenhum contato marcante com qualquer um deles. São poucas as visitas que a gente faz, também, então querendo ou não, sei lá, que sejam cinco vezes que a gente vá à unidade no ano, seis, a gente vê os rostos mas a gente nem conversa direito, fala ‘bom dia, tudo bem’ e nada mais”. (Rodrigo M)

“Eu acho que a gente não chegou num ponto de ver o que eles [equipe de saúde] fazem, o que cada um faz, então eu acho que não consegui enxergar isso”. (Cláudia M)

“Eu achei que foi muito superficial. [...] eu tive contato foi só com o básico, como, por exemplo, essa é a enfermeira e se precisar ela está aqui, esse é o médico e se você precisar descobrir alguma coisa você procura ele, esses são os prontuários, você dá uma pesquisada na família e qualquer coisa que você precisar, qualquer dúvida, você conversa com o agente comunitário”. (Graziella E)

Percebe-se, pelos discursos, que a prática colaborativa dos profissionais das unidades de saúde pode estar pautada na fragmentação do cuidado, divergindo da integralidade do cuidado, e, para tanto, devem orientar suas ações na lógica da interprofissionalidade, “pela necessidade de articular as ações de saúde e por compreender que o cuidado integral se constrói a partir da complementaridade e interdependência das ações de saúde” (PIROLO; FERRAZ; GOMES, 2011).

Dentro dessa lógica, as ações de cuidado dos profissionais de saúde devem estar focadas em diversos seguimentos do indivíduo doente, porém, o que se observa na prática dos serviços de saúde é o enfoque biológico, corroborando para que as reais necessidades de saúde do sujeito não sejam contempladas (CECÍLIO, 2001).

O modelo hegemônico que norteia as ações de saúde é o biomédico, cujo enfoque está na patologia, e as ações dos profissionais estão voltadas para o tratamento, por meio de

procedimentos técnico-científicos em prol da remissão dos sinais e sintomas (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Frente a essa situação, a integralidade do cuidado aparece como uma forma de reorganizar as práticas de saúde, por possibilitar uma maior compreensão das necessidades de saúde da população, e a educação interprofissional em saúde como sendo aquela que pode proporcionar uma formação profissional voltada para essa prática.

Sendo assim, a integralidade da atenção pode direcionar a mudanças na formação, objetivando uma melhor preparação dos futuros profissionais de saúde para a percepção e abordagem das reais necessidades de saúde dos usuários, pois, essas são: “polissêmicas, históricas, sociais e carregadas de componentes de natureza subjetiva e individual” (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006).

Nesse sentido, a educação interprofissional tem sido uma escolha para formar profissionais mais eficientes frente aos problemas cada vez mais complexos dos indivíduos, famílias e comunidades (FRENK et al., 2010), pois, promove não só a revisão das relações entre as profissões, mas, também, maneiras diferentes de combinar os conhecimentos dos diferentes profissionais para melhorar a prestação do cuidado e a segurança do paciente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Em um artigo de revisão, que teve como um dos objetivos avaliar a eficácia das intervenções da educação interprofissional, comparada a nenhuma intervenção de educação, constataram-se alguns resultados positivos, como: melhora na satisfação dos pacientes, redução das taxas de erros clínicos em departamentos de emergências, prática colaborativa por parte da equipe analisada. Porém, os autores apontaram que, devido ao pequeno número de estudos, a “heterogeneidade das intervenções” e as “limitações metodológicas”, não foi possível tirar conclusões a respeito da eficácia da educação interprofissional (KHALILI et al., 2013).

Estudantes de diferentes cursos na área da saúde trazem que a experiência da educação interprofissional na formação profissional proporcionará, na prática profissional, maiores habilidades para o trabalho em equipe (AGUILAR-DA-SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011).

O ensino na atenção primária oportuniza, também, aos discentes o contato com a realidade da comunidade, com vistas a um cuidado mais integral, porém, em alguns momentos com dificuldade de compreensão por parte desses em relação aos determinantes sociais de saúde.

“Então você acaba enxergando que a pessoa não vai à unidade porque simplesmente ficou doente ou teve alguma coisa. Ela vai porque é um acúmulo

de problemas pessoais, acúmulo de problemas socioeconômicos. Então ela está ali por um conjunto de coisas e daí você recebe o paciente naquele momento e simplesmente trata da sua patologia. Isso não vai resolver o problema dela e não vai fazer com que ela adira ao tratamento. Eu acho que a visita ao território no IUSC, a família, faz com que a gente enxergue isso. E eu pude perceber a mudança em mim e nos meus amigos que estavam ali no grupo”. (Thereza E)

“Foi uma oportunidade muito legal pra gente conhecer outro lado da moeda, outra condição de vida que eu, por exemplo, não conhecia, não tinha acesso de ter o contato direto com a população desde o começo [...]. A gente acaba chegando num tipo de ambiente que noventa... noventa e poucos por centos dos estudantes de medicina da UNESP não tem vivência com esse tipo de ambiente, não conhece esse ambiente, não sabe o tipo de casa que vão encontrar, o tipo de família que vão encontrar, as condições de vida deles então é uma vivência muito legal, e outra traçar um vínculo, ter uma família específica, que você trace um vínculo com ela é muito legal, porque você tem uma ideia de formar vínculo no sentido médico-paciente, obviamente que bem precoce”. (João M)

“Eu acho que o IUSC é na verdade um choque de realidade, pois, você acaba vendo não só o paciente que vai até a UBS, mas, também, vê a família da pessoa, as dificuldades financeiras, a dificuldade de deixar um dia de trabalho para ir até a UBS passar por uma consulta ou até mesmo conseguir uma consulta. Então você vê na verdade o trabalho humanizado”. (Thereza E)

A IUSC oportuniza que o aluno não só tenha um olhar para o usuário, mas, também, enxergue sua família e o contexto da sua comunidade.

“E uma vez feito isto é necessário que o estudante verifique como o serviço de saúde se organiza considerando a realidade desta comunidade, família e pessoa e como se articulam as diferentes profissões frente às necessidades de saúde da população. Por isso, o paradigma da educação interprofissional escolhido busca alcançar esta imagem objetivo que está em consonância com o mercado de trabalho, sobretudo àquele referenciado pelo SUS”. (SILVA, 2011, p. 168)

Um exemplo do uso da educação interprofissional como estratégia para reforçar a educação para cuidados de saúde na comunidade, pelas escolas de medicina e ciências de saúde, ocorre na Universidade de Sapporo no Japão, que oportuniza, aos alunos, aprofundarem o sentido dos cuidados de saúde prestados à comunidade, bem como uma melhor compreensão da comunidade e de como devem se relacionar com as pessoas da comunidade (SOHMA et al., 2010).

E, ainda, um programa de pós-graduação com o objetivo de promover uma melhor colaboração interprofissional na educação em saúde e assistência às pessoas idosas, em uma comunidade japonesa que tinha como membros participantes cinco profissionais de saúde

(médico, enfermeiro, fisioterapeuta, farmacêutico e nutricionista) e cinco membros leigos da comunidade, fez com que os profissionais aprendessem não só uma melhor forma de trabalhar à educação em saúde, mas, também, sobre o papel profissional do colega, e como respeitar os participantes da comunidade de forma horizontal (HARUTA, 2011).

Todavia esse contato com a realidade, pelos alunos da enfermagem, é percebido de forma diferenciada, se comparada com os da medicina, pois, os primeiros afirmam que já possuíam conhecimento prévio sobre o que observaram no reconhecimento do território durante, ainda, o início da IUSC I.

“[...] porque pra medicina eu realmente acredito que a realidade que eles viam no território era muito diferente da realidade que eles viviam, porque um aluno da medicina, geralmente, vem de uma condição financeira maior. Eu já vi menina da medicina ir visitar bairro de Cohab e falar: ‘nossa, o que é esse monte de casinha igual’. E você pensar: ‘gente, ela nunca viu uma casa popular?’”. (Maria E)

“Pra mim não foi uma grande mudança porque eu acho que já vim com uma bagagem com mais noção da realidade das pessoas. Mas vendo as pessoas que estavam comigo, eu acho que é uma coisa importante, você ver o território, você ver a dificuldade do outro, qual é o problema daquela região, as necessidades públicas que eles precisam”. (Thereza E)

Tais experiências trazidas como bagagem frente ao contato com a realidade das comunidades faz com que cada aluno dê o seu olhar singular às vivências na disciplina, o que torna rica cada oportunidade, pois, são olhares diferentes de uma mesma situação que nortearam as possíveis ações em grupo. Apesar de os discentes da enfermagem não perceberem esse momento como já sendo passível de troca de conhecimentos, e não entenderem, ainda, que o olhar do estudante de medicina é feito tendo como base o seu histórico de vida, e não por um mero e simples julgamento.

A literatura mostra que, geralmente, os médicos, em sua maioria, são do sexo masculino, pertencentes às altas classes sociais e com padrão educacional mais elevado; e os enfermeiros, predominantemente, são do sexo feminino, e possuem oportunidades educacionais inferiores (WAGNER et al., 2011).

Vale associar e lembrar que essa diferença social é dada como uma das possíveis causas da dificuldade encontrada na articulação entre os vários profissionais de saúde e o profissional médico, devido ao *status* social das profissões, especialmente do curso de medicina.

Outra interação oportunizada pelas atividades práticas da disciplina é a relação entre os alunos e os pacientes/família no contexto de vida desses e, ainda, permitir, aos primeiros,

desenvolverem habilidades comunicacionais com vistas a um cuidado centrado no paciente. Oportuniza, ainda, o reconhecimento e associação dos vários determinantes de saúde ao processo de saúde-doença dos indivíduos.

“Eu acho muito boa a proposta, muito, muito boa, porque você chegar numa comunidade, poder lidar com pessoas, saber onde que ela está, porque que ela está ali, o que envolve tudo nela [...] pois, você vai aprendendo como abordar uma pessoa. Você fica bem mais maleável quando chega ao estágio ou para quando futuramente na sua vida profissional você sabe lidar com a pessoa”. (Rosa E)

“Então você acaba enxergando que a pessoa não vai à unidade porque simplesmente ficou doente ou teve alguma coisa. Ela vai porque é um acúmulo de problemas pessoais, acúmulo de problemas socioeconômicos. Então ela está ali por um conjunto de coisas e daí você recebe o paciente naquele momento e simplesmente trata da sua patologia. Isso não vai resolver o problema dela e não vai fazer com que ela adira ao tratamento. Eu acho que a visita ao território no IUSC, a família, faz com que a gente enxergue isso. E eu pude perceber a mudança em mim e nos meus amigos que estavam ali no grupo”. (Thereza E)

Essa interação entre aluno e paciente/família permitiu ao graduando não só conhecer os diferentes modos de organizar a vida, mas, também, respeitá-los; e, ainda, oportunizou espaços de aprendizados entre esses e uma aproximação da teoria aprendida em sala de aula com a prática vivenciada durante as visitas domiciliares.

“[...] era uma família bem complicada. Era uma mãe solteira que tinha um monte de filhos. Então essa experiência que eu tive com ela, também, foi muito importante porque ela me ensinou bastante porque a gente já chegou com um certo preconceito, pois, ela era uma mãe solteira com um monte de filho e achamos que era uma família completamente desorganizada, mas na desorganização eles eram organizados. Eles tinham uma lógica entre eles e isso foi interessante pra gente, pois, a gente chegou achando que aquilo era completamente desorganizado, mas, na verdade não era. E o que a gente lia no prontuário, quando a gente chegou lá, a gente viu que realmente batia com tudo que ela dizia no prontuário. Tudo que ela dizia em consulta com a vivência dela. Então pra mim foi muito importante esse contato com ela e com o IUSC”. (Eliane E)

“Assim, no final quando acabaram as visitas que a gente teve a despedidas, eu achei que a minha contribuição pra aquela pessoa foi muito mais a minha presença na casa dela, ter um momento de conversar com ela do que qualquer coisa que eu possa ter ensinado pra ela [...]. [...] o senhor que eu visitei falou: ‘ficou muito feliz da gente ter ido lá, que ele gostaria que a gente continuasse visitando ele e tudo mais’”. (Alessandra M)

“Eu acho que se tivesse mais visitas seria mais legal, porque, a gente aprende dentro de sala de aula como se faz, mas, se você não botar isso em prática, não

vai ter como você falar ‘não a gente vai fazer desse jeito ou daquele jeito’. [...] Ainda, mais se você chega lá e esse paciente é completamente diferente daquilo que você aprendeu e planejou [...]’. (Rosa E)

Nesse sentido, a IUSC considera que o aluno deva ser formado com capacidade de olhar para o indivíduo como sujeito em seu processo de saúde-doença, e tem a educação interprofissional como uma das ferramentas para vencer esse desafio, pois, acredita que essa possa potencializar a articulação das ações entre os diferentes profissionais, com diferentes saberes e práticas, para concretizar a integralidade da atenção em saúde.

De acordo com o IPEC, a educação interprofissional fornece conhecimentos, habilidades e valores de que os indivíduos precisam para colaborar efetivamente com os outros enquanto eles servem à comunidade e famílias. E ainda traz que:

“é um processo de aprendizagem que prepara profissionais através da educação interdisciplinar e diversas experiências de trabalho de campo para trabalhar em colaboração com as comunidades com o objetivo de atender as necessidades multifacetadas de crianças, jovens e famílias”. (INTERPROFESSIONAL EDUCATION CONSORTIUM, 2002, p.2)

Pensando nisso, envolver os pacientes e seus cuidadores como parceiros em seus cuidados e na formação profissional aumenta a compreensão dos alunos sobre as suas experiências e estimula a integralidade do cuidado (BARR; LOW, 2013).

Nesse sentido, alguns estudos evidenciam que há uma diferença entre o cuidado esperado e o oferecido ao doente, dificultando, assim, que ele esteja no centro do cuidado ofertado (HATZICHRISTOU; TSIMTSIOU, 2005). Especificamente os pacientes desejam ter suas preocupações e necessidades pessoais atendidas e, ainda, se sentirem ativamente envolvidos no seu cuidado (ANDERSON; MANGINO, 2005; DAVIES et al., 2009; SMITH et al., 2011).

E, para tanto, a construção do vínculo entre profissionais e usuários é essencial, por esse envolver os sentimentos de confiança, afeto e, ainda, um processo de dependência mútua; e, também, fazer com que os pacientes acreditem que a equipe de saúde os ajudará a superar seus problemas de saúde e dificuldades enfrentadas no seu processo de saúde-doença (CAMPOS, 2007b).

Essa relação de corresponsabilidade entre usuários e equipes de saúde permite, então, uma valorização dos primeiros e, ainda, uma relação de confiança, o que favorece a integralidade do cuidado.

Logo, a prática interprofissional nos serviços de saúde configura-se como “um elemento importante para a produção das ações de saúde frente à complexidade do processo saúde-doença” (PIROLO; FERRAZ; GOMES, 2011).

Os relatos dessa categoria se referem à importância de se conhecer sobre o outro como forma de nortear a prática do cuidado na lógica da integralidade do cuidado e da prática colaborativa nos serviços de saúde, tendo a educação interprofissional como método para mudar a formação profissional. Trazem, ainda, a relevância de o cenário de prática estar localizado na atenção primária, e como esse contato com a comunidade, desde as séries iniciais do curso, pode facilitar uma melhor compreensão do usuário como sujeito do seu processo saúde-doença.

3.1.3 Na IUSC o professor-tutor atua como mediador do processo de ensino-aprendizagem

Essa categoria temática foi organizada considerando-se a percepção dos alunos em relação às atividades promovidas pelo professor-tutor durante a disciplina IUSC, relacionadas à prática da educação interprofissional e colaborativa; a partir do entendimento de que esse último tem caráter fundamental no processo de formação profissional dos alunos, por nortear as ações propostas pela disciplina e, ainda, intermediar as interações entre universidade, serviço e comunidade.

Tal profissional pôde ainda ser percebido como instrumento para uma efetiva relação de união ou desagregação entre os alunos no grupo e de adesão às atividades propostas na disciplina. Foi considerado como o promotor de atividades que exemplificam a necessidade de uma prática colaborativa e complementar entre as diferentes categorias profissionais, mas, também, aquele que pode tornar a disciplina agradável, ou não, aos olhos dos alunos.

A primeira percepção relatada nos discursos foi sobre os discentes perceberem ora como sendo positivo ter um professor-tutor que seja da mesma formação de curso, ora não.

Os alunos apontaram que o fato de aprenderem com um professor de formação diferente da sua pode limitar o seu aprendizado e, ainda, faz com que eles aprendam menos sobre assuntos específicos da sua profissão. Por outro lado, alguns alunos citam como sendo positivo aprender com um professor-tutor com uma formação diferente da sua, valorizando tal proposta pedagógica.

“Eu acho que o que talvez fique defasado, como a gente trabalha muito com assistência de enfermagem, cuidado de enfermagem e tudo mais, eu acho que

talvez por esse lado fique faltando e poderia ser complementado ‘ah, porque no caso da enfermagem os cuidados seriam esse, a assistência seria essa’, mas, que influencie, que prejudique, não. Eu acho que pode ficar incompleto”. (Graziella E)

“Eu achei melhor ter um tutor que não fosse médico, porque eu acho que a gente vai ter essa experiência só depois [...] mas, achei que foi importante eles trazerem umas coisas diferentes, informações diferentes por outros caminhos que eu acho que não teria sido feito por alguém que fosse médico”. (Cláudia M)

“Na verdade eu acho que foi curioso, porque eu não esperava ter uma tutora dentista. Ela pôde mostrar a sua visão e o quanto uma unidade precisa de vários profissionais para completar a assistência. [...] Vale muito a pena essa diversidade de profissões. [...] Eu acho que quando você traz um tutor que é de uma área diferente da sua você aprende muito mais”. (Thereza E)

“[...] que a gente tem aula, por exemplo, com uma dentista, com uma enfermeira, mostra uma outra visão do trabalho, pra gente que está fazendo medicina”. (Alessandra M)

Com os relatos acima, se entende que alguns alunos percebem as competências complementares e comuns com olhares diferentes, sendo as primeiras sendo mais valorizadas se comparadas às segundas em alguns momentos.

Outros alunos, porém, apontam que, quando tiveram a oportunidade de ter um professor-tutor com a mesma formação que a de seu curso, puderam, a partir disso, construir referências para a construção da sua identidade profissional. E, ainda, quando esse profissional era enfermeiro, poderia despertar o interesse dos alunos da medicina para a profissão, proporcionando, talvez, um novo olhar em relação a essa categoria profissional.

“[...] porque com a enfermeira eu me via lá, eu me via nela, ela falava as coisas e eu me via falando. Eu me pegava pensando: ‘um dia eu posso ser assim’”. (Rosa E)

“Eu quero saber o que o enfermeiro faz. [...] então, o interesse seria para até ativar mais a curiosidade, despertar o interesse desses alunos (medicina) seria colocar com o enfermeiro”. (Graziella E)

Percebe-se que alguns alunos têm o entendimento de se autoprotegerem e, assim, também, protegerem suas profissões e, por conseguinte, seus espaços de atuação; e, desse modo, desvalorizam os saberes comuns a ambas profissões que são aprendidos na disciplina.

Dessa forma, a educação interprofissional pode ser uma possibilidade de mudar atitudes e percepções sobre a profissão do outro e, ainda, aumentar a confiança entre as mesmas, proporcionadas pela socialização das categorias profissionais.

Todavia, essa diversidade de categorias profissionais na IUSC é intencional, justamente por se acreditar que ela possa permitir uma aproximação dos alunos à experiência do trabalho em equipe, colaborativo e interprofissional e, ainda, que eles conheçam os diferentes papéis das profissões.

Nessa conjuntura, a coordenação da IUSC entende que o professor-tutor é o interlocutor entre os alunos, os serviços de saúde e a universidade, e, também, o mediador de todo o processo de aprendizado dos graduandos. E pensando nisso há uma composição profissional diversificada no quadro dos professores-tutores, com profissionais de diferentes áreas da saúde, além do profissional pedagogo, atualmente.

Outro ponto trazido pelos alunos foi o de que o professor-tutor pode ou não reforçar possíveis estereótipos das profissões, trazidos pelos alunos ou, ainda, ser aquele que norteia o grupo de modo a unir seus membros e deixá-los mais envolvidos, não só entre os mesmos, mas, também, na realização das atividades propostas, passando a sensação de maior segurança e clareza das ações aos alunos.

“No primeiro ano a enfermagem é meio excluída no IUSC, talvez porque quando eu cursei, ainda, não era uma matéria obrigatória para a enfermagem. Então na época, por exemplo, era muito falado, assim, até mesmo por pessoas do grupo: ‘nós da medicina e as meninas da enfermagem’. Tipo a gente não tinha nome no primeiro ano, era tipo as meninas da enfermagem, como a gente era tratada. Até mesmo pelos tutores. Então era ‘fulano de tal, fulano de tal e as meninas da enfermagem’. Diferente do segundo ano. No segundo ano quando você tem uma maior vivência e acaba, mostrando, principalmente, para os alunos da medicina, que já tínhamos um contato com o paciente dentro do hospital e para eles era tipo um ganho você estar ali e compartilhar. Então você começa a ter uma identidade dentro do grupo.” (Thereza E)

““[...] ah mas também ele só passou com enfermeiro, eles não passaram com médico, então não dá para saber se, se condiz, [...] só passou com enfermeiro não passou com médico’, daí a professora conversou, falou da importância da consulta de enfermagem e que ela agrega a consulta médica e aí foi discutindo e ele entendeu e, nunca mais a gente teve esse problema”. (Eliane E)

Nesse sentido, ainda, os entrevistados consideram o papel do professor-tutor como sendo primordial para que as relações no grupo ocorram de forma a facilitar a realização das atividades propostas pelas disciplinas, de modo a integrar/unir o grupo e mediar as atividades, e não criar divisões no grupo com base na escolha do curso.

Por isso há de se pensar que algumas barreiras nas relações entre os alunos podem ser criadas ou, até mesmo, reforçadas pelo próprio professor-tutor, dificultando, assim, que a educação interprofissional e a troca de saberes entre os mesmos ocorram com facilidade.

“O primeiro ano eu percebia o grupo mais unido. Agora no segundo, teve aquela divisão de enfermagem e medicina. [...] Então, acho que pelo jeito do professor não querer estar lá todo mundo junto, todo mundo unido pra isso, eu acho que dividiu de verdade. Então no segundo ano não foi muito boa a experiência com a medicina não”. (Rosa E)

“[...] a professora falava: ‘aqui não importa se vocês são da enfermagem ou da medicina, vocês são um grupo, vocês vão ter que agir juntos, vocês vão ter que fazer tudo junto’”. (Rosa E)

O papel de mediador do professor-tutor fica evidente, sendo esse primordial para a realização das atividades propostas na disciplina, e, ainda, sendo aquele que, por meio da educação interprofissional, quebra possíveis barreiras entre os cursos.

Esses discursos parecem estar fortemente ligados aos processos de socialização específica das profissões, que molda os valores e a identidade dos alunos, isolando-os de alunos de outros cursos, resultando, assim, no desenvolvimento de uma identidade uniprofissional (CAPENTER; DICKINSON, 2008; GILBERT, 2005).

Os professores-tutores devem proporcionar atividades nas quais a educação interprofissional ocorra, lembrando que, para muitos alunos, essa prática em nada se aproxima de experiências anteriores, seja na escola ou, até mesmo, em outras disciplinas. Portanto, é necessário que os discentes compreendam o processo de aprendizagem interprofissional (BARR; LOW, 2013).

Nesse sentido, o professor-tutor, apesar de não aparecer nos discursos dos entrevistados, pode ser aquele que incentiva os alunos, mesmo em situações uniprofissionais, a buscarem vivências interprofissionais, com o intuito de aprimorar a assistência prestada e, para tanto, pode sugerir que alunos de diferentes formações se encontrem após as atividades do curso para compararem as experiências e percepções da comunidade (JAQUES & HIGGINS, 1986).

Para que isso ocorra de maneira efetiva ou sem tantos embaraços, o professor-tutor precisa ter uma preparação diferente, justamente por ser aquele que deverá ser capaz de abordar as diferenças entre os estudantes no grupo e, ainda, “manter sua neutralidade profissional, ouvir ativamente, entender e responder à dinâmica do grupo de forma diplomática e flexível a fim de motivar, incentivar e apoiar o processo de aprendizagem interprofissional” (FREEMAN et al., 2010).

Outro ponto que chama a atenção é que, na relação com o professor-tutor, os entrevistados citam a empatia como sendo um facilitador para a realização das atividades e,

também, sugerem que os profissionais deveriam ter experiência em lecionar e vivência na IUSC para, só assim, poderem dar aula na disciplina.

“No primeiro ano a gente já tem aquele laço com o professor, então, deixar o mesmo tutor no segundo ano, também, seria bom, porque ela já sabe até que ponto ela pode deixar a gente ir e até que ponto ela pode puxar a rede. Então eu acharia isso bem legal, continuar a mesma professora. E se mudar o professor, que seja um professor bom e que não seja um professor sem preparo. Não seja um professor incapacitado como o que eu tive.” (Rosa E).

“E no caso da [...] não vi diferença nenhuma por elas serem de outra área profissional, [...]. Não vi diferença nenhuma. [...] Agora uma coisa que influenciou é a experiência”. (Graziella E)

O estabelecimento de uma boa relação entre professor-tutor e aluno faz com que a aprendizagem se torne mais prazerosa, sendo assim, “o professor ao transmitir ou expressar empatia em relação a seus alunos configura-se como aquele que facilita o aprendizado” (PONTES, 2013).

O professor-tutor desempenha papel primordial se considerar que ele deva ser o indivíduo que “encanta os estudantes para que se tornem seres conscientes de seu papel enquanto aprendiz e indivíduo com responsabilidade social” (SILVA, 2011).

O uso da educação interprofissional e, também, da metodologia de problematização pode fazer com que alguns alunos percebam a relação com o professor-tutor em um tom mais igualitário, democrático e socialmente construído, o que pode gerar estranhamento por estarem justamente acostumados com o professor como autoridade incontestável dentro de sala de aula (BARR; LOW, 2013).

Nesse sentido e pensando numa forma de qualificar continuamente os professores-tutores, a coordenação da disciplina promove reuniões de cunho formativo com os mesmos ou, ainda, cursos envolvendo alguns eixos das disciplinas, como: integralidade do cuidado, uso de narrativas no ensino nos cursos da área da saúde e, até mesmo, a educação interprofissional como ferramenta de ensino.

Outra questão a ser considerada é a de que o professor-tutor pode proporcionar momentos de troca de saberes não só entre esse e os alunos, mas, também, entre os próprios alunos, ou, ainda, entre alunos e os profissionais dos serviços de saúde, corroborando, assim, para que a educação interprofissional e a prática colaborativa ocorram em diferentes momentos e espaços.

“Igual a uma paciente que eu atendi e acompanhei. Ela tinha problema de memória e não sabia lidar com isso. Cheguei no Posto e falei com o meu professor e ele falou assim: ‘conversa com a médica, vê até onde que isso a afeta, o porquê que isso acontece e depois a gente vem e conversa sobre isso com a enfermeira, também’”. (Rosa E)

“No segundo ano foi muito mais dialogado, como, por exemplo, ela dava um tema e você tinha que buscar, trazer e compartilhar com o grupo. Então aconteciam discussões. E no final ela sempre [...] acrescentava uma informação. Então eu acho que era mais dialogado e mais construtivo até, também, porque você acabava buscando o conhecimento e complementando com o que o outro trazia”. (Thereza E)

Essa relação entre aluno e professor-tutor também é facilitada por esse último tornar o primeiro envolvido no planejamento das atividades, como na Universidade de Kobe, no Japão, onde os estudantes são vistos como parceiros na elaboração de atividades promotoras da educação interprofissional (TAMURA, 2012).

O aluno passa a ser visto como um agente de mudança no seu processo de ensino-aprendizagem, como apontam alunos na Indonésia, que afirmam que passaram a não ser mais “objeto de sua educação”, mas, sim, “agentes para a sua mudança” (BARR; LOW, 2013).

De acordo com Paulo Freire: “O educador já não é aquele que apenas educa, mas, o que enquanto educa, é educado em diálogo com o educando que ao ser educado também educa [...]” (PAULO FREIRE, 1996); e, por isso, a compreensão, por parte dos professores, desse modo de ensinar e, também, da lacuna existente entre o profissional que se quer formar mediante as reais necessidades dos serviços de saúde e o preparo dado na formação desse é de extrema importância.

Essa categoria trouxe como sendo primordial o papel do professor-tutor na disciplina IUSC, por esse ser o mediador entre a teoria e a prática e um facilitador de todo o processo de ensino-aprendizagem do aluno, e, ainda, por dar sustentação ao uso da educação interprofissional como ferramenta de ensino como pode ser observado na Figura 1 na qual apresenta -se uma síntese das dimensões relevantes presentes nessa categoria.

Figura 1 – Síntese dos resultados encontrados na categoria “Na IUSC o professor-tutor atua como mediador do processo de ensino-aprendizagem”



Tendo em vista os resultados apresentados e organizados nas categorias temáticas apresentadas, entende-se que a educação interprofissional é uma valiosa ferramenta de ensino, por proporcionar mudanças singulares: na formação profissional, na prática colaborativa entre os membros das equipes de saúde e, ainda, no cuidado recebido pelos pacientes e suas famílias.

Considerações Finais

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa permitiu conhecer as percepções e vivências dos alunos dos cursos de medicina e enfermagem em relação à educação interprofissional junto às disciplinas IUSC, o que possibilitou o entendimento dessa como sendo uma importante forma de contribuir para mudanças na formação profissional dos alunos da FMB.

Com base nos resultados obtidos, entende-se que a socialização dos discentes de diferentes cursos, desde as séries iniciais, permitiu uma aproximação entre os mesmos.

Nesse sentido, oportunizou, ao aluno, considerar o outro colega como uma fonte de aprendizado, o que corroborou para o compartilhamento de saberes e uma aproximação com a prática profissional futura. Permitiu, ainda, uma melhor compreensão do outro, sendo o outro o colega de curso diferente, profissionais de outras áreas e o próprio paciente.

Foi expressiva a apropriação, pelos alunos, do trabalho compartilhado como importante meio para a integralidade do cuidado, apesar dos estereótipos das profissões serem apontados como barreiras nas relações interpessoais e as competências específicas das profissões serem valorizadas por alguns, reforçando o modelo tradicional de ensino.

A interação com os serviços de saúde, suas equipes e a comunidade permitiu, ao aluno, uma aproximação com sua futura prática profissional, além dos profissionais e da realidade das comunidades, os usuários e suas famílias. Foi possível, também, uma melhor compressão dos conceitos e práticas que permeiam a Atenção Primária à Saúde, o que facilitou uma aproximação com a prática interprofissional e colaborativa. Essa vivência no contexto da disciplina foi apontada como sendo rica, justamente por proporcionar, aos discentes, a interlocução com professores-tutores, colegas de curso e disciplina, profissionais dos serviços de saúde e a comunidade, e, assim, dar voz a todos os atores envolvidos no processo de ensino-aprendizagem, o que é confluyente a estudos já publicados quanto à prática de ensino na comunidade.

Já o professor-tutor pôde ser entendido como aquele que limitou ou não o aprendizado do aluno, por ter formação profissional diferente da dele e, também, como peça fundamental na mediação de todo processo de ensino-aprendizagem nas disciplinas mencionadas, visto que não é suficiente ter alunos de diferentes cursos juntos para se configurar uma prática interprofissional efetiva.

Diante dos aspectos trazidos nos discursos dos entrevistados, entende-se que a FMB avançou na proposta da educação interprofissional com o intuito de formar profissionais de saúde mais preparados para a prática colaborativa, porém, ainda, muitos são os desafios, como:

a própria dinâmica do ensino universitário, na qual existem disputas entre áreas do conhecimento dentro de uma mesma categoria profissional; a formação uniprofissional; organização da estrutura curricular dos cursos que dificulta uma aprendizagem comum; interação superficial entre os profissionais de saúde e os alunos durante as vivências nos serviços; modelo biomédico norteando as práticas dos profissionais.

Refletindo sobre essas dificuldades, algumas estratégias para mudança na formação profissional utilizada por essa faculdade merecem ser lembradas, como: utilização da aprendizagem baseada em problemas e problematização; participação dos discentes, professores e profissionais dos serviços para avaliação e construção dos currículos dos cursos; grupos de trabalho e pesquisa que apoiam a proposta; apoio financeiro para implementação e manutenção das atividades de educação interprofissional.

Reitera-se a necessidade da manutenção de espaços para discussões sobre o uso da educação interprofissional como ferramenta capaz de trazer mudanças na formação profissional e na prática profissional futura durante as disciplinas; e, ainda, amplie-se a interação com outros cursos, como, por exemplo, a nutrição.

Sugerem-se, também, outros estudos que se proponham a avaliar se o aluno que teve a educação interprofissional como ferramenta de ensino durante a sua formação pôs em prática o aprendizado interprofissional aqui vivenciado.

Nesse sentido, faz-se necessário ampliar as discussões e pesquisas envolvendo a temática, tanto no cenário investigado quanto em outros contextos. E, por isso, iniciativas para estimular novas pesquisas que tenham como o foco a identificação das fortalezas e fragilidades que permeiam o uso da educação interprofissional como ferramenta de ensino, com vistas a melhorias no cuidado à saúde, são necessárias, pois, acredita-se no potencial da educação interprofissional como uma ferramenta de ensino, necessária para o alcance de um efetivo trabalho colaborativo nas equipes de saúde, com o objetivo da integralidade do cuidado.

Referências

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, W. M. J. A pesquisa em psicologia sócio-histórica: contribuições para o debate metodológico. In: BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. G. M.; FURTADO, O. (Orgs.). **Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia**. São Paulo: Cortez, 2001. p. 129-140.
- AGUILAR DA SILVA, R. H.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação**, v. 16, p. 167-184, 2011.
- ALBUQUERQUE, C. P. **Ensino e aprendizagem em serviços de atenção básica do SUS: desafios da formação médica com a perspectiva da integralidade**. “Narrativas e Tessituras”. 2007. 303 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.
- ALLEN, D. The nursing-medical boundary: a negotiated order? **Sociol. Health Illn.**, v. 19, p.498-520, 1997.
- ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saude Publica**, v. 26, p. 2234-2249, 2010.
- _____. **Ensino superior e os serviços de saúde no Brasil**. 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilporcom4.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2013.
- ALMEIDA, M. M. et al. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-saúde Unifor e seus nove cursos de graduação. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.36, supl.1, p.119-126, 2012.
- ANDERSON, C. D.; MANGINO, R. R. Nurse shift report: Who says you can't talk in front of the patient? **Nurs. Adm. Q.**, v. 30, p. 112-122, 2006.
- ARNDT, J. et al. Socialization in health education: Encouraging an integrated interprofessional socialization process. **J. Allied Health**, v. 38, p. 18-23, 2009.
- ATEAH, C. A. et al. Stereotyping as a barrier to collaboration: Does interprofessional education make a difference? **Nurse Educ. Today**, v. 31, p. 208-213, 2011.
- BARR, H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. **J. Interprof. Care**, v. 12, p. 181-187, 1998.
- BARR, H.; LOW, H. **Introducing Interprofessional Education**. Fareham (PO): CAIPE, 2013. 36 p.
- BAAR, H. et al. **Effective interprofessional education: arguments, assumption & evidence**. London: Blackwell, CAIPE, 2005. 208 p.

BAKER, L. et al. Relationships of power: Implications for interprofessional education. **J. Interprof. Care**, v. 25, p. 98-104, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Personal, 2011. 280 p.

BARWELL, J. et al. How interprofessional learning improves care. **Nurs. Times**, v. 9, p. 14-16, 2013.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Cad. Fnepas**, v. 2, p. 25-28, 2012.

_____. **Campus Baixada Santista/UNIFESP**: educação interprofissional novas perspectivas para a formação em saúde. São Paulo: UNIFESP, s.d. Disponível em: <http://www2.unifesp.br/centros/cedess/producao/posteres/campus_baixada_santista.pdf> Acesso em: 9 ago. 2014.

BENJAMIM, W. **Magia e técnica, arte e política**: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Editora Brasiliense, 1987. 253 p.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Interface (Botucatu)**, v. 2, p. 139-154, 1998.

BLANK, D. A propósito de cenários e atores: de que peça estamos falando? Uma luz diferente sobre o cenário da prática dos médicos em formação. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 30, n. 1, p. 27-31, 2006.

BONALDI, C. et al. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades brasileiras. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2007. p. 53-57.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccvil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 23 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasil: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Políticas de Saúde. Secretaria de Ensino Superior. **Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de medicina**: uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 78p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **3ª Conferência nacional de gestão do trabalho e da educação na saúde**: relatório final. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/cirh/index.html>. Acesso em: 23 set. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró- Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. 86 p.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Sítio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde SGTES na Web. **Portal da Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=382>. Acesso em: 20 jun. 2014.

CABRAL, P. E. et al. Serviço e comunidade, vetores para a formação em saúde: o curso de medicina da Uniderp. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 32, p. 374-382, 2008.

CAMERON, A. Impermeable boundaries? Developments in professional and inter professional practice. **J. Interprof. Care**, v. 25, p. 53-58, 2011.

CAMPION-SMITH, C. et al. Can sharing stories practice? A qualitative study of an interprofessional narrative-based palliative care course. **J. Interprof. Care**, v. 25, p. 105-111, 2011.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo em núcleo de saberes e práticas. **Cienc. Saude Colet.**, v. 5, p. 219-230, 2000.

_____. **Saúde Paidéia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 192 p.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. **Interprofessional Education & Core Competencies**: literature review. Vancouver: CIHCpis, 2007.

CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. A national interprofessional competence framework. Vancouver: Canadian Interprofessional Health Collaborative; 2010.

CANÔNICO, R. P.; BRÊTAS, A. C. P. Significado do programa vivência e estágios na realidade do Sistema Único De Saúde para formação profissional na área de saúde. **Acta Paul. Enferm.**, v.21, p.256-261, 2008.

CARANDINA, L.; ALMEIDA, M.A.S. **Botucatu em dados**. Botucatu: FMB/UNESP; Secretaria Municipal da Saúde, 2009. 63p.

CARPENTER, J. et al. Outcomes of interprofessional education for Community Mental Health Services in England. The longitudinal evaluation of a postgraduate programme. **J. Interprof. Care**, v. 20, p. 145-161, 2006.

CARPENTER, J.; DICKINSON, H. **Interprofessional education and training**. Bristol: The Policy Press, 2008. 152 p.

CECCIM, R. B.; CARVALHO, Y. M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: IMES/ UERJ, CEPESQ, ABRASCO, 2005. p. 69- 92.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde com o conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ ABRASCO, 2001. p.113-126.

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EdUCS: IMS/UERJ:CEPESQ, 2006. p.37-50.

CENTRE FOR ADVANCEMENT IN INTERPROFESSIONAL EDUCATION **Interprofessional education: a definition**. London: CAIPE, 2002. Disponível em: <<http://www.caipe.org.uk/>>. Acesso em: 03 02 2015 (Retrieved April 5, 2007).

CLARK, P. G. Values in health care professional socialization: Implications for geriatric education in interdisciplinary teamwork. **Gerontologist**, v. 37, p. 441-451, 1997.

COOPER, H.; SPENDER-DAWE, E.; McLEAN, E. Beginning the processo of teamwork: desing, implementation and evaluation of an inter-professional education intervencion for first year undergraduate students. **J. Interprof. Care**, v.19, p.492-508, 2005.

COOPER, H. et al. Developing an evidence base for interdisciplinary learning: a systematic review. **J. Adv. Nurs.**, v. 35, p. 228-237, 2001.

COSTA, M. V. **A educação interprofissional como abordagem para a reorientação da formação profissional em saúde**. 2014. 142 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.

CUNHA, M. I. Conta-me agora! As narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. **Rev. Fac. Educ.**, v. 23, n. 1-2, p. 185-195, 1997.

CYRINO, A. P. P. Primeiros passos: constituição do ensino extramuros na Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu (FCMBB). In: CYRINO, A. P. P.; MAGALDI, C. (Orgs.). **Saúde e comunidade: 30 anos de experiência de extensão universitária em saúde coletiva**. Botucatu: Cultura Acadêmica; Faculdade de Medicina de Botucatu; Universidade Estadual Paulista, 2002. p.19-33.

CYRINO, A. P. P.; MAGALDI, C. **Saúde e comunidade: 30 anos de experiência em extensão universitária em saúde coletiva**. Botucatu: Cultura Acadêmica; Faculdade de Medicina de Botucatu; Universidade Estadual Paulista, 2002. 240p.

CYRINO, A. P. P.; SCHRAIBER, L. B. O projeto Centro de Saúde Escola e sua proposta técnico-assistencial. In: CYRINO, A. P. P.; MAGALDI, C. (Orgs.). **Saúde e comunidade: 30 anos de experiência em extensão universitária em saúde coletiva**. Botucatu: Cultura Acadêmica; Faculdade de Medicina de Botucatu; Universidade Estadual Paulista, 2002. p.7-66.

CYRINO, E. G. Ampliando parcerias para o ensino significativo na atenção básica à saúde: o Programa Interação Universidade, Serviço e Comunidade. In: ENCONTRO DE EXPERIÊNCIAS BEM SUCEDIDAS DE INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO, 2007, Joinville. **Anais...** Joinville: Interação Universidade Serviços e Comunidade da Faculdade de Medicina de Botucatu, 2007. p. 2-16.

CYRINO, E. G.; RIZZATTO, A. B. P. Contribuição à mudança curricular na graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v.4, p.59-69, 2004.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. O Programa de Saúde Escolar de Botucatu como espaço de formação: parceria Universidade/Secretaria Municipal de Saúde/Escola Pública. In: CYRINO, A. P. P.; MAGALDI, C. (Orgs.). **Saúde e comunidade: 30 anos de experiência de extensão universitária em saúde coletiva**. Botucatu: Cultura Acadêmica, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2002. p. 177-210.

CYRINO, E. G. et al. **A universidade na comunidade: educação médica em transformação**. Botucatu: Editora Eliana Goldfarb Cyrino, 2005a. 166 p.

_____. O Programa: história, princípios e estratégias. In: CYRINO, E. G. et al. (Org.). **A universidade na comunidade: educação médica em transformação**. Botucatu: Editora Eliana Goldfarb Cyrino, 2005b. p. 21-32.

_____. A Interação Universidade Serviço Comunidade (IUSC): a experiência da FMB/UNESP. In: CONGRESSO NACIONAL DAS SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE – CONASENS, 23., 2007, Joinville. **Anais...**Joinville, 2007.

_____. Vivências e percepções da educação interprofissional na pesquisa e ensino na saúde da família. In: CONGRESSO IBERO-AMERICANO DE PESQUISA QUALITATIVA EM SAÚDE, 5., 2012, Lisboa. **Anais...** Lisboa: ISCSP-UTL, 2012.

- D'AMOUR, D.; OANDASAN, I. Interprofessional as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. **J. Interprof. Care**, v. 19, suppl. 1, p. 8-20, 2005.
- DAVIES, E. et al. Evaluating the use of a modified CAHPS survey to support improvements in patient-centred care: Lessons from a quality improvement collaborative. **Health Expect.**, v. 11, p. 160-176, 2009.
- FELTEN, S. et al. Implementation of collaborative practice through interdisciplinary rounds on a general surgery service. **Nurs. Case Manag.**, v. 2, p. 122-126, 1997.
- FERREIRA, R. Formação médica: a aprendizagem na atenção básica em saúde. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 31, n.1, p.52-59, 2007.
- FEUERWERKER, L. C. M.; CAPOZZOLO, A. A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo trabalho em saúde. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENS, A. O.(Orgs.). **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Editora Hucitec, 2013. p. 35-68.
- FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Cienc. Saude Colet.**, v.12, n.4, p. 965-971, 2007.
- FRANKEL, G.; SPEECHLEY, M.; WADE, T. **The sociology of health and health care: a canadian perspective**. Toronto: Copp Clark, 1996.
- FREEMAN, S.; WRIGHT, A.; LINDQVIST, S. Facilitator training for educators involved in interprofessional learning. **J. Interprof. Care**, v. 24, p. 375-385, 2010.
- FREETH, D. et al. **Effective interprofessional education: development, delivery and evaluation**. London: Blackwell, 2005. 228 p.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 165 p.
- FREMK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in independent world. **Lancet**, v. 376, p. 1923-1957, 2010.
- FRIEDSON, E. **Profession of medicine**. Chicago: Chicago University Press, 1970. 440 p.
- GERMANI, A. C. C. G. et al. Considerações sobre a Educação Interprofissional no contexto internacional. Práticas docentes no Ensino Superior. In: WORKSHOP MULTIDISCIPLINAR SOBRE ENSINO E APRENDIZAGEM, 8., 2011/2012, Campo Limpo Paulista. **Anais...** Campo Limpo Paulista: WEA, 2011/2012. p.64-66.
- GILBERT, J. H. V. Interprofessional learning and higher education structural barriers. **J. Interprof. Care**, v. 19, suppl. 1, p. 87-106, 2005.

GOELEN, G. et al. Measuring the effect of interprofessional problem-based learning on the attitudes of undergraduate health care students. **Med. Educ.**, v.40, n.6, p.555-561, 2006.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Cienc. Saude Colet.**, v. 15, n. 3, p. 757-762, 2010a.

HALL, P. Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. **J. Interprof. Care**, v. 19, p. 188-196, 2005.

HAMMICK, M. et al. A best evidence systematic review of interprofessional education: BEME Guide no. 9. **Med. Teacher**, v. 29, n. 8, p. 735-751, 2007.

HARUTA, J. Community-participatory postgraduate IPE program. In: ASIAN PACIFIC MEDICAL EDUCATION CONFERENCE (APMEC), 10., 2012, Singapore. **Poster and oral presentation...** Singapore, 2012.

HATZICHRISTOU, D.; TSIMTSIOU, Z. Prevention and management of cardiovascular disease and erectile dysfunction: Toward a common patient-centered, care model. **Am. J. Cardiol.**, v. 96, suppl. 2, p. 80-84, 2005.

HENNEMAN, E. A.; LEE, J. L.; COHEN, J. I. Collaboration: a concept analysis. **J. Adv. Nurs.**, v. 21, p. 103-109, 1995.

HERSHEY, J. L. **The lived experience of becoming a professional nurse for associate degree nursing graduates: a phenomenological study.** 2007. 176 f. These (Doctoral) - Pennsylvania State University, 2007.

HIND, M. et al. Interprofessional perceptions of health care students. **J. Interprof. Care**, v.17, n.1, p.21-34, 2003.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To err is human: building a safer health system.** Washington: Institute of Medicine, 2000.

_____. **Patient safety: achieving a new standard of care.** Washington, DC: The National Academies Press, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico: características da população – amostra.** Botucatu. Brasília: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/calendario.shtm>>. Acesso em: 14 ago. 2012.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION COLABORATIVE. **Interprofessional education collaborative expert panel. Core competencies for interprofessional practice: Report on an Expert Panel.** Washington:IPEC Group, 2011. Disponível em:<https://www.aamc.org/download/186750/data/core_competencies.pdf>. Acesso em: 15 out. 2014.

INTERPROFESSIONAL EDUCATION CONSORTIUM (IPEC). **Creating, implementing and sustaining interprofessional education**. San Francisco, CA: Stuart Foundation, 2002. v. 3.

JAKES, D.; HIGGINS, P. **Training for teamwork**: the report of the Thamesmead interdisciplinary project. Oxford: Oxford Polytechnic, 1986.

JOSIAH MACY JR. FOUNDATION. **Interprofessional care coordination**: looking to the future. New York: The New York Academy of Medicine, 2013. (Policy, Research, & Practice, v.1).

KHALILI, H. et al. An interprofesional socialization framework for developing an interprofessional identity among health professions students. **J. Interprof. Care**, v. 27, p. 448-453, 2013.

LEITE, M. T. S. et al. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde na formação profissional. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 36, supl. 1, p. 111-118, 2012.

LLOYD, J. V. et al. Ingroup identity as an obstacle to effective multiprofessional and interprofessional teamwork: Findings from an ethnographic study of healthcare assistants in dementia care. **J. Interprof. Care**, v. 25, p. 345-351, 2011.

MACDONALD, M. B. et al. Knowledge of the professional role of others: a key interprofessional competency. **Nurse Educ. Pract.**, v. 10, p. 238-242, 2010.

MAGALDI, C.; GIAROLA, L. C.; OLIVEIRA, L. L. O ensino de saúde pública na graduação do internato rural (1970-1985). In: CYRINO, A. P. P.; MAGALDI, C. (Orgs). **Saúde e comunidade**: 30 anos de experiência de extensão universitária em Saúde Coletiva. Botucatu: Cultura Acadêmica, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2002. p.149-173.

MAHLER, C. et al. Terminology for interprofessional collaboration: definition and current practice. **GMS Z. Med. Ausbild.**, v. 31, p. 1-10, 2014.

MANOEL, C.M. **A experiência multiprofissional e interdisciplinar da interação universidade-serviços-comunidade**: o olhar e o trabalho do professor tutor. 2012. 150 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2012.

MARIN, M. J. S. Aprendendo com a prática: experiência de estudantes da Famema. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v.31, n.1, p.90-96, 2007.

MASSOTE, A. W.; BELISÁRIO, S. A.; GONTIJO, E. D. Atenção primária como cenário de prática na percepção do estudante de medicina. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 35, n. 4, p. 445-453, 2010.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R. M.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p.39-64.

McNAIR, R. et al. Australian evidence for interprofessional education contributing to effective teamwork preparation and interest in rural practice. **J. Interprof. Care**, v.19, n.6, p.579-594, 2005.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998. 269 p.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008. 407p.

MORAES, M. A. A.; MANZINI, E. J. Concepções sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas: um Estudo de Caso na Famema. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 30, p. 125-135, 2006.

NELSON, G. A.; KING, M. L.; BRODINE, S. Nursing physician collaboration on medical-surgical units. **Medsurg Nurs.**, v. 17, p. 35-40, 2008.

ORCHARD, C. A. Persistent isolationist or collaborator? The nurse's role in interprofessional collaborative practice. **J. Nurs. Manag.**, v. 18, p. 248-257, 2010.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, p. 977-983, 2013.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experenciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações, para efetivar o ensino em integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A. **Ensinar saúde**: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2. ed. Rio de Janeiro: IMES/ UERJ, CEPESQ, ABRASCO, 2005. p. 13-35.

PINTO, I. C. M.; ESPIRIDIAN, M. A.; SILVA, I. V. Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. **Cienc. Saúde Colet.**, v. 18, n. 6, p. 1525-1534, 2013.

PIROLO, S. M.; FERRAZ, C. A.; GOMES, R. A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, p. 1396-1402, 2011.

PONTES, L. **A empatia no processo de ensinar e aprender**: um estudo com professores do curso de graduação em enfermagem de uma Universidade Pública. 2013. 169 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Educação, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 2013.

PREARO, A.Y. **O ensino de pediatria na atenção básica em saúde**: entre as fronteiras do modelo biomédico e a perspectiva da integralidade do cuidado - um estudo de caso. 2007. 170 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2007.

PRICE, S. Career choice in the 21st century: directions for future research. A discussion paper. **Int. J. Nurs. Stud.**, v. 46, p. 268-276, 2009a.

PRICE, S. et al. The social context of career choice among millennial nurses: implications for interprofessional practice. **J. Interprof. Care**, v. 27, p. 509-514, 2013.

REEVES, S.; MACMILLAN, K.; VAN SOEREN, M. Leadership of interprofessional health and social care teams: A socio-historical analysis. **J. Nurs. Manag.**, v. 18, p. 258-264, 2010.

REEVES, S. et al. Interprofessional interaction, negotiation and non-negotiation on general internal medicine wards. **J. Interprof. Care**, v. 23, p. 633-645, 2009.

_____. Interprofessional education: effects on professional practice and health outcomes (update). **Cochrane Database Syst. Rev.**, v. 3, p. CD002213, 2013a. doi: 10.1002/14651858.CD002213.pub3.

_____. Medicine and nursing: a social contract to improve collaboration and patient-centred care?. **J. Interprof. Care**, v. 27, n. 6, p. 441-442, 2013b.

RISSO, A. C. M. C. R.; BRAGA, E.M. A comunicação da suspensão de cirurgias pediátricas: sentimentos dos familiares envolvidos no processo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, p. 360-367, 2010.

ROMANHOLI, R. M. Z. **A visita domiciliar como estratégia de ensino aprendizagem na integralidade do cuidado**. 2010. 173 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2010.

SANTOS, L. C. **A educação interprofissional na graduação em saúde**: revisão de literatura. 2013. 12 f. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

SALVATORI, P.; BERRY, S.; EVA, K.W. Implementation and evaluation of an interprofessional education initiative for students in the health professions. **Learn. Health Soc. Care**, v. 6, p. 72-82, 2007.

SILVA, J. A. M. **Educação interprofissional em saúde e enfermagem no contexto da atenção primária**. 2014. 281 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SILVA, R. H. A. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (Famema). **Educar Rev.**, n.39, p.159-175, 2011.

SMITH, R. et al. Behaviorally defined patient-centered communication – a narrative review of the literature. **J. Gen. Intern. Med.**, v. 26, p. 185-191, 2011.

SNORTLAND, R. **Teaching with technology**. New York: Faculty Development, 1968.

SOHMA, H. et al. Encouraging appreciation of community health care by consistent medical undergraduate education. In: WATANABE, H.; KOIZUMI, M. (Eds.). **Advanced initiatives in interprofessional education in Japan**. Tokyo: Springer, 2010. p. 1-12.

SUNGUYA, B. F. et al. Interprofessional education for whom? Challenges and lessons learned from its implementation in developed countries and their application to developing countries: a systematic review. **PLoS ONE**, v. 9, n. 5, p. e96724, 2014. doi:10.1371/journal.pone.

SUTER, E. et al. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. **J. Interprof. Care**, v. 23, n. 1, p. 41-51, 2009.

TAMURA, Y. Report of student led IPE at Kobe University. 2012. Disponível em: <bontje@oregano.ocn.ne.jp>. Acesso em: 05 02 2015.

TEIXEIRA, C. F. S. et al. Bacharelado interdisciplinar: uma proposta inovadora na educação superior em saúde no Brasil. **Cienc. Saude Colet.**, v. 18, p. 1635-1646, 2013.

TREZZA, E. M. C.; PREARO, A. Y. Saúde da criança: curso de graduação médica em centros de saúde, creches e escolas. **Divulg. Saude Debate**, v. 11, p. 26-29, 1995.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1994. 175 p.

TSUJI, H.; SILVA, R. H. A. Faculdade de medicina de Marília e sua relação com a medicina de família e comunidade. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 1, p. 26-33, 2006.

ULIANA, M. R. G. **O ensino de graduação na comunidade**: vivências e percepções de alunos da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP Botucatu. 2010. 164 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2010.

UNITED KINGDOM. Department of Health. **The national health service: a service with ambitions**. London: Department of Health, 1996. 60 p.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA. Faculdade de Medicina de Botucatu. Conselho de Curso. **Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de Medicina (PROMED)**: anexo III – gestão do projeto. Botucatu, 2002a.

_____. Faculdade de Medicina de Botucatu. **Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED)**. Anexo V – Estratégias e Recursos. Botucatu, 2002b.

_____. Faculdade de Medicina de Botucatu. **Programa de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de medicina (PROMED)**. Formulário B. Botucatu, 2002c.

_____. Faculdade de Medicina de Botucatu. Conselho de curso. **ATA da reunião do NAP**. Botucatu, 2004.

_____. Faculdade de Medicina de Botucatu. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde: Pró-Saúde**. Oficina de formulação do Projeto Pró-saúde. Botucatu, 2005a.

_____. Núcleo de Apoio Pedagógico. **Memória do seminário de avaliação do Promed**. Rio de Janeiro, 2005b.

_____. Faculdade de Medicina de Botucatu. Conselho de Curso. **Ata da Reunião da Congregação**. Botucatu. 2006.

_____. Faculdade de Medicina de Botucatu **Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) ampliando parcerias no ensino, pesquisa e trabalho significativos no contexto da estratégia Saúde da Família: a interação universidade, serviço e comunidade (IUSC)** - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista. Botucatu, 2008.

_____. Faculdade de Medicina de Botucatu. **Autorizado pela Congregação no ano de 1985, o curso de Graduação em Enfermagem teve início em 1989 ofertando inicialmente 20 vagas ao ano**. Botucatu: FMB, 2012. Disponível em: <<http://www.fmb.unesp.br/#!/departamentos/enfermagem/historico/>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

_____. Faculdade de Medicina de Botucatu. **Referência brasileira e internacional em ensino, pesquisa e extensão**. Botucatu: FMB, 2014. Disponível em: <<http://www.fmb.unesp.br/#!/instituicao/administrativo>>. Acesso em: 6 jun. 2014.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Cienc. Saude Colet.**, v.10, n.3, p.599-613, 2005.

WADDINGTON, I. The movement towards the professionalization of medicine. **Br. Med. J.**, v. 301, p. 688-690, 1990.

WAGNER, J. et al. Developing interprofessional communication skills. **Teach. Learn. Nurs.**, v. 6, p. 97-101, 2011.

WAKEFIELD, A. B.; BOGGIS, C.R.M.; HOLLAND, M. Team working but no blurring thank you! **Learn. Health Soc. Care**, v. 5, p. 142-154, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Working together for health**: the world health report. 2006. Geneva: WHO.

_____. Health professions network nursing and midwifery office within the department of human. Resources for health. **Framework for action on interprofessional education and collaborative practice**. Geneva: WHO, 2010. 64p.

_____. **Learning together to work together for health**. Geneva: WHO, 1998. 72 p.

XYRICHIS, A.; LOWTON, K. Teamwork: a concept analysis. **J. Adv. Nurs.**, v. 61, p. 232-241, 2008.

ZWARENSTEIN, M.; GOLDMAN, J.; REEVES, S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database Syst Rev.**, v. 8, n. 3, p. CD000072, 2009.

Anexos

ANEXOS

ANEXO I – Síntese do Plano de Ensino da IUSC aprovado em 2003.

PLANO DE ENSINO	
Objetivos do Programa	• Desenvolver uma formação médica que propicie a atuação humanizada junto à população; • Reconhecer a situação de vida e de saúde da comunidade (como vivem, por que adoecem e morrem os cidadãos), identificando os equipamentos públicos, as redes de apoio e os recursos da comunidade e acompanhando famílias moradoras na área de abrangência (1º ano); • Desenvolver ações de promoção, educação e prevenção à saúde junto à comunidade na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou Unidade de Saúde da Família (USF), em parceria com a rede de atenção básica do município (2º e 3º anos); • Aprendizagem prática de semiologia e raciocínio clínico, participando do acompanhamento médico, das consultas e procedimentos realizados às famílias de referência junto às atividades em Saúde da Criança, Adulto e Mulher e realizando, sob supervisão, procedimentos e cuidados a domicílio (3º e 4º anos); • Abordar o conhecimento e desenvolvimento de relações éticas e da dimensão psicológica do trabalho médico e em saúde (3º e 4º anos); • Participar das ações de controle social dos serviços de saúde; • Aprofundar conhecimentos das condições de vida e saúde, evolução de doenças crônicas, do impacto dos aspectos sociais e psicológicos da doença, e participar da intervenção sobre problemas detectados (3º e 4º anos).
Objetivos específicos (1º ano)	• Reconhecer a abrangência de UBS/USF, apropriando-se de dimensões da realidade sociopolítica e cultural do trabalho médico, de profissionais de saúde e da população; • Acompanhar gestantes, recém-nascidos e suas famílias; • Participar ativamente de atividades desenvolvidas pela/para a comunidade e de seus problemas e necessidades.
Estratégias (1º ano)	• Entrevistas com lideranças comunitárias e antigos moradores do bairro; • Conhecimento de equipamentos sociais; • Conhecimento da UBS ou USF da região; • Conhecimento de dados demográficos da região; • Conhecimento de dados epidemiológicos; • Entrevistas com familiares e observação, interação e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de um ano; • Formação de vínculo com famílias e crianças da região; • Participação em atividades desenvolvidas pela comunidade; • Construção de sala situacional: problemas na área de abrangência.

ANEXO II – Objetivos gerais e específicos das disciplinas IUSC I, II, III aprovados em 2007.

Planos de Ensino da disciplina IUSC		
Objetivo geral da IUSC I, II, III		• Propiciar, aos alunos de graduação médica, a construção de estratégias que possibilitem o desenvolvimento de ações para o cuidado e promoção da saúde junto à comunidade, em parceria com a rede de atenção básica do município de Botucatu (UBS/USF).
Objetivos específicos	IUSC I	• Identificar equipamentos públicos, redes de apoio e recursos disponíveis para a promoção da saúde e qualidade de vida; • Desenvolver habilidades de escuta, compreensão e caracterização de problemas e necessidades de saúde do grupo familiar, propiciando a vivência da dimensão do acolhimento e vínculo; • Conhecer e utilizar métodos e técnicas apropriadas para o reconhecimento da situação de vida e saúde da comunidade (como vivem, por que adoecem e morrem os cidadãos); • Desenvolver a compreensão dos múltiplos determinantes do processo saúde-doença, apropriando-se de dimensões da realidade sociopolítica e cultural do trabalho do médico, profissionais de saúde e da população; • Sistematizar o trabalho desenvolvido semestralmente para fins de avaliação, produção de conhecimento, publicações e/ou participação em evento(s) científico(s).
	IUSC II	• Dar continuidade ao acompanhamento de crianças e suas famílias da área de abrangência para a qual tenha sido designado no ano anterior (1º ano); • Desenvolver atividade educativa, preferencialmente, em uma escola das respectivas áreas de abrangência, integrando o reconhecimento da escola, da criança em idade escolar e de sua condição de vida; • Levantar a história de saúde dos adultos que compõem a família (irmãos, pais, avós etc.), identificando situações que exijam cuidados do serviço de saúde da área de abrangência, visando o desenvolvimento de habilidades de abordagem e sistematização de informações (registro com qualidade de compreensão); • Elaborar plano de ação educativa e sua implementação como parte integrante do bloco temático de integração Básico-Clínico (PBL); • Sistematizar o trabalho desenvolvido semestralmente para fins de avaliação, produção de conhecimento, publicações e/ou participação em evento(s) científico(s).
	IUSC III	• Ampliar sua prática de registro em prontuário de modo mais

Continua.

Continuação.

Planos de Ensino da disciplina IUSC		
Objetivos específicos	IUSC III	completo e segmentado, ou seja, contemplando, também, a história psicossocial dos usuários; • Integrar os conhecimentos de semiologia e raciocínio clínico por meio do atendimento e acompanhamento de usuários adultos que frequentam a UBS e/ou USF; • Propiciar, ao aluno do 3º ano de graduação, uma formação médica com subsídios teórico-práticos visando desenvolver um atendimento clínico capaz de reconhecer as necessidades, individualidades e autonomia de cada usuário, respeitando sua individualidade e autonomia; • Aprofundar o conhecimento sobre a realidade dos atendimentos em UBS/USF, bem como o funcionamento destas unidades dentro do SUS; • Propiciar, ao aluno que inicia a prática clínica, a vivência com pacientes portadores das doenças mais prevalentes na comunidade e seu grau de complexidade; • Incentivar os alunos a participarem das atividades desenvolvidas pela comunidade e para a comunidade (por exemplo, Conselho Gestor da Unidade de Saúde – CONUS, Conselho Municipal de Saúde etc.).

ANEXO III – Objetivos gerais e específicos das disciplinas IUSC I, II, III aprovados em 2014.

Planos de Ensino da disciplina IUSC		
Objetivo geral das IUSC I, II, III		• Propiciar, aos alunos de graduação, a construção de estratégias que possibilitem o desenvolvimento de ações para o cuidado e promoção da saúde junto à comunidade, em parceria com a rede de atenção básica do município de Botucatu - UBS/Unidades de Saúde da Família (USF).
Objetivos específicos	IUSC I	• Desenvolver habilidades para o trabalho em equipe, a partir de ações interdisciplinares e multiprofissionais de forma articulada com as diversas instâncias do sistema de saúde; • Desenvolver habilidades de escuta, compreensão e caracterização de problemas e necessidades de saúde do grupo familiar, propiciando a vivência da dimensão do acolhimento e vínculo profissional com a família, com ênfase na criança; • Identificar equipamentos sociais, redes de apoio e recursos disponíveis para a promoção da saúde e qualidade de vida no território, com ênfase nas instituições de saúde locais; • Conhecer e utilizar métodos e técnicas apropriadas para o reconhecimento da situação de vida e necessidades de saúde da comunidade (como vivem, por que adoecem e morrem os cidadãos); • Iniciar a análise dos múltiplos determinantes do processo saúde-doença, aproximando-se de dimensões da realidade sociopolítica e cultural do trabalho de profissionais de saúde e da população; • Sistematizar o trabalho desenvolvido para fins de avaliação, produção de conhecimento, publicações e/ou participação em evento(s) científico(s).
	IUSC II	• Aprofundar os conhecimentos em relação às condições de vida e saúde das famílias do território para a qual tenha sido designado no 1º ano; • Adquirir conhecimentos sobre o SUS, com ênfase na integralidade do cuidado; • Adquirir conhecimento sobre comunicação e educação em saúde; • Desenvolver habilidades de escuta, comunicação, capacidade de reflexão crítica e compromisso ético; • Desenvolver e ampliar repertório referente ao trabalho em grupo e com o outro, em relação dialógica; • Elaborar e desenvolver atividade educativa segundo a demanda levantada nas áreas, integrando o reconhecimento do território e das condições de vida de seus moradores à proposta a ser executada;

Continua.

Continuação.

Planos de Ensino da disciplina IUSC		
Objetivos específicos	IUSC II	• Elaborar e implementar plano de ação educativa como parte integrante do bloco temático de Integração Básico-Clínico; • Desenvolver e ampliar repertório referente ao trabalho em grupo e com o outro, em relação dialógica; • Planejar e sistematizar o trabalho desenvolvido para fins de avaliação, produção de conhecimento, publicações e/ou participação em evento(s) científico(s).
	IUSC III	• Propiciar, ao aluno de 3º ano de graduação, uma formação médica com subsídios teórico-práticos, visando desenvolver um atendimento clínico que respeite as especificidades e necessidades de cada usuário da atenção primária à saúde; • Ampliar sua prática de registro em prontuário, tornando-o mais completo, ou seja, com informações que contemplem também a história biopsicossocial dos usuários (anamnese ampliada); • Integrar os conhecimentos de semiologia e raciocínio clínico por meio do seguimento de usuários adultos que frequentam a Unidade Básica de Saúde (UBS)/ Unidade de Saúde da Família(USF); • Aprofundar conhecimento sobre a realidade dos atendimentos em UBS/USF, bem como o funcionamento destas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS); • Propiciar, ao aluno que inicia a prática clínica, a vivência com pacientes portadores de doenças prevalentes na comunidade; • Incentivar os alunos a participarem das atividades desenvolvidas pela comunidade e para a comunidade (p. ex.: Conselho Gestor da Unidade de Saúde - CONUS; etc.).

Fonte: UNESP, Plano de Ensino, 2013⁽¹⁾.

¹ Universidade Estadual Paulista. Planos de Ensino aprovados em 2013 para a Disciplina de Interação Universidade, Serviços e Comunidade estão representados na íntegra no Anexo IV.

ANEXO IV – Plano de ensino das disciplinas IUSC I, II, III aprovados em 2013.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU



PLANO DE ENSINO

CURSO: Medicina
DEPARTAMENTO: Conselho de Curso – multidisciplinar

ANO LETIVO	SÉRIE	DISCIPLINA (X) ESTÁGIO () ESTÁGIO OPTATIVO ()			
2013	1ª	Interação Universidade-Serviço-Comunidade I			
CARGA HORÁRIA		DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA			
100	TEÓRICAS	PRÁTICAS	TEÓRICO/PRÁTICAS	OUTRAS	
	16	16	68		
PERÍODO LETIVO		NÚMERO MÁXIMO DE ALUNOS POR TURMA			
1º SEMESTRE () 2º SEMESTRE () ANUAL (X)	AULAS TEÓRICAS	AULAS PRÁTICAS	AULAS TEÓR./PRAT	OUTRAS	
	90	10	10		

1) OBJETIVOS (Ao término da disciplina o aluno deverá ser capaz de:)
Objetivo geral da Disciplina IUSC I Propiciar aos alunos de graduação a construção de estratégias que possibilitem o desenvolvimento de ações para o cuidado e promoção da saúde junto à comunidade, em parceria com a rede de atenção básica do município de Botucatu (Unidades Básicas de Saúde/Unidades de Saúde da Família - UBS/USF). Objetivos específicos do IUSC I • Desenvolver habilidades para o trabalho em equipe, a partir de ações interdisciplinares e multiprofissionais de forma articulada com as diversas instâncias do sistema de saúde; • Desenvolver habilidades de escuta, compreensão e caracterização de problemas e necessidades de saúde do grupo familiar, propiciando a vivência da dimensão do acolhimento e vínculo profissional com a família com ênfase na criança; • Identificar equipamentos sociais, redes de apoio e recursos disponíveis para a promoção da saúde e qualidade de vida no território, com ênfase nas instituições de saúde locais; • Conhecer e utilizar métodos e técnicas apropriadas para o reconhecimento da situação de vida e necessidades de saúde da comunidade (como vivem, porque adoecem e morrem os cidadãos); • Iniciar a análise dos múltiplos determinantes do processo saúde-doença, aproximando-se de dimensões da realidade sócio-política e cultural do trabalho de profissionais de saúde e da população; • Sistematizar o trabalho desenvolvido para fins de avaliação, produção de conhecimento, publicações e/ou participação em evento(s) científico(s).



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU



2) CONTEÚDO PROGRAMÁTICO (Título e Discriminação das Unidades)		MODALIDADE			
TEMA	Nº DE HORAS	T	P	T P	O
ABERTURA DO CURSO ▪ Apresentação e discussão do programa do curso ▪ A interação com a comunidade na formação médica	04	02		02	
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ▪ Introdução ao Sistema Único de Saúde (SUS) – Princípios e diretrizes ▪ A Universidade e a rede de atenção primária à saúde do município ▪ Conceitos básicos de integralidade em saúde, interdisciplinaridade e trabalho em equipe.	08	02		06	
ESTUDO DE TERRITÓRIO E NECESSIDADES EM SAÚDE ▪ Interfaces entre saúde e meio ambiente. ▪ A territorialização na orientação de ações de equipes de saúde. ▪ Reconhecimento do território de saúde e sua relação com UBS/USF. ▪ Identificar prioridades e necessidades de saúde da comunidade. ▪ Reconhecimento de creche e outros equipamentos sociais do território de abrangência	28	04	08	16	
AVALIAÇÃO DO APRENDIZADO ▪ Avaliação da disciplina, devolutivas individuais e elaboração e entrega de narrativas sobre as atividades realizadas	08		08		
A CRIANÇA E SUA FAMÍLIA ▪ A importância do brincar e o desenvolvimento infantil ▪ Aleitamento materno, alimentação e desenvolvimento da criança. ▪ Preparação para as visitas domiciliares às famílias ▪ Visitas domiciliares temáticas: 1) reconhecimento da família, 2) aleitamento materno e alimentação da criança, 3) desenvolvimento da criança ▪ Atividade na creche.	44	08	08	28	
PARTICIPAÇÃO EM EVENTO CIENTÍFICO ▪ Sistematizar o trabalho desenvolvido semestralmente para fins de avaliação, produção de conhecimento, publicações e/ou participação em evento(s) científico(s).	08			08	



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU



3) METODOLOGIA DO ENSINO

A disciplina trabalha com atividades que privilegiam a integração teórico-prática utilizando a metodologia da problematização (Freire, 1980a, 1980b). Os conhecimentos científicos integram percepções, emoções, conhecimentos, representações de pessoas envolvidas no problema, permitindo que diferentes saberes sejam compartilhados na construção do conhecimento. (BERBEL, 1998).

A disciplina é ministrada utilizando-se de: trabalho e discussão em grupo regulares, com orientação de um professor tutor que busca resgatar conhecimentos e experiências prévias articulando e problematizando conteúdos; trabalho de campo nos territórios do CSE (UVL e UVF) e das UBS/USF da Secretaria Municipal de Saúde onde os alunos estão inseridos; aula expositiva dialogada; estudo dirigido em grupo e individual; elaboração de relatórios escritos em grupo e individual; discussão individual e em grupo das sínteses produzidas, avaliação periódica do material, devolutiva dos pontos importantes dentro de um processo de avaliação formativa.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU



4) BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- AMARO, S. Visita domiciliar: guia para uma abordagem complexa. Porto Alegre: AGE, 2003. 64 p
- BADZIAK R. P. F., MOURA V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. R. Saúde Públ. Santa Cat., ISSN: 2175-1323, Florianópolis, Santa Catarina - Brasil, v. 3, n. 1, jan./jun. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos / Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CYRINO, E.G. et. al. – Em busca da reposição da arte do cuidado e do fazer /aprender: a interação universidade, serviço e comunidade na Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP. IN: Pinheiro, R et. al. Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Cadernos do LAPPIS: Ensina Sus. 2006. p.71 a 84.
- JUNQUEIRA, M.F.P.S. O brincar e o desenvolvimento infantil. Rev. Pediatria Moderna, 35(12), 988-90, 1999.
- SILVA D. G. V., TRENTINI M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem, maio-junho; 10(3):423-32, 2002.
- BERBEL N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Interface ComunSaúde Educ. 2:139-54, 1998.
- CALLAI, H.C., Aprendendo a ler o mundo: a geografia nos anos iniciais do ensino fundamental. in: Cad. CEDES v.25 n.66 Campinas maio/ago.2005
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. Rio de Janeiro, abr. 2008. Disponível em <www.determinantes.fiocruz.br>. Acesso em: 21 jun. 2009.
- GROSSMAN E.; CARDOSO, M. H. C. A. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. Rev. bras. educ. med. vol.30 no.1 Rio de Janeiro Jan./Apr., 2006.
- NESTI, M. M. M. e GOLDBAUM, M. As creches e pré-escolas e as doenças transmissíveis. J. Pediatr. (Rio J.) [online]. 2007, vol. 83, no. 4 [citado 2008-05-14], pp. 299-312. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>
- RIGOTTO RM, Augusto LGS. Saúde e ambiente no Brasil: desenvolvimento, território e iniquidade social. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 Sup 4:S475-S501, 2007
- MARINS, J. J. N. Os cenários de aprendizagem e o processo do cuidado em saúde. In: MARINS, J. J. N. et al (Org.) Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004.

5) CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"



FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

A avaliação do estudante será processual, formativa, com devolutivas periódicas do professor ao aluno, que retro-alimentarão o processo de ensino-aprendizagem. Será composta pelos itens:

1. **Narrativas semestrais individuais (N1 e N2):** as narrativas serão feitas com base nas atividades desenvolvidas pelos alunos durante os semestres. A escala das notas será de **N1** - 0 a 7 pontos e **N2** - 0 a 6 pontos;
2. **Habilidades Comunicacionais e Atitudinais (HCA1 e HCA2):** neste item o aluno será avaliado pela sua participação individual durante todas as atividades propostas ao longo de cada semestre. A escala das notas será de 0 a 2 pontos;
3. **Trabalho em Grupo (TG1 e TG2):** esta nota corresponderá ao trabalho do grupo como um todo, sendo a mesma para todos os integrantes. A escala das notas será de 0 a 1 ponto;
4. **Apresentação Individual Oral - Grupo Rotatório (GR):** neste item serão avaliadas a capacidade de síntese, interlocução e desenvolvimento das atividades dentro do grupo. A escala das notas será de 0 a 1 ponto.

A cada semestre o aluno terá oportunidade de ter uma nota que poderá variar de 0 a 10 pontos, de acordo com o seu desempenho.

Cálculo da Nota Parcial:

- **Primeiro Semestre:**
 $N1 + HCA1 + TG1 = \text{NOTA PARCIAL DO PRIMEIRO SEMESTRE}$ (Nota Parcial 1)
- **Segundo Semestre:**
 $N2 + HCA2 + TG2 + GR = \text{NOTA PARCIAL DO SEGUNDO SEMESTRE}$ (Nota Parcial 2)

Cálculo da Nota Final:

A nota final será obtida através da soma aritmética e média das notas de ambos os semestres, conforme fórmula abaixo:

NOTA PARCIAL 1 + NOTA PARCIAL 2

2

Observações:

- Para serem aprovados na IUSC os alunos deverão obter nota final mínima de 7,0 (sete);
- Caso a média seja < 7,0 os alunos deverão realizar trabalho escrito sobre temática relacionada ao curso, a ser definida pelo professor tutor.

6) EMENTA (Tópicos que caracterizam as unidades dos programas de ensino)

Definição: Resumo do conteúdo programático (cerca de 30 palavras) organizado de forma que não prejudique a compreensão global do conteúdo, com uso de termos técnicos e científicos adequados.

Desenvolver habilidades para realizar ações de promoção e educação e prevenção em saúde e de doenças junto à comunidade da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou Unidade de Saúde da Família (USF), em parceria com outras instituições e organizações (escolas municipais e estaduais, organizações populares, entidades assistenciais, etc.), dando continuidade ao reconhecimento das ações de saúde, identificando situações que exijam cuidados do serviço de saúde e desenvolvendo planos de ação de promoção educação em saúde.

7) DOCENTES QUE PARTICIPARÃO DO CURSO



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU



Docentes, Departamentos envolvidos e respectivas áreas de abrangência: Depto de Saúde Pública: Karina Pavão Patrício; Depto de Enfermagem: Regina Célia Popim e Janete Pessuto Simonetti, Depto de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia: Gimol Benzaquen Perosa, Maria Cristina Pereira Lima, Ana Teresa de Abreu Ramos Cerqueira, Albina Rodrigues Torres, Sueli Terezinha Ferreira Martins

Profa. Dra. Norma Sueli Pinheiro
Modelo
CONSELHO DE CURSO

Profa. Dra. Alice Yamashita Prearo
COORDENAÇÃO GERAL DO IUSC

Profa. Dra. Regina Célia Popim
COORDENAÇÃO DO 1º ANO

Profa. Dra. Janete Pessuto Simonetti
COORDENAÇÃO DO 1º ANO

DATA DE APROVAÇÃO		
CONSELHO DE DEPARTAMENTO	CONSELHO DE CURSO	CONGREGAÇÃO



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU



PLANO DE ENSINO

CURSO: Medicina
DEPARTAMENTO: Conselho de Curso – multidisciplinar

ANO LETIVO	SÉRIE	DISCIPLINA (X) ESTÁGIO () ESTÁGIO OPTATIVO ()			
2013	2ª	Interação Universidade-Serviço-Comunidade II			
CARGA HORÁRIA		DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA			
100		TEÓRICAS	PRÁTICAS	TEÓRICO/PRÁTICAS	OUTRAS
		27	26	47	
PERÍODO LETIVO		NÚMERO MÁXIMO DE ALUNOS POR TURMA			
1º SEMESTRE () 2º SEMESTRE () ANUAL (X)		AULAS TEÓRICAS	AULAS PRÁTICAS	AULAS TEÓR./PRAT	OUTRAS
		90	10	10	

1) OBJETIVOS (Ao término da disciplina o aluno deverá ser capaz de:)

Objetivo geral da Disciplina IUSC II

Propiciar aos alunos de graduação médica a construção de estratégias que possibilitem o desenvolvimento de ações para o cuidado e promoção da saúde junto à comunidade, em parceria com a rede de atenção básica do município de Botucatu (UBS/USF).

Objetivos específicos do IUSC II

- Aprofundar os conhecimentos em relação às condições de vida e saúde das famílias do território para a qual tenha sido designado no 1º ano;
- Adquirir conhecimentos sobre o Sistema de Saúde no Brasil (SUS), com ênfase na integralidade do cuidado;
- Adquirir conhecimento sobre comunicação e educação em saúde;
- Desenvolver habilidades de escuta, comunicação, capacidade de reflexão crítica e compromisso ético;
- Desenvolver e ampliar repertório referente ao trabalho em grupo e com o outro, em relação dialógica;
- Elaborar e desenvolver atividade educativa segundo a demanda levantada nas áreas integrando o reconhecimento do território e das condições de vida de seus moradores à proposta a ser executada;
- Elaborar e implementar plano de ação educativa como parte integrante do bloco temático de Integração Básico-Clinico;
- Planejar e sistematizar o trabalho desenvolvido para fins de avaliação, produção de conhecimento, publicações e/ou participação em evento(s) científico(s).

2) CONTEÚDO PROGRAMÁTICO (título e Discriminação das Unidades)		MODALIDADE DE ENSINO			
TEMA	Nº DE HORAS	T	P	TP	O
ABERTURA DO CURSO Apresentação e discussão do programa do curso	04	01		03	
VIVÊNCIAS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE - Integração com as equipes das UBS/USF para dar continuidade ao reconhecimento de um serviço de Atenção Básica; - Realizar estudo sobre SUS e Atenção Básica com ênfase na integralidade do cuidado.	20	08	04	04	04
CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE - Visitas às crianças e suas famílias acompanhadas na comunidade. Os assuntos abordados parte da necessidade de saúde de cada família acompanhada. - Realizar estudo de prontuário	28	10	14		04
AValiação DA APRENDIZAGEM Aviação da disciplina, devolutivas individuais e elaboração e entrega de narrativas sobre as atividades realizadas	04			04	
EDUCAÇÃO EM SAÚDE - Realizar estudo sobre educação em saúde e modelos comunicacionais - Levantamento de demandas de saúde da área de abrangência estudada - Realização de atividade educativa planejada conforme demanda identificada nas visitas às áreas de abrangência	28	08	04	04	12
PROMOÇÃO DA SAÚDE - Estudo de narrativa para subsidiar as atividades educativas desenvolvidas na Semana do Bloco temático II ("Estudo de uma doença prevalente em atenção primária à saúde do adulto") - Realização de atividade educativa do Bloco Temático II - doença prevalente em atenção primária à saúde do adulto" - Aviação da atividade do Bloco Temático II	10		04	04	02
PARTICIPAÇÃO EM EVENTO CIENTÍFICO Sistematizar o trabalho desenvolvido semestralmente para fins de avaliação, produção de conhecimento, publicações e/ou participação em evento(s) científico(s).	02			02	
FECHAMENTO DO CURSO Aviação da disciplina e entrega de narrativas das atividades realizadas	04			04	



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"



3) METODOLOGIA DO ENSINO

A disciplina trabalha com atividades que privilegiam a integração teórico-prática utilizando a metodologia da problematização (Freire, 1980a, 1980b). Os conhecimentos científicos integram percepções, emoções, conhecimentos, representações de pessoas envolvidas no problema, permitindo que diferentes saberes sejam compartilhados na construção do conhecimento. (BERBEL, 1998).

A disciplina é ministrada utilizando-se de: trabalho e discussão em grupo regulares, com orientação de um professor tutor que busca resgatar conhecimentos e experiências prévias articulando e problematizando conteúdos; trabalho de campo nos territórios das UBS/USF onde os alunos estão inseridos; aula expositiva dialogada; estudo dirigido em grupo e individual; elaboração de relatórios escritos em grupo e individual; discussão individual e em grupo das sínteses produzidas, avaliação periódica do material, devolutiva dos pontos importantes dentro de um processo de avaliação formativa.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"

FAACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU



4) BIBLIOGRAFIA BÁSICA

- BRANDÃO, C.R. A educação popular na área da saúde. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.21-26.
- CHOR, D.; FAERSTEIN, E. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. *Cad Saúde Pública*, 16 (1): p.241-244. 2000.
- CYRINO, E.G. e outros. (Org.). *A universidade na comunidade. Educação médica em transformação*. Botucatu: UNESP, 2005.
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.
- FREIRE, P. *Extensão ou comunicação?* 5ª ed., Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Resolução CNE/CES nº 4*. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. 7 nov. 2001.
- PEDROSA, J.I.S. Educação popular, saúde, institucionalização: temas para debate. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.33-35.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidado – as fronteiras da integralidade*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO/IMS/UERJ, 2004.
- REZENDE, A.L.; NASCIMENTO, E. Saber popular e saber técnico. In: _____. *Criando história e aprendendo saúde*. São Paulo: Cortez, 1988. p.11-14.
- SILVA, J.P.V.; TAVARES, C.M.M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, v.2,n.2, p.271-285, 2004.
- SOUZA, E.S. Educação popular e saúde: cidadania compartilhada. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.30-32.
- STOTZ, E.N. A cultura e o saber: linhas cruzadas, pontos de fuga. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.27-29.
- SZYMANSKI, H. Teorias e "teorias" de famílias. In: CARVALHO, M.C.B. (Org.). *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC/Cortez, 1995. p. 23-27.
- VALLA, V.V. (Org.) *Saúde e educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.
- VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. *Saúde em Debate*, v.23, n.53, p.6-19. set/dez.1999.
- VASCONCELOS, E.M. Atenção primária à saúde e o cotidiano das doenças infecciosas e parasitárias no meio popular. In: _____. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. 2ª ed., São Paulo/Sobral: HUCITEC/UVA, 2001. p.21-31.
- VASCONCELOS, E.M. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: _____. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos. Reflexões da Rede de Educação Popular e Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.11-20.
- WEFFORT, M.F. O que é um grupo. In: WEFFORT, M.F.; DAVINI, J.; CAMARGO, F.; MARTINS, M.C. *Grupo. Indivíduo, saber e parceria: malhas do conhecimento*. São Paulo: Espaço Pedagógico, 1994, p.15-26. (Seminários)
- WEFFORT, M.F.; CAMARGO, F. Importância e função do registro escrito, da reflexão. In: WEFFORT, M.F.; DAVINI, J.; CAMARGO, F.; MARTINS, M.C. *Observação, registro, reflexão. Instrumentos metodológicos I*. São Paulo: Espaço Pedagógico, 1995, p.42-46. (Seminários)



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"



5) CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM
A avaliação do estudante será processual, formativa, com devolutivas periódicas do professor ao aluno, que retro-alimentarão o processo de ensino-aprendizagem.
A avaliação do estudante será processual, formativa, com devolutivas periódicas do professor ao aluno, que retro-alimentarão o processo de ensino-aprendizagem.
1. Narrativas semestrais individuais (N1 e N2): as narrativas serão feitas com base nas atividades desenvolvidas pelos alunos durante os semestres. A escala das notas será de 0 a 6 pontos; 2. Habilidades Comunicacionais e Atitudinais (HCA1 e HCA2): neste item o aluno será avaliado pela sua participação individual durante todas as atividades propostas ao longo de cada semestre. A escala das notas será de 0 a 2 pontos; 3. Apresentação Individual Oral: Grupos Rotatórios (GR1 e GR2): neste item serão avaliadas a capacidade de síntese, interlocução e desenvolvimento das atividades dentro do grupo. A escala das notas será de 0 a 1 ponto; 4. Trabalho em Grupo (TG1 e TG2): esta nota corresponderá ao trabalho do grupo como um todo, sendo a mesma para todos os integrantes. A escala das notas será de 0 a 1 ponto.
A cada semestre o aluno terá oportunidade de ter uma nota que poderá variar de 0 a 10 pontos, de acordo com o seu desempenho.
Cálculo da Nota Parcial: • Primeiro Semestre: $N1 + HCA1 + GR1 + TG1 = \text{NOTA PARCIAL DO PRIMEIRO SEMESTRE (Nota Parcial 1)}$ • Segundo Semestre: $N2 + HCA2 + GR2 + TG2 = \text{NOTA PARCIAL DO SEGUNDO SEMESTRE (Nota Parcial 2)}$
Cálculo da Nota Final: Por ser uma disciplina anual, a nota final será obtida através da soma aritmética e média das notas de ambos os semestres, conforme fórmula abaixo: $\text{NOTA PARCIAL1} + \text{NOTA PARCIAL 2/2}$. Os alunos que não obtiverem nota mínima final de 7,0 (sete) deverão realizar trabalho escrito sobre temática relacionada ao curso, a ser definida pelo professor tutor.
6) EMENTA (Tópicos que caracterizam as unidades dos programas de ensino)
Definição: Resumo do conteúdo programático (cerca de 30 palavras) organizado de forma que não prejudique a compreensão global do conteúdo, com uso de termos técnicos e científicos adequados.
Desenvolver habilidades para realizar ações de promoção e educação e prevenção em saúde e de doenças junto à comunidade da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) e/ou Unidade de Saúde da Família (USF), em parceria com outras instituições e organizações (escolas municipais e estaduais, organizações populares, entidades assistenciais, etc.), dando continuidade ao reconhecimento das ações de saúde, identificando situações que exijam cuidados do serviço de saúde e desenvolvendo planos de ação de promoção educação em saúde



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU



7) DOCENTES QUE PARTICIPARÃO DO CURSO

Docentes, Departamentos envolvidos e respectivas áreas de abrangência: Depto de Saúde Pública: Eliana Goldfarb Cyrino ; Depto de Pediatria: Alice Yamashita Prearo (CSE – UVL) ; Cátia Regina Branco Fonseca (VI. Comercários); Depto de Enfermagem: Janete Pessuto Simonetti; Regina Stella Spagnollo (Rubião Júnior).

Profa. Dra. Norma Sueli Pinheiro Modolo
CONSELHO DE CURSO

Profa. Dra. Alice Yamashita Prearo
COORDENAÇÃO GERAL DO IUSC

Profa. Dra. Janete Pessuto Simonetti
COORDENAÇÃO DO 2º ANO

DATA DE APROVAÇÃO		
CONSELHO DE DEPARTAMENTO	CONSELHO DE CURSO	CONGREGAÇÃO



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



PLANO DE ENSINO

CURSO: Medicina
DEPARTAMENTO: Conselho de Curso – multidisciplinar

ANO LETIVO	DISCIPLINA OU ESTÁGIO				
2013	Interação Universidade-Serviço-Comunidade III				
ANO/SÉRIE	CARGA HORÁRIA TOTAL	DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA			
		TEÓRICA	PRÁTICA	TEÓR./PRAT	OUTRAS
3º	76h	8h		64	4
SEMESTRE LETIVO	NÚMERO MÁXIMO DE ALUNOS POR TURMA				
	AULAS TEÓRICAS	AULAS PRÁTICAS	AULAS TEÓR./PRAT	OUTRAS	
1º SEMESTRE ()	45		5	5	
2º SEMESTRE ()					
ANUAL (x)					

1) OBJETIVOS (Ao término da disciplina o aluno deverá ser capaz de:)
Objetivo geral - Propiciar aos alunos de graduação médica do 3º ano o desenvolvimento de competências e habilidades para a atenção e promoção da saúde junto à comunidade na atenção primária à saúde, tendo como pressupostos a integralidade e a humanização do cuidado. Objetivos específicos - Propiciar ao aluno de 3º ano de graduação uma formação médica com subsídios teórico-práticos, visando desenvolver um atendimento clínico que respeita as especificidades e necessidades de cada usuário da atenção primária à saúde. - Ampliar sua prática de registro em prontuário tornando-o mais completo, ou seja, com informações que contemplem também a história biopsicossocial dos usuários (anamnese ampliada). - Integrar os conhecimentos de semiologia e raciocínio clínico por meio do seguimento de usuários adultos que frequentam a Unidade Básica de Saúde (UBS)/ Unidade de Saúde da Família(USF). - Aprofundar conhecimento sobre a realidade dos atendimentos em UBS/USF, bem como o funcionamento destas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). - Propiciar ao aluno que inicia a prática clínica, a vivência com pacientes portadores de doenças prevalentes na comunidade. - Incentivar os alunos a participarem das atividades desenvolvidas pela comunidade e para a comunidade (p. ex.: Conselho Gestor da Unidade de Saúde -CONUS; etc).



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



2) CONTEÚDO PROGRAMÁTICO (Título e Discriminação das Unidades)		MODALIDADE			
TEMA	Nº DE HORAS	T	P	T P	O
O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	04	04			
CONCEITOS E PRÁTICA DA CLÍNICA AMPLIADA	04	04			
A PRÁTICA MÉDICO-SANITÁRIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	64				
- Atendimento supervisionado em Unidade Básica de Saúde ou Unidade de Saúde da Família				56	
- Visitas domiciliares, atividades de educação em saúde e busca ativa, entre outras, conforme análise e avaliação da demanda				12	
AVALIAÇÃO	04				

3) METODOLOGIA DO ENSINO

As atividades teórico-práticas são realizadas em UBS/USF do município de Botucatu.

Os alunos são divididos em grupos de 5 alunos por professor tutor.

Todos os alunos realizam atendimento clínico supervisionado, individual ou em duplas, no qual os alunos atendem aos usuários adultos que frequentam as UBS/USF (preferencialmente da área de abrangência em que atuaram nos anos anteriores).

Os alunos são supervisionados por tutores que são médicos com diferentes formações, mas que têm em comum experiência de trabalho na Atenção Primária à Saúde. Estes profissionais participam de um processo de capacitação constante, para que se sintam aptos a discutir com os estudantes temas relacionados à Atenção Básica e também, para não restringir sua prática de atendimento e ensino apenas ao espaço do consultório e à visão biomédica dos pacientes, mas refletir sobre a complexidade do trabalho nesses locais. Eles procuram a integração e a articulação com a equipe da Unidade de Saúde, desenvolvendo atividades de promoção e proteção da saúde como: participação em grupos, trabalhos de educação em saúde, cuidados e atendimento no domicílio entre outras.

São realizadas duas aulas expositivas que visam instrumentalizar o aluno com informações, conceitos e ferramentas teórico-metodológicas pertinentes.

As estratégias de ensino são planejadas e avaliadas mediante de reuniões quinzenais dos coordenadores com o grupo de tutores.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



4) BIBLIOGRAFIA BÁSICA

ARAÚJO, R. C. O processo de inserção em psicologia comunitária: ultrapassando o nível dos papéis. In: BRANDÃO, I. R.; BOMFIM, Z. A. C. Os jardins da psicologia comunitária: escritos sobre a trajetória de um modelo teórico-vivencial. Fortaleza: ABRAPSO-CE/UFC, 1999. p. 79-96.

ARRUDA, B. K. G. (Org.) A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife/Brasília: Instituto Materno-Infantil de Pernambuco/Ministério da Saúde, 2001. 318p.

BELO HORIZONTE (Secretaria Municipal de Saúde). Gerência de Assistência. *Recomendações para a organização da atenção básica na rede municipal*. Belo Horizonte: SMS/BH, 2003. 25p.

BOUFFORD, J. I. Changing paths and places for training tomorrow's generalists. In: GASTEL, B.; ROGERS, D. E. (Orgs.) *Clinical education and the doctor of tomorrow*. New York: The New York Academy of Medicine, 1989. p. 67-80.

CAMPOS, G. W. S. *Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica*. Diretrizes. Documento Preliminar. Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp: 2005. (mimeo.)

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

SUCUPIRA, A. C. S. L.; FERRER, A. P. S. Uma experiência de ensino de propedêutica pediátrica em ambulatório. *Pediatrics* (São Paulo), São Paulo, v. 22, n. 2, p. 105-112, 2000.

5) CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM

- Os critérios para a avaliação do desempenho dos alunos nas atividades desenvolvidas serão os seguintes:
 - A) Atividades individuais e em grupo: participação, frequência, iniciativa, pontualidade, criatividade e cooperação, aquisição de habilidades na realização de consultas médicas supervisionadas valorizando-se a percepção da história de vida e do contexto biopsicossocial interferindo na doença de seus pacientes. Peso 7 (nota x 0,7)
 - B) Relatórios individuais e registro das atividades realizadas. Peso 3 (nota x 0,3)
- A nota final será obtida com a soma aritmética dos dois itens acima: (A x 0,7) + (B x 0,3).
- Critérios de aprovação: frequência > 70% e nota final ≥ 7,0 (sete).
- Os alunos que não obtiverem nota mínima final de 7,0 deverão realizar prova prática por meio de atendimento clínico supervisionado.

6) EMENTA (Tópicos que caracterizam as unidades dos programas de ensino)

Definição: Resumo do conteúdo programático (cerca de 30 palavras) organizado de forma que não prejudique a compreensão global do conteúdo, com o uso de termos técnicos e científicos adequados.

Desenvolver ações de promoção e cuidados à saúde junto às UBS/USF por meio de atividades clínicas supervisionadas tendo como pressupostos a integralidade e a humanização do cuidado, em parceria com os serviços, dando continuidade ao reconhecimento das ações de saúde, já iniciados no 1º e 2º anos do IUSC.



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



7) DOCENTES QUE PARTICIPARÃO DO CURSO

Adriana Lúcia Mendes, Adriana Polacchini do Valle, Paulo José F. Villas Boas (Clínica Médica); Miriam Hashimoto (Departamento de Pediatria); Paula de Oliveira Montandon Hokama (Clínica Médica)

Profa. Dra. Norma Sueli Pinheiro Modolo
Conselho De Curso

Profa. Dra. Alice Yamashita Prearo
Coordenadora Geral do IUSC

Profa. Dra. Paula de Oliveira Hokama
Responsável pela Disciplina IUSC III

DATA DE APROVAÇÃO

CONSELHO DE DEPARTAMENTO	CONSELHO DE CURSO	CONGREGAÇÃO

ANEXO V – Roteiro das entrevistas semiestruturadas**Roteiro das entrevistas semiestruturadas****Questionário número:****Nome do entrevistado:****Curso:****Turma:****Data:****Perguntas:**

- Qual a sua idade?
- Natural de onde?
- Qual a formação dos seus pais? Alguém na família tem formação na área da saúde?
- Você estudou em escola pública ou privada?
- Durante sua vida escolar você teve alguma experiência de trabalho em grupo com colegas de classe? De aprendizado com o colega de classe?
- Por que escolheu fazer o curso de medicina/enfermagem?
- Você mora aqui em Botucatu com quem? Sozinho? República? Com colegas de qual curso?
- O que tem por hábito fazer além da Faculdade?
- Conte-me como têm sido estes dois anos em Botucatu relacionados a sua expectativa do curso.
- Como tem sido esta vivência na comunidade já desde o início da graduação? Você acha que isto pode influir na sua formação profissional? Se sim: Como? Você pode dar um exemplo?
- Você tem tido contato com os profissionais que trabalham nos serviços, como médicos, enfermeiros, dentistas e outros profissionais de saúde?
- Se sim, como tem sido este contato com o serviço de saúde (Unidade de Saúde e seus profissionais) já desde o início da graduação? Você acha que isto pode influir na sua formação profissional? Se sim: como? Você pode dar um exemplo?
- **(Para o aluno da medicina):** Como você pode caracterizar o trabalho do enfermeiro e o que ele complementa no trabalho do médico.
- **(Para o aluno da enfermagem):** Como você pode caracterizar o trabalho do médico e o que ele complementa no trabalho do enfermeiro.
- Como tem sido esta experiência no IUSC nestes dois anos?
- Como era o seu grupo de colegas (composição do grupo, quantidade de alunos, cursos dos alunos)?
- Quem foi seu tutor? Qual era a formação do seu tutor?
- **Quando o tutor tiver formação diferente do entrevistado:** como foi a vivência (quanto ao aprendizado) com um profissional de área diferente da sua (medicina/enfermagem)?
- No 1º ano, como eram as dinâmicas nos grupos?
- No 2º ano, como eram as dinâmicas nos grupos?
- Como foi a vivência na realização das visitas domiciliares no 1º ano?
- Como foi a vivência na realização das visitas domiciliares no 2º ano?
- Como você acha que seus colegas da faculdade percebem o IUSC?
- Antes de entrar na faculdade, você achava que teria aula com alunos de outros cursos? (Se não - foi uma surpresa pra você?).

- Como viu esta proposta de as disciplinas IUSC I e IUSC II colocarem juntos, nas atividades, alunos da medicina e enfermagem?
- Como os seus colegas veem esta experiência de ter atividade junto com colega de outro curso (Medicina/Enfermagem)? Teve algum colega que não achou isto produtivo para o aprendizado?
- Esta proposta pedagógica do IUSC – de alunos de Medicina e Enfermagem trabalharem juntos dentro de uma mesma disciplina no 1º e 2º ano – já foi discutida por vocês (alunos) em alguma oportunidade? Dentro do IUSC ou fora do IUSC (por exemplo, em reuniões, no centro acadêmico, por um professor de outra disciplina etc.)?
- Qual a sua percepção durante o desenvolvimento das atividades propostas pela disciplina Interação Universidade-Serviço-Comunidade (IUSC)?
- Quais foram as **dificuldades** que você viu no desenvolvimento desta proposta pedagógica de trabalho conjunto medicina/enfermagem nas disciplinas do IUSC?
- Quais foram as **facilidades** que você viu no desenvolvimento desta proposta pedagógica de trabalho conjunto medicina/enfermagem nas disciplinas do IUSC?
- Você se lembra de alguma situação, durante a vivência da disciplina, em que ocorreu complementaridade (o conhecimento específico da Medicina ou Enfermagem – trazida por um aluno desta – complementou o conhecimento da outra área Medicina/Enfermagem ou outra área) de saberes entre os alunos da medicina e enfermagem? Como isso aconteceu? (Exemplifique.)
- Você se lembra de alguma situação em que tenha ocorrido a complementariedade de trabalhos entre o médico e o enfermeiro na Unidade de Saúde? Exemplifique.
- Poderia me contar, sem citar nomes (mas, seria bom dizer se o colega era da enfermagem ou medicina), se houve algum **problema** na vivência (dinâmica) dentro do grupo no **1º ano**?
- Poderia me contar, sem citar nomes (mas, seria bom dizer se o colega era da enfermagem ou medicina), se houve algum **problema** na vivência (dinâmica) dentro do grupo no **2º ano**?
- Poderia me contar, sem citar nomes (mas, seria bom dizer se o colega era da enfermagem ou medicina), se houve algum **conflito** (briga mais séria) na vivência (dinâmica) dentro do grupo no **1º ano**?
- Poderia me contar, sem citar nomes (mas, seria bom dizer se o colega era da enfermagem ou medicina), se houve algum **conflito** (briga mais séria) na vivência (dinâmica) dentro do grupo no **2º ano**?
- Você acha que ter aulas com alunos de outros cursos restringe o conteúdo lecionado?
- Que sugestões você tem para aprimorar a disciplina IUSC do 1º ano?
- Que sugestões você tem para aprimorar a disciplina IUSC do 2º ano?
- Você pode dar alguma sugestão para aprimorarmos esta proposta pedagógica de trabalho conjunto dos alunos da Medicina/Enfermagem dentro do IUSC?
- O que você achou da entrevista?

ANEXO VI – Parecer do Conselho de Curso de Graduação em Medicina

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU



Despacho: 27/2013-CCGE/SG

Assunto: Projeto de Pesquisa

Interessado(a): Lucas Cardoso dos Santos

AD REFERENDUM DO CONSELHO DE CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA, manifestou-me favoravelmente sobre o projeto de pesquisa intitulado: "A educação Interprofissional na Graduação de Medicina e Enfermagem: vivências e percepções dos alunos", sob orientação do Prof. Dr. Antonio de Pádua P. Cyrino.

Conselho de Curso de Graduação em Medicina, aos 23 de julho de 2013.

Profa. Dra. Norma Sueli Pinheiro Modolo
Coordenadora do Curso de Graduação em Medicina

ANEXO VII – Parecer do Conselho de Curso de Graduação em Enfermagem

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
campus de Botucatu



Despacho: 18/2013-CCGE/SG

Assunto: Projeto de Pesquisa

Interessado(a): Lucas Cardoso dos Santos

Parecer do Conselho de Curso de Graduação em Enfermagem: Manifestou-se favoravelmente sobre o projeto de pesquisa intitulado: "A educação Interprofissional na Graduação de Medicina e Enfermagem: vivências e percepções dos alunos", sob orientação do Prof. Dr. Antonio de Pádua P. Cyrino.

Conselho de Curso de Graduação em Enfermagem aos 06 de junho de 2013.

Profa. Dra. Regina Célia Popim
Vice-Coordenadora no exercício da CCGE

ANEXO VIII – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A educação interprofissional na graduação de Medicina e Enfermagem: vivências e percepções de alunos.

Pesquisador: Lucas Cardoso dos Santos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20386913.2.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 417.934

Data da Relatoria: 07/10/2013

Apresentação do Projeto:

A pesquisa pretende compreender a vivência e percepção da educação interprofissional para a formação acadêmica dos discentes dos cursos de medicina e enfermagem. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com amostra intencional que será desenvolvida com os discentes dos cursos de medicina e enfermagem. Os dados serão produzidos mediante realização de grupo focal e entrevistas semi-estruturadas e, posteriormente, analisados segundo o Método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa visa Compreender a percepção e a vivência de educação interprofissional entre discentes dos cursos de Medicina e Enfermagem da FMB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos potenciais envolvendo os participantes desta pesquisas levarão em conta o proposto pela Resolução CNS 196-96 e os Conselhos de Curso da Faculdade de Medicina de Botucatu.

Benefícios:

Espera-se alcançar os objetivos propostos da pesquisa e demonstrar uma ligação entre a prática da educação interprofissional com o trabalho em equipe dos futuros profissionais

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP

Continuação do Parecer: 417.934

de saúde formados pela Instituição analisada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trabalho apresentação para a obtenção do título de mestre, com a orientação do Prof. Dr. Antonio de Pádua P. Cyrino. Pesquisa com Financiamento Próprio. Orçamento zero. Início 01/11/2013 e término em: 11/07/2014. Com 40 participantes da pesquisa. Serão realizados dois grupos focais organizados mediante convite a dois alunos de cada grupo da disciplina IUSC I, totalizando 20 alunos, com igual composição de estudantes de medicina e enfermagem. O convite para participação voluntária na pesquisa será realizado com apoio dos professores-tutores da disciplina. Os grupos focais serão orientados por meio de roteiro (ANEXO I) dirigido para os seguintes eixos: 1 A vivência na disciplina IUSC I; A vivência da educação interprofissional; 2 A educação interprofissional e a prática profissional futura; 3 As percepções e vivências de trabalho em equipe. Os encontros serão gravados e seu conteúdo transcrito para melhor análise. Ao final da pesquisa as gravações serão apagadas. Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com alunos, de ambos os cursos, que tenham concluído a disciplina IUSC II.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta a Folha de rosto; o Termo de Compromisso; Declaração assinada pelo chefe do Departamento de Saúde Pública; Declaração do Conselho de Curso de Medicina; Declaração do Conselho do Curso de Enfermagem. Apresenta o TCLE em forma de convite, com clareza de termos, como também a duração da entrevista.

Recomendações:

Recomenda-se Aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências e não se apresentou nada que se possa considerar inadequado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa aprovado em reunião do CEP de 07 de outubro de 2.013, sem necessidade de envio à CONEP.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n**Bairro:** Rubião Junior**UF:** SP**Município:** BOTUCATU**Telefone:** (14)3880-1608**CEP:** 18.618-970**E-mail:** capellup@fmb.unesp.br

FACULDADE DE MEDICINA DE
BOTUCATU -UNESP

Continuação do Parecer: 417.934

Ao Final deste projeto os pesquisadores devem encaminhar ao CEP o respectivo Relatório Final de Atividades.

BOTUCATU, 08 de Outubro de 2013

Assinador por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n**Bairro:** Rubião Junior**CEP:** 18.618-970**UF:** SP**Município:** BOTUCATU**Telefone:** (14)3880-1608**E-mail:** capellup@fmb.unesp.br

ANEXO IX – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: **A educação interprofissional na graduação de medicina e enfermagem: vivências e percepções de alunos**

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa, que consiste na dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva pelo Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, do pós-graduando Lucas Cardoso dos Santos. As informações existentes neste documento são para compreender os objetivos da pesquisa, sabendo que sua participação será VOLUNTÁRIA. Se, durante a leitura deste documento, houver alguma dúvida, você poderá fazer perguntas para que possa compreender perfeitamente do que se trata a pesquisa. Após estar esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte deste estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, sendo uma sua e outra do pesquisador responsável.

1. Informações sobre a pesquisa

- Título do Projeto de Pesquisa: **A educação interprofissional na graduação de medicina e enfermagem: vivências e percepções de alunos**
- Pesquisador: **Lucas Cardoso dos Santos**
- Orientador: **Prof. Dr. Antônio de Pádua Pithon Cyrino**
- Coorientador: **Profa. Dra. Janete Pessuto Simonetti**
- Instituição: **Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”**
- Telefones e e-mail para contatos: (14) 96146785; e-mail lucascardoso_santos@yahoo.com.br

2. Finalidade da pesquisa: O estudo tem por objetivo compreender a percepção e vivência, em torno da educação interprofissional, entre discentes dos cursos de graduação de medicina e enfermagem.

3. Procedimentos: A coleta de dados será feita em dois momentos: Grupo focal no qual serão discutidos temas relacionados à educação interprofissional, prática profissional futura e trabalho em equipe, com duração aproximada de 1 hora e 30 minutos, em grupos de 10 alunos. No segundo momento, você estará fazendo parte de uma entrevista, respondendo perguntas sobre a vivência e percepção da educação interprofissional durante a disciplina IUSC II. A entrevista será gravada em aparelho eletrônico, com duração de cerca de 30 minutos, sem que seja revelada sua identidade. As respostas serão analisadas e discutidas pelos pesquisadores.

4. Participação: A sua participação é **voluntária** e você tem o direito de recusar-se a continuar em qualquer etapa da pesquisa, sem qualquer prejuízo ou penalização. No decorrer da pesquisa, caso venha a ter alguma dúvida ou precise de alguma orientação complementar, use um dos endereços ou telefones citados acima, ou poderá entrar em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da FMB/Unesp, através do telefone **(14) 3880-1608/1609**.

Compromisso dos Pesquisadores: Os pesquisadores se comprometem a usar os dados deste estudo de maneira correta e coerente aos objetivos do mesmo, garantindo que:

- todas as informações obtidas serão utilizadas de forma a proteger a identidade e privacidade dos sujeitos participantes;
- as gravações contendo as entrevistas serão apagadas depois que seu conteúdo for digitado para que os dados possam ser analisados;
- as informações não serão utilizadas em prejuízo das pessoas e grupos;
- ao final da pesquisa, os resultados serão informados aos participantes;
- os resultados da pesquisa serão publicados e apresentados em órgãos acadêmicos/científicos.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____ portador(a) do RG _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo descrito no verso como voluntário. Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores sobre o objetivo, finalidade e procedimentos do estudo. Foi-me garantido o sigilo sobre minha participação, bem como o fato de poder retirar meu consentimento a qualquer momento, sem acarretar em nenhuma penalidade.

Botucatu, ____ / ____ / ____

Assinatura do participante

Assinatura dos Pesquisadores:

Prof. Dr. Antônio de Pádua Python Cyrino

Profª Drª Janete Pessuto Simonetti

Pós-graduando Lucas Cardoso dos Santos

Contatos dos Pesquisadores:

Pesquisador:

Pesquisadora: Profª Drª Janete Pessuto Simonetti; endereço: rua Úrsula Camargo de Barros, 422, Jardim Paraíso, Botucatu-SP, CEP 18610-301, telefone (14) 3815 8841, e-mail jpessuto@fmb.unesp.br

Pesquisador: Lucas Cardoso dos Santos; endereço: Rua Doutor José Barbosa de Barros, 1540, Apto. 106, Bloco 2, Jardim Paraíso, Botucatu-SP, CEP 18610-307, telefone: (14) 998132-6130, email: lucascardoso_santos@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa

Rubião Junior, s/n – CEP: 18.618.970 – Botucatu/SP. Telefone: (14) 3880-1608/1609.